

Marta Szpak

TERAPIE WYWODZĄCE SIĘ Z PSYCHOANALIZY JAKO TERAPIE WSPARTE EMPIRYCZNIE

THERAPIES DERIVED FROM PSYCHOANALYSIS AS EMPIRICALLY SUPPORTED TREATMENTS

praktyka prywatna

psychoanalytic therapy
psychodynamic therapy
empirically supported treatments

Streszczenie

Artykuł ma na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy terapie wywodzące się z psychoanalizy, określane jako terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, można uznać za tzw. terapie wsparte empirycznie (empirically supported treatments). W pierwszej kolejności opisano charakterystyki terapii wywiedzionych z psychoanalizy, w tym wspólne założenia teoretyczne i cechy postępowania terapeutycznego. Następnie omówiono kryteria terapii wspartych empirycznie, które przedstawiło Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) w latach 1995 (pierwszy system ewaluacji, wymagający dwóch badań eksperymentalnych) i 2015 (aktualny system, oparty na analizie przeglądów systematycznych obejmujących wiele badań eksperymentalnych). Omówiono również znaczenie randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT) w procesie oceny skuteczności oddziaływań psychologicznych. W dalszej części artykułu, przyjmując za punkt odniesienia bieżący system ewaluacji APA, przedstawiono najnowsze prace badawcze nad skutecznością terapii wywiedzionych z psychoanalizy. Zgodnie z prezentowanymi tam danymi, terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne mogą być uznane za terapie wsparte empirycznie w przypadku leczenia osób dorosłych cierpiących na powszechnie występujące zaburzenia: depresyjne, lękowe, osobowości i pod postacią somatyczną. Ocena dostępnych dowodów stanowiła podstawę dla rekomendowania terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w leczeniu tych zaburzeń.

Summary

The article aims to answer the question of whether therapies derived from psychoanalysis, referred to as psychoanalytic and psychodynamic therapies, can be considered as so-called empirically supported treatments. The characteristics of therapies derived from psychoanalysis are first described, including common theoretical assumptions and characteristics of the therapeutic approach. Next, the criteria for empirically supported treatments, as outlined by the American Psychological Association (APA) in 1995 (the first evaluation system, requiring two experimental studies) and 2015 (the current system, based on analysis of systematic reviews involving multiple experimental studies), are discussed. The importance of randomized controlled trials (RCTs) in the process of evaluating the efficacy of psychological interventions is also described. Taking the current APA evaluation system

as a frame of reference, the article presents recent research on the effectiveness of therapies derived from psychoanalysis. Evidence presented therein suggested that psychoanalytic and psychodynamic therapies can be considered as empirically supported treatments for adults suffering from common disorders: depressive, anxiety, personality and somatoform disorders. An evaluation of the available evidence provided the basis for the recommendation of psychoanalytic and psychodynamic therapies in the treatment of these disorders.

Wprowadzenie

Idea praktyki opartej na dowodach upowszechnia się i zyskuje na znaczeniu, wpływając na proces ewaluacji terapii psychologicznych i decyzje ich finansowania ze środków publicznych. Badania naukowe stają się więc nie tylko obszarem sprawdzania teorii i rozwoju praktyki psychoterapii, ale również źródłem informacji, które kształtują świadomość społeczną oraz określają dostępność specyficznych oddziaływań psychologicznych w publicznej służbie zdrowia. W związku z tym wielu terapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych zwraca uwagę na konieczność podejmowania prac badawczych oraz upowszechniania wyników badań nad skutecznością terapii wywodzących się z psychoanalizy [zob. np. 1–3].

Badania nad psychoanalizą i psychoterapiami z niej wywiedzionymi mają długą historię [4–6]. Zainteresowany Czytelnik może sięgnąć po obszernie publikacje na temat skuteczności terapii psychoanalitycznych [zob. np. 3, 7], również w języku polskim [8]. Niniejszy artykuł nie stanowi wyczerpującej pracy przeglądowej. Przyjęty w nim sposób prezentacji jest określony bowiem specyficznym celem — znalezieniem odpowiedzi na pytanie, czy terapie wywodzące się z psychoanalizy są tzw. terapiami wspartymi empirycznie¹. Tego rodzaju ocena wymaga nie tyle omówienia dostępnych badań empirycznych o d o w o d n y c h charakterystykach, ale badań, które spełniają określone k r y t e r i a [10].

W związku z powyższym artykuł składa się z trzech części. W pierwszej zostaną opisane charakterystyki terapii wywodzących się z psychoanalizy, tj. terapii psychodynamicznych i psychoanalitycznych. Następnie omówione zostaną kryteria terapii wspartych empirycznie, zgodnie z systemem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA). Tak określone ramy ewaluacji pozwolą ostatecznie dokonać przeglądu danych, odnoszących się do skuteczności terapii psychodynamicznych i psychoanalitycznych w leczeniu specyficznych zaburzeń psychicznych.

Terapie wywiedzione z psychoanalizy

Zygmunt Freud stworzył psychoanalizę, pierwszą metodę „leczenia rozmową”, na przełomie XIX i XX wieku. Od tego czasu teoria psychoanalityczna rozwijała się i różnicowała, dając podstawy szerokiej grupie podejść terapeutycznych [zob. np. 11, 12].

¹⁾ Terapie wsparte empirycznie (*empirically supported treatments*) są określane również jako terapie oparte na dowodach (*evidence-based treatments*). Warto podkreślić fakt, że nurt promowania terapii wspartych empirycznie nie jest tożsamy z tzw. praktyką opartą na dowodach (*evidence-based practice*) (zob. szczegółowe omówienie np. w [9]).

Terapie wywiedzione z psychoanalizy, często nazywane terapiami psychoanalitycznymi lub psychodynamicznymi, mimo różnic w założeniach teoretycznych i metodach pracy klinicznej, mają istotne cechy wspólne, które pozwalają klasyfikować je jako jedną grupę podejść psychoterapeutycznych. Wspólnym mianownikiem teoretycznym jest założenie, że funkcjonowanie człowieka jest warunkowane nieświadomymi procesami psychicznymi, a każdy akt psychiczny ma swoje źródło i znaczenie [13, 14]. Wspólnymi charakterystykami klinicznymi natomiast są cechy postępowania terapeutycznego. Empirycznie zidentyfikowano siedem takich charakterystyk: koncentracja na uczuciach, analiza sposobów unikania trudnych uczuć i myśli, identyfikacja powtarzających się wzorców w życiu pacjenta, omawianie wczesnych doświadczeń w celu zrozumienia aktualnych trudności z perspektywy rozwojowej, skupienie na relacjach interpersonalnych, koncentracja na relacji terapeutycznej (tzw. analiza przeniesienia) oraz badanie świata fantazji [15, por. 16–17].

Chociaż terapeuci psychodynamiczni i psychoanalityczni koncentrują się na wspólnych, opisanych powyżej aspektach funkcjonowania pacjenta, mogą różnić się pod względem charakterystyk procesu leczenia: czasu trwania terapii, ustrukturywania procesu czy podejmowanych interwencji. I tak, terapie wywiedzione z psychoanalizy mogą być terapiami krótko- lub długoterminowymi. Mogą mieć otwartą strukturę lub mogą być prowadzone zgodnie z protokołami leczenia [zob. np. 18–19]. Natomiast interwencje, które stosuje terapeuta, można lokować na kontinuum interpretacyjno-wspierającym² [17, 20–24].

Warto podkreślić, że — pomimo istniejących kontrowersji — w literaturze światowej terminy „psychoterapia psychodynamiczna” i „psychoterapia psychoanalityczna” są zwykle stosowane zamiennie [16, 25, por. 8, 26]. Wydaje się, że ma to związek z — opisanymi powyżej — cechami wspólnymi, które — pomimo różnic — pozwalają na uznanie terapii wywiedzionych z psychoanalizy za jedną „rodzinę podejść psychoterapeutycznych” [17, s. 287]. Taki rodzaj integrującego podejścia ma wyraz, między innymi, w kodyfikacji kompetencji terapeutycznych czy stosowanych procedurach badawczych. I tak, na przykład, istnieje opis wspólnych kluczowych kompetencji potrzebnych do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych [25]; międzyrodzinkowy konsensus dotyczący takich kompetencji został wypracowany również w Polsce [26]. Ponadto, w badaniach przeglądowych, takich jak te prowadzone przez Leichsenringa i współpracowników [17, 20–24], słowa kluczowe, które stosowano do identyfikacji badań włączanych później do analiz, obejmowały następujące określenia: terapia/psychoterapia „psychodynamiczna”, „dynamiczna”, „psychoanalityczna”. Tak „etykietowane” terapie musiały podzielać wspólne cechy, aby — zgodnie z aktualnymi wymogami [27] — badacze mieli pewność, że — dokonując metaanalitycznej oceny skuteczności terapii — w uwzględnionych badaniach stosowano ten sam rodzaj leczenia.

W niniejszym przeglądzie — zgodnie z powyższym podejściem integrującym — terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, jako terapie wywiedzione z psychoanalizy, będą traktowane jako jedna grupa podejść terapeutycznych. Decyzja ta motywowana jest

²⁾ Interwencje interpretacyjne mają zwiększać wgląd pacjenta w m.in. uczucia, sposoby unikania bólu czy wewnętrzne konflikty, które leżą u podstaw doświadczanych problemów. Natomiast interwencje wspierające (np. doradzanie) mają na celu wzmocnienie zdolności (funkcji ego), które są dla pacjenta w danym momencie niedostępne.

przejrzystością. Mianowicie, opisane powyżej charakterystyki kliniczne terapii wywiezionych z psychoanalizy są podstawą operacyjnych definicji w pracach przeglądowych, które stanowią centralny typ dowodów, stanowiących odpowiedź na kryteria terapii wspartych empirycznie.

Kryteria terapii wspartych empirycznie

Aby ocenić, czy terapia jest terapią wspartą empirycznie, należy odnieść się do określonych kryteriów. Istnieją wielorakie systemy klasyfikacji [10], które — mimo zróżnicowania — mają wspólny mianownik: w sposób priorytetowy traktują dane pochodzące z randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych. Systemy te albo uwzględniają wyłącznie tego rodzaju badania [zob. np. 27–29], albo w hierarchicznym systemie oceny danych naukowych nadają im rangę wysokiej jakości dowodu [zob. np. 30].

Ze względu na zróżnicowanie systemów, w niniejszej pracy będę odnosić się do dwóch podejść ewaluacji zaproponowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA). Wybór ten wynika z faktu, że systemy te stanowią ważny punkt odniesienia w międzynarodowej dyskusji naukowej i stanowią ramę w procesie ewaluacji psychoterapii, w tym psychoterapii wywodzących się z psychoanalizy, których skuteczność jest przedmiotem omówienia w niniejszym artykule [17, 21].

Jak wspomniano powyżej, złotym standardem w badaniach nad oceną skuteczności psychoterapii jest randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (RCT) [zob. np. 31]. Charakterystycznymi elementami tego modelu badawczego są ścisła selekcja osób badanych oraz randomizacja, czyli losowy przydział pacjentów do grupy eksperymentalnej (w niej pacjenci poddani są terapii, której skuteczność badacze chcą ocenić) i grupy kontrolnej (w której, na przykład, pacjenci oczekują na leczenie lub są leczeni inną terapią o wcześniej ustalonej skuteczności). Ponieważ na początku badania pacjenci doświadczają „tych samych trudności” (definiowanych diagnozą nozologiczną), a ich sposób leczenia jest losowy, po zakończeniu leczenia zmiana w nasileniu trudności (które są przedmiotem pomiaru) jest przypisywana stosowanym oddziaływaniom. Ze względu na fakt, że RCT cechuje się precyzyjną kontrolą potencjalnych zmiennych zakłócających, uznaje się, iż to właśnie w ramach tego modelu badawczego można sprawdzać, czy terapia działa — tj. na podstawie zebranych wyników można wnioskować o relacjach przyczynowo-skutkowych.

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) opracowało kryteria terapii wspartej empirycznie (*empirically supported treatments*) oraz opublikowało pierwszą listę terapii spełniających przyjęte kryteria [28]. Zgodnie z pierwotnym systemem ewaluacji, terapia psychologiczna była uznana za terapię skuteczną, jeśli przynajmniej dwa eksperymenty³ przeprowadzone przez dwie niezależne grupy badawcze dostarczyły wsparcia empirycznego dla terapii prowadzonych przy użyciu podręcznika instruktażowego (tzw. *manualized treatments*) w dobrze zdefiniowanej grupie pacjentów (tj. pacjentów z określoną diagnozą nozologiczną)⁴. Za wsparcie empiryczne uznawano wynik wskazu-

³) Za empiryczny ekwiwalent uznawano dane, które pochodziły z min. dziewięciu eksperymentów jednopodmiotowych (*single-case design experiments*).

⁴) Por. polska propozycja, również uwzględniająca dwa badania eksperymentalne [29].

jący, że psychoterapia jest albo (a) lepsza od tabletki placebo, psychologicznego placebo lub innej psychoterapii, albo (b) równie skuteczna jak inna psychoterapia o ustalonej empirycznie skuteczności.

Jeśli terapia spełniała powyższe kryteria, była uznawana za skuteczną terapię psychologiczną. Jeśli spełniała mniej rygorystyczne kryteria (np. grupą porównawczą była grupa osób oczekujących na leczenie), wówczas uznawano ją za terapię prawdopodobnie skuteczną. Jeśli terapia nie spełniała kryteriów terapii skutecznej lub prawdopodobnie skutecznej, była traktowana jak terapia eksperymentalna.

Warto w tym miejscu podkreślić, że to, iż terapia spełniała kryteria terapii skutecznej w przypadku konkretnego zaburzenia, nie oznaczało, że leczenie wywiedzione z określonej teorii jest lub nie jest efektywnie ogólnie. Dobry opis grupy badawczej miał stanowić ograniczenie dla generalizacji wyników nad skutecznością terapii na inne typy zaburzeń i inne grupy pacjentów. Oznacza to więc również, że jeśli nawet terapia — w świetle kryteriów APA — była skuteczna w leczeniu dorosłych pacjentów cierpiących na zaburzenia depresyjne, nie oznaczało to automatycznego uznania, iż jest skuteczna również, na przykład, w przypadku młodzieży lub dzieci cierpiących na to zaburzenie.

Pierwotny system klasyfikacji, który zaproponowało APA, budził liczne zastrzeżenia. Krytykowano między innymi następujące ograniczenia: niewielką liczbę wymaganych badań, koncentrację na objawach (zaniedbanie funkcjonowania psychospołecznego), trudność z generalizacją wyników (wyniki często nie przekładały się na praktykę kliniczną) oraz opieranie interpretacji na istotności statystycznej (która niewiele mówiła o znaczeniu obserwowanych zmian dla funkcjonowania pacjentów) (zob. szczegółowe omówienie w [27]).

W odpowiedzi na wskazywane ograniczenia oraz przyrost badań nad skutecznością terapii psychologicznych, w 2015 roku zaproponowano nowy system kryterialny [27]. Wymaga on, aby w procesie ewaluacji skuteczności terapii bazować na wynikach metaanaliz, dokonywać oceny jakości dowodów i, co wydaje się znaczącą modyfikacją mającą implikacje praktyczne, formułować konkretne rekomendacje do stosowania terapii. W procesie ewaluacji uwzględnia się efekty funkcjonalne (a nie tylko poprawę objawową), stabilność w czasie (tj. efekty długoterminowe), a ocena skuteczności opiera się na wskaźnikach istotności praktycznej i klinicznej (a nie istotności statystycznej). Zgodnie z zaproponowanym podejściem ocena terapii odbywa się w dwóch krokach: (1) przeglądu systematycznego dostępnych badań RCT⁵ (metaanaliza) oraz (2) oceny jakości dowodów (wysoka, umiarkowana lub niska), następnie — w wyniku dokonanej oceny — formułowania rekomendacji dla stosowania określonej terapii (bardzo silna, silna lub słaba).

Dowody są oceniane jako dowody wysokiej jakości, jeśli — na podstawie dostępnych danych — możemy mieć zaufanie, że oszacowany w badaniach wynik właściwie informuje o prawdziwym efekcie. Aby było to możliwe, muszą być spełnione następujące warunki: analiza uwzględnia szeroki zakres badań, które nie mają znaczących ograniczeń metodologicznych; różnice między badaniami są niewielkie (tj. charakteryzują się wysoką homogenicznością wyników); uśrednione wielkości efektów mają wąskie przedziały

⁵) Warto zauważyć, że w ramach pierwotnego systemu dopuszczano metodologiczne ekwiwalenty badania RCT, tj. eksperymenty jednopodmiotowe (min. 9 przypadków). Obecnie rekomenduje się uwzględnianie wyłącznie badań RCT [27, s. 11].

ufności. O umiarkowanej jakości dowodach mówi się natomiast, gdy prawdziwy efekt jest prawdopodobnie zbliżony do tego, który szacujemy na podstawie badań. Będzie to miało miejsce, gdy dostępne badania mają pewne słabości metodologiczne lub przedziały ufności dla uśrednionego efektu są szerokie. O dowodach niskiej jakości mówi się, gdy jest wysokie prawdopodobieństwo, że rzeczywisty efekt znacznie różni się od tego, który szacujemy na podstawie dostępnych badań. Sytuacja taka występuje, gdy badania mają poważne błędy metodologiczne, istnieje duże zróżnicowanie wyników, a przedziały ufności są bardzo szerokie.

Powyżej opisana ocena jakości dowodów stanowi podstawę do formułowania rekomendacji do stosowania terapii (zob. Tabela 1).

Tabela 1. System oceny terapii psychologicznych wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, oparty na przeglądach systematycznych [27].

Rekomendacja	Warunki, jakie muszą być spełnione
Bardzo silna rekomendacja	<p>Wszystkie następujące warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na objawy leczonego zaburzenia. Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne. Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie znaczący wpływ na objawy i/lub wyniki funkcjonalne co najmniej trzy miesiące po zakończeniu leczenia. Co najmniej jedno dobrze przeprowadzone badanie wykazało skuteczność w warunkach innych niż badawcze.
Silna rekomendacja	<p>Przynajmniej jeden z warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie istotny wpływ na objawy leczonego zaburzenia. Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne.
Słaba rekomendacja	<p>Którekolwiek z poniższych warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"> Istnieją jedynie dowody niskiej lub bardzo niskiej jakości na to, że leczenie wywiera klinicznie istotny wpływ na objawy leczonego zaburzenia. Istnieją tylko dowody niskiej lub bardzo niskiej jakości, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne. Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że efekt leczenia, choć istotny statystycznie, może nie mieć znaczenia klinicznego.

Skuteczność psychoterapii wywiedzionych z psychoanalizy

Badania nad psychoanalizą i psychoterapiami z niej wywiedzionymi mają długą historię [4–6]. Międzynarodowe Towarzystwo Psychoanalityczne wspiera badaczy, oferując finansowanie projektów naukowych, ale też zbiera informacje dotyczące prac empirycznych, których przedmiotem jest teoria i praktyka psychoanalityczna. Synteza tych informacji przedstawiana jest w ogólnodostępnym dokumencie przeglądowym „An open door review

of outcome and process studies in psychoanalysis”, którego trzecia edycja ukazała się w roku 2015 [7].

Oczywiście — w kontekście aktualnych wymagań metodologicznych — nasuwa się pytanie, czy istnieją badania RCT, których celem jest ocena skuteczności terapii wywiezionych z psychoanalizy. Odpowiedź twierdząca pochodzi z licznych przeglądów, których część stanowić będzie przedmiot omówienia w dalszej części artykułu. Niemniej jako punkt wyjścia warto potraktować przegląd Petera Lilliengrena z roku 2023 [32]. Autor ten zidentyfikował aż 298 badań w modelu RCT opublikowanych w latach 1967–2022. Co ciekawe, prawdopodobnie ze względu na upowszechnione wymagania metodologiczne liczba RCTs wzrastała w czasie, a 123 z nich (41,2%) opublikowano w ciągu ostatnich 10 lat. Większość badań dotyczyła terapii krótkoterminowych (do 40 sesji), ale do analiz włączono również terapie długoterminowe. We włączonych do przeglądu badaniach uwzględniano pacjentów z różnych grup wiekowych (głównie dorosłych, około 85%) i z różnymi diagnozami (dominowały zaburzenia nastroju, lękowe, osobowości i psychosomatyczne; 57%). Wyniki przeglądu wskazują, że pacjenci poddani psychoterapiom wywiezionym z psychoanalizy zazwyczaj osiągają lepsze wyniki niż pacjenci z tzw. nieaktywnych grup kontrolnych (np. brak terapii, lista oczekujących na leczenie). Nie obserwuje się też różnic między tymi pacjentami a pacjentami z grup porównawczych, gdzie stosuje się inne formy terapii.

Chociaż istnieją badania RCT nad skutecznością terapii wywiezionych z psychoanalizy, można zadać pytanie, czy spełniają one kryteria terapii wspartych empirycznie. Przegląd Lilliengrena pozwala na wstępną pozytywną odpowiedź. Przedstawione w przeglądzie analizy opierają się na dostępnych badaniach RCT, które dowodzą skuteczności terapii psychodynamicznych; nie dokonano jednak żadnej, związanej z kryteriami metodologicznymi, ich selekcji. Dlatego też w dalszej części artykułu szczegółowo omówione zostaną dwie najbardziej aktualne prace przeglądowe, którymi kierował Falk Leichsenring [17, 21], a które w sposób bezpośredni odnoszą się do kryteriów ewaluacji APA.

Pierwszy z przeglądów dotyczy pierwszego systemu oceny [28]. Chociaż obecnie dysponujemy inną strukturą ewaluacji [27], pierwotne kryteria APA nadal stanowią ramę odniesienia w dyskusjach naukowych, a niektóre z innych systemów klasyfikacji są do niego analogiczne [por. np. 29]. Stąd warte wydaje się przybliżenie ustaleń pierwszego z tych przeglądów.

Przede wszystkim warto podkreślić, że Leichsenring wraz z zespołem [21] — dokonując przeglądu literatury empirycznej — dokonywali selekcji badań, ściśle kierując się kryteriami APA [28]: (1) randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (RCT) jako model badawczy; (2) badanie obejmowało grupę kontrolną: brak oddziaływań (brak leczenia lub lista oczekujących), aktywna grupa kontrolna (np. placebo lub standardowe leczenie) lub grupa kontrolna z aktywną terapią o ustalonej skuteczności (psychoterapia lub farmakoterapia); (3) diagnoza i ocena wyników przy użyciu rzetelnych i trafnych narzędzi; (4) leczenie obejmowało pacjentów dorosłych ze specyficznym typem zaburzenia; (5) standaryzacja terapii poprzez precyzyjny opis leczenia.

Do przeglądu włączono ostatecznie 39⁶ opublikowanych w latach 1970–2014 badań, spełniających wszystkie powyższe właściwości. W oparciu o jakościowy przegląd badań

⁶ Leichsenring i współpracownicy przedstawiali podobne przeglądy trzykrotnie [22–24]. Niemniej prezentowane analizy różnią się liczbą uwzględnionych badań: 27 [22], 42 [23] i 67 [24]. Różnice mogły wynikać

autorzy stwierdzili, że — zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez APA — terapia psychodynamiczna spełnia kryteria terapii skutecznej w przypadku leczenia depresji, fobii społecznej, anoreksji, zaburzenia borderline i heterogenicznych zaburzeń osobowości. Dodatkowo, istniejące w roku 2015 dane pozwalały uznać terapię psychodynamiczną za prawdopodobnie skuteczną w leczeniu dystymii, zespołu przewlekłej żaloby, uogólnionego lęku społecznego, zaburzenia panicznego i uzależnień od narkotyków. Autorzy zwracali uwagę, że ich analizy dotyczyły wyłącznie osób dorosłych, a w przypadku wielu zaburzeń (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego) w ogóle brakowało danych, które pochodzą z badań spełniających kryteria APA. Dodatkowo, autorzy zwracali uwagę, że wiele badań nie mogło zostać uwzględnionych ze względu na niewystarczającą próbę badawczą (zob. przypis 6).

Opisany powyżej przegląd — choć stanowi cenne źródło informacji — ma w pewnym sensie tylko wartość historyczną. Wydaje się, że obecnie najważniejszym punktem odniesienia jest niedawno opublikowany przegląd metaanaliz, który przyjmuje bieżącą ramę ewaluacji skuteczności psychoterapii (tj. kryteria APA z 2015 roku). Leichsenring wraz z zespołem [17] zidentyfikowali 11 najbardziej aktualnych metaanaliz dotyczących psychodynamicznej terapii pacjentów dorosłych, którzy cierpieli na zaburzenia depresyjne ($k = 27$ badań RCT), lękowe ($k = 17$), osobowości ($k = 16$) i zaburzenia pod postacią somatyczną ($k = 17$). Zgodnie ze strukturą ewaluacji APA, autorzy przeglądu oceniali jakość badań zgodnie z systemem GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations*), finalnie dokonując oceny jakości dostępnych dowodów i formułując rekomendację dla stosowania terapii w specyficznych zaburzeniach psychicznych. Podsumowanie wyników przeglądu znajduje się w Tabeli 2.

Tabela 2. Skuteczność psychoterapii psychodynamicznych/psychoanalitycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Ocena jakości dowodów zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (na podstawie [17]).

Zaburzenie	Grupa kontrolna	N	Wielkość efektu, g (95% CI)	Jakość dowodów
Zaburzenia depresyjne	vs. wszystkie grupy kontrolne	1017	-0,58 (-0,83, -0,33)	wysoka
	vs. aktywne grupy kontrolne	945	-0,51 (-0,68, -0,35)	wysoka
	vs. aktywne terapie	2154	0,10 (-0,06, 0,26)	umiarkowana

z momentu identyfikacji badań, ale przede wszystkim tak znacząca redukcja (do 39 badań RCT), która ma miejsce w opisanym tutaj przeglądzie, wynika z wykluczenia badań, w których terapia psychodynamiczna była porównywana z terapią o ustalonej skuteczności, ale wielkość próby nie miała wystarczającej mocy dla testów ekwiwalencji (ten rodzaj kryterium nie był uwzględniany we wcześniejszych przeglądach). Przykładowo, porównawcze badanie Barkhama i wsp. [33], w którym wzięło udział łącznie 36 pacjentów (po 18 osób w grupie) — choć uwzględnione w trzech wspomnianych przeglądach — zostało wykluczone z opisanych tutaj analiz ze względu na niewystarczającą moc statystyczną (zob. Tabela 1 w: materiały uzupełniające [21]).

Zaburzenia lękowe	vs. wszystkie grupy kontrolne	479	-0,72 (-1,06, -0,37)	umiarkowana
	vs. aktywne grupy kontrolne	86	-0,64 (-1,14, -0,14)	niska
	vs. aktywne terapie	1196	0,06 (-0,11, 0,23)	umiarkowana
Zaburzenia osobowości	vs. wszystkie grupy kontrolne	239	-0,63 (-0,87, -0,41)	umiarkowana
	vs. aktywne grupy kontrolne	200	-0,65 (-0,99, -0,32)	umiarkowana
	vs. aktywne terapie	473	-0,04 (-0,31, 0,22)	umiarkowana
Zaburzenia pod postacią somatyczną	vs. wszystkie grupy kontrolne	776	-0,47 (-0,70, -0,23)	wysoka
	vs. aktywne grupy kontrolne	644	-0,41 (-0,74, -0,09)	wysoka

Poniżej znajduje się szczegółowe omówienie⁷ Tabeli 2.

Zaburzenia depresyjne

Terapia psychodynamiczna była bardziej skuteczna niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,58$; 95% CI: $-0,33$ do $-0,83$; $k = 12$, $N = 1017$). Efekt ten był obserwowalny również w przypadku porównań z osobami z aktywnych grup kontrolnych ($g = -0,51$, 95% CI: $-0,68$ do $-0,35$; $k = 9$, $N = 945$). Największą różnicę odnotowano w przypadku porównania z pacjentami oczekującymi na leczenie; pacjenci pozostający w terapii psychodynamicznej mieli znacznie mniejsze nasilenie objawów depresyjnych ($g = -1,14$; 95% CI: $-1,66$ do $-0,62$; $k = 3$, $N = 115$). Odnotowane różnice można uznać za średniej wielkości efekty; przedziały ufności sugerują, że prawdziwy efekt jest albo duży ($-0,83$ i $-0,68$), jeśli brać pod uwagę górne wartości przedziałów ufności, albo mały, ale wciąż istotny klinicznie, jeśli uwzględnić dolne wartości przedziałów ufności ($-0,33$ i $-0,35$).

W przypadku porównań z innymi aktywnymi terapiami nie uzyskano istotnych różnic ($g = 0,10$, 95% CI: $-0,06$ do $0,26$; $k = 19$, $N = 2154$). Próba była wystarczająco duża, aby wykryć klinicznie znaczący efekt. Również w pomiarach follow-up, na przestrzeni od 2 do 55 miesięcy po zakończeniu leczenia, nie uzyskano różnicy między terapiami psychodynamicznymi a innymi terapiami ($g = 0,08$, 95% CI = $-0,14$ do $0,30$; $k = 9$, $N = 1096$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o wysokiej lub umiarkowanej jakości⁸. Sformułowano silną rekomendację dla stosowania terapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń depresyjnych.

⁷⁾ W tabeli i w tekście uwzględniono wyniki analiz, w których autorzy usunęli przypadki odstające.

⁸⁾ W przypadku analiz porównujących terapię psychodynamiczną z innymi aktywnymi terapiami były pewne ograniczenia dotyczące procedury przydziału osób badanych do grup, pomniejszającymi siłę dowodu.

Zaburzenia lękowe

Metaanaliza, którą włączono do przeglądu, uwzględniła 17 badań RCT dotyczących skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu osób, które cierpiały na zaburzenia lękowe: agorafobię z lub bez lęku napadowego, zaburzenie paniczne, fobię społeczną, zespół lęku uogólnionego oraz PTSD. Terapia psychodynamiczna okazała się bardziej skuteczna niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,72$, 95% CI: $-1,06$ do $-0,37$, $k = 6$, $N = 479$). Podobną różnicę zaobserwowano porównując grupę eksperymentalną z aktywnymi grupami kontrolnymi; dostępne były jednak tylko trzy badania, co ograniczało dokładność oszacowania ($g = -0,64$, 95% CI: $-1,14$ do $-0,14$, $k = 3$, $N = 86$). Uzyskany efekt można uznać za średniej wielkości różnicę; przedziały ufności sugerują, że prawdziwy efekt jest w zakresie od bardzo dużego ($-1,06$), jeśli brać pod uwagę górną wartość przedziału ufności, albo małego, ale wciąż istotnego klinicznie, jeśli uwzględnić dolną wartość przedziału ufności ($-0,37$).

Porównując terapię psychodynamiczną z innymi aktywnymi terapiami, nie zaobserwowano istotnych klinicznie różnic ($g = 0,06$, 95% CI: $-0,11$ do $0,23$, $k = 14$, $N = 1196$). Efekt nie był też zależny od typu zaburzenia lękowego. Nie odnotowano klinicznie istotnych różnic również w badaniach follow-up: trwających do roku po zakończeniu leczenia ($g = -0,03$, 95% CI: $-0,25$ do $0,19$; $k = 9$, $N = 914$) oraz trwających ponad rok od zakończenia leczenia ($g = 0,00$, 95% CI: $-0,20$ do $0,20$; $k = 4$, $N = 617$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o umiarkowanej lub — w przypadku analiz porównujących z terapiami aktywnymi — niskiej jakości⁹. Całokształt danych pozwalał jednak na sformułowanie silnej rekomendacji do stosowania terapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń lękowych.

Zaburzenia osobowości

Uwzględniona w przeglądzie metaanaliza obejmowała 16 badań RCT, które dotyczyły zaburzenia osobowości typu borderline lub zaburzeń osobowości z wiązki C. Terapia psychodynamiczna okazała się bardziej skuteczna w zakresie redukcji objawów zaburzeń osobowości niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,63$, 95% CI: $-0,87$ do $-0,41$, $k = 5$, $N = 239$), w tym w aktywnych grupach kontrolnych ($g = -0,65$, 95% CI: $-0,99$ do $-0,32$, $k = 4$, $N = 200$). Uzyskane różnice wskazują na średniej wielkości efekt; przedziały ufności sugerują, że wielkość różnicy oscyluje od dużego efektu ($-0,87$, $-0,99$) do średniego; niemniej, stosunkowo mała próba badawcza ograniczała dokładność oszacowania.

Porównania skuteczności psychoterapii psychodynamicznych z innymi aktywnymi terapiami nie wykazały istotnych różnic ($g = -0,04$, 95% CI: $-0,31$ do $0,22$, $k = 6$, $N = 473$). Nie odnotowano różnic w wielkościach efektów w zależności od typu zaburzenia (borderline vs. zaburzenia osobowości z wiązki C). Brak istotnych różnic utrzymywał się również w ramach badań follow-up ($g = -0,18$, 95% CI: $-0,38$ do $0,03$, $k = 4$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o umiarkowanej jakości. Psychoterapie psychodynamiczne uzyskały silną rekomendację do stosowania w leczeniu zaburzeń osobowości.

⁹ Dostępne były tylko trzy badania.

Zaburzenia pod postacią somatyczną

Terapie psychodynamiczne były skuteczne w redukcji objawów somatycznych w porównaniu z wszystkimi grupami kontrolnymi ($g = -0,47$, 95% CI: $-0,70$ do $-0,23$, $k = 10$, $N = 776$) i aktywnymi grupami kontrolnymi ($g = -0,41$, 95% CI: $-0,74$ do $-0,09$, $k = 7$, $N = 644$). Odnotowana różnica w redukcji objawów między terapiami psychodynamicznymi a grupami kontrolnymi może być uznana za średniej wielkości efekt; górne wartości przedziałów ufności wskazują na duży lub średni efekt, dolne wartości znajdują się nieco poniżej przyjętej wartości progowej (tj. $-0,25$). Różnica skuteczności utrzymywała się w badaniu follow-up w okresie od 3 do 6 miesięcy w porównaniu z wszystkimi grupami kontrolnymi ($g = -0,45$, 95% CI: $-0,69$ do $-0,20$, $k = 4$, $N = 479$) i aktywnymi grupami kontrolnymi ($g = -0,45$, 95% CI: $-0,69$ do $-0,20$, $k = 4$, $N = 479$). Metaanaliza nie obejmowała badań porównujących skuteczność psychoterapii psychodynamicznej i innych aktywnych terapii.

Dostępne dowody zostały oceniane jako dowody wysokiej jakości. Sformułowano silną rekomendację do stosowania terapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń pod postacią somatyczną.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych w przeglądzie danych można twierdzić, że terapie psychodynamiczne spełniają aktualne kryteria APA dla terapii wspartych empirycznie. Przedstawione analizy uwzględniają niedawno opublikowane przeglądy systematyczne, obejmujące szeroki zakres badań RCT. Wykazano jednorodność koncepcyjną metod, które stosowano jako terapie psychodynamiczne, oraz odpowiednią jakość uwzględnianych badań RCT i przeprowadzonych metaanaliz. W przypadku pacjentów leczonych terapią psychodynamiczną, w porównaniu z grupami kontrolnymi zaobserwowano klinicznie istotną poprawę objawową; różnice te odnotowywano i po zakończeniu leczenia, i w badaniach follow-up. Różnice w skuteczności terapii psychodynamicznej w porównaniu z innymi aktywnymi terapiami były nieistotne, co sugeruje ich kliniczną ekwiwalencję. Analiza charakterystyk badań pozwalała stwierdzić, że istnieją dowody o wysokiej jakości (w zaburzeniach depresyjnych i pod postacią somatyczną) lub umiarkowanej jakości (w zaburzeniach lękowych i osobowości). W związku z tym, możliwe jest formułowanie silnych rekomendacji dla stosowania terapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń depresyjnych, lękowych, osobowości i pod postacią somatyczną (por. Tabela 1).

Dyskusja

Czy — wracając do postawionego na wstępie pytania — terapie wywodzące się z psychoanalizy można uznać za terapie wsparte empirycznie? Odpowiedź na to pytanie wymaga precyzji. Po pierwsze, należy podkreślić, że przyjmujemy perspektywę ruchu terapii wspartych empirycznie, która określa specyficzne kryteria dowodów, koncentrując się na wynikach badań RCT [9]. Warto pamiętać, że — w innych kontekstach — „dowodem”

czy „wsparciem empirycznym” mogą być wyniki innego typu badań (zob. np. definicję „najlepszego dowodu” w ramach praktyki opartej na dowodach: [34, s. 274]).

Po drugie, przyjmując tę specyficzną perspektywę, możemy stwierdzić, że zgodnie z aktualnymi kryteriami APA terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne są terapiami wspartymi empirycznie w leczeniu osób dorosłych, które cierpią na zaburzenia depresyjne, lękowe, osobowości i pod postacią somatyczną. W przypadku innych zaburzeń — w tym momencie — dostępnych jest zbyt mało badań RCT lub odpowiednie grupy eksperckie nie dokonały ich ewaluacji. Można oczekiwać, że prace będą kontynuowane, a wyniki uowszechniane.

Po trzecie, warto pamiętać, że — choć istnieją wspólne cechy terapii wywiedzionych z psychoanalizy [13–16] — różnią się one pod względem założeń teoretycznych i techniki pracy. Fakt, iż określone terapie uzyskały status terapii wspartych empirycznie w przypadku leczenia specyficznych zaburzeń, nie oznacza, że wszystkie terapie wywiedzione z psychoanalizy spełniłyby wymagane kryteria. Przedstawiciele określonych szkół terapii — jeśli chcą odpowiadać na ustalane standardy naukowe — muszą monitorować aktualny stan badań i podejmować prace empiryczne, które uzupełniałyby zidentyfikowane luki. W tym kontekście warto też zauważyć, że istniejący w obrębie nurtu psychoanalitycznego pluralizm (czasem określany jako fragmentacja [35, s. 14]) rodzi potrzebę narzędzi ewaluacji poszczególnych szkół terapii. Być może badania nad skutecznością mogłyby pełnić funkcję takiego narzędzia, obok metod klinicznych.

Po czwarte, w przypadku terapii wywiedzionych z psychoanalizy często podkreśla się, że efekty terapeutyczne utrzymują się lub nawet zwiększają po zakończonej terapii [16]. Jeśli tak, to aktualny system ewaluacji APA [27] obejmuje ważny — z perspektywy podejść psychoanalitycznych — pomiar długotrwałych efektów terapeutycznych. Stabilność efektu terapii po zakończonym leczeniu (min. trzy miesiące) jest bowiem jednym z koniecznych kryteriów, aby terapia uzyskała bardzo silną rekomendację do jej stosowania (zob. Tabela 1). Aktualne kryteria wydają się o tyle istotne, że pierwotny system ewaluacji był krytykowany jako faworyzujący terapie, które m.in. nie dają znaczącej, trwającej w czasie zmiany [36]. Argument ten wymaga rewizji, jeśli wziąć pod uwagę, że — w omówionym tutaj przeglądzie Leichsenringa i współpracowników — ustalono, iż efekty terapii psychodynamicznych rzeczywiście utrzymują się po zakończeniu leczenia, ale było tak również w przypadku innych terapii o ustalonej skuteczności [17].

W ramach dyskusji warto też zaznaczyć inną perspektywę. Można twierdzić mianowicie, że skuteczność terapii nie jest automatycznie dowodem prawdziwości założeń teoretycznych, które stoją u jej podstaw. Już od lat 30. XX w. dyskutuje się znaczenie czynników wspólnych dla różnych terapii, które — niezależnie od specyficznych metod terapeutycznych — mogą być odpowiedzialne za obserwowaną u pacjentów poprawę (np. empatia terapeuty, sojusz terapeutyczny) [37]. Możliwe jest na przykład, że dwóch terapeutów prowadzących tę samą terapię będzie miało różną skuteczność, a dwóch terapeutów z różnych nurtów — porównywalną. Nie tyle więc metoda byłaby odpowiedzialna za efekt terapeutyczny, co osoba, która metodę stosuje. Przykładowo, sojusz terapeutyczny jest czynnikiem, który najsilniej koreluje z efektem terapii, ale wykazano również, że terapeuci różnią się, jeśli chodzi o zdolność budowania sojuszu terapeutycznego z pacjentem [38]. Uznanie, że cechy terapeuty mają istotne znaczenie, prowadzi do propozycji, aby

— korzystając również z modelu RCT — porównywać skuteczność nie tylko metod, ale też terapeutów [zob. np. 31, s. 552].

Dodatkowo fakt, że skuteczność terapii nie dowodzi prawdziwości teorii leżącej u jej podstaw, wskazuje na konieczność wielopoziomowych prac empirycznych. Teoria psychoanalityczna wciąż bywa krytykowana jako nienaukowa, a istniejący pluralizm — o czym wspomniano już wcześniej — budzi uzasadnione wątpliwości [37]. Dlatego, z jednej strony, wciąż potrzebne są prace badawcze, pozwalające na ewaluację i rozwój teorii psychoanalitycznych oraz ewentualne modyfikacje techniki pracy (zob. przykładowe omówienie tego rodzaju badań [39]). Z drugiej jednak, potrzebne jest także upowszechnianie bogatego zasobu już istniejących prac, które powstają od początków psychoanalizy [5–7].

Piśmiennicwo

1. Martindale B. Changes in psychoanalytic therapy in Europe over three decades. Then and now. *Psychoanal. Psychother.* 2022; 36(4): 383–436.
2. Kernberg OF. The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 2006; 87(4): 919–936.
3. Leuzinger-Bohleber M, Arnold SE, Solms M, red. *Outcome research and the future of psychoanalysis*. London: Routledge; 2020.
4. Leuzinger-Bohleber M. Development of a plurality during the one-hundred-year-old history of research of psychoanalysis. W: Leuzinger-Bohleber M, Kächele H, red. *An open-door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association; 2015: 18–32.
5. Wallerstein R. The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanal. Psychol.* 2001; 18(2): 243.
6. Wallerstein R, Fonagy P. Psychoanalytic research and the IPA: History, present status and future potential. *Int. J. Psychoanal.* 1999; 80(1): 91–109.
7. Leuzinger-Bohleber M, Kächele H. *An open-door review of outcome studies in psychoanalysis. Third Edition*. London: International Psychoanalytical Association; 2015.
8. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183): 5–16.
9. Duncan BL, Reese RJ. Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. W: Weiner IB, Stricker G, Widiger TA, red. *Handbook of psychology, vol 8. Clinical psychology, II. Psychotherapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2013: 489–513.
10. Rakowska JM. Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie. *Rocz. Psychol.* 2011; 14(1): 7–22.
11. Cierpiałkowska L, Gościniak J, red. *Współczesna psychoanaliza: teorie relacji z obiektem*. Wydaw. Fundacji Humaniora; 2002.
12. Mitchell SA, Black MJ. Freud i inni. *Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996/2016.
13. Musiał M. Psychoterapia psychoanalityczna jako metoda leczenia i poznawania umysłu. *Psychiatr. Prakt. Klin.* 2009; 2(2): 93–99.

14. Leżnicka-Łoś A. Podstawy terapii psychoanalitycznej. Teoria i praktyka. Gdańsk: Imago; 2012.
15. Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2000; 7(2): 167–188.
16. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65(2): 98.
17. Leichsenring F, Abbass A, Heim N, Keefe JR, Kisely S, Luyten P i wsp. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders — an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry* 2023; 22(2): 286–304.
18. Leichsenring F, Schauenburg H. Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression — towards an evidence-based unified protocol. *J. Affect. Disord.* 2014; 169: 128–143.
19. Leichsenring F, Salzer S. A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy* 2014; 51(2): 224.
20. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: A review of empirical data. *Int. J. Psychoanal.* 2005; 86(3): 841–868.
21. Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy — an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother. Psychosom.* 2015; 84(3): 129–148.
22. Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanal. Psychother.* 2014; 28(1): 4–32.
23. Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemp. Psychoanal.* 2014; 50(1–2): 89–130.
24. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR i wsp. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(7): 648–660.
25. Lemma A, Roth A, Pilling S. The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks-6> [dostęp: 12.07.2024].
26. Kalita L, Bittner-Jakubowska A, Buzun E, Dworczyk P, Giza M, Henzel-Korzeniowska A i wsp. Kompetencje potrzebne do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w Polsce. *Psychoter.* 2021; 197(2): 51–66.
27. Tolin DF, McKay D, Forman EM, Klonsky ED, Thombs BD. Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2015; 22(4): 317.
28. APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clin. Psychol.* 1995; 48: 3–23.
29. Rakowska JM. Skuteczność zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ich leczenia: wnioski z badań dla praktyki klinicznej. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2021.
30. WHO. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2023.
31. Gold C. Quantitative psychotherapy outcome research: Methodological issues. W: Gelo O, Pritz A, Rieken B, red. *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome*. London: Springer; 2014: 537–558.
32. Lilliengren P. A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanal. Psychother.* 2023; 37(2): 1–24.

33. Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Stiles WB, Agnew RM, Halstead J i wsp. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1996; 64(5): 1079.
34. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am. Psychol.* 2006; 61(4): 271–285.
35. Fonagy P. Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanal Q.* 2003; 72(1): 13–47.
36. Shedler J. Where is the evidence for „evidence-based” therapy. *J. Psychol. Ther. Prim. Care* 2015; 4(1): 47–59.
37. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 1936; 6(3): 412.
38. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007; 75(6): 842.
39. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol. Bull.* 1998; 124(3): 333.

Adres: kontakt@martaszpak.pl

Szanowni Państwo,

serdecznie zapraszamy na **Konferencję Trzech Sekcji**, kolejną z cyklu tzw. Trójkonferencji organizowanych przez trzy Sekcje Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W tym roku organizacją wydarzenia zajmuje się **Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**.

**Konferencja Trzech Sekcji odbędzie się
w Międzynarodowym Centrum Kongresowym
w Katowicach w terminie 25–27 października 2024 roku.**

**Tematem tegorocznej konferencji jest
„Ciało w psychoterapii”.**

Choć ciało jest w psychoterapii stale obecne fizycznie, to rzadko znajduje się w centrum uwagi. Dychotomia ciało — psychika skłania nas do odsuwania spraw ciała na bok. Staje się ono tłem, na którym wypatrujemy „istotniejszych” zjawisk psychicznych. Tym razem chcemy to odwrócić — postawić ciało w centrum uwagi psychoterapeutów i przypomnieć, że bez niego nie ma psychoterapii.

Zapraszamy do patrzenia na ciało z różnych stron z nadzieją na twórczą syntezę wielu spojrzeń. Liczymy na zobaczenie w nim ważnego partnera w przymierzu terapeutycznym. Z jednej strony ciało jawi się jako obszar kształtowania tożsamości i miejsce spotkania wewnętrznego świata psychiki z zewnętrznym światem społecznym. Z innej wygląda jak pryzmat określający nasz sposób percepcji i narzędzie umożliwiające nam działanie. Z jeszcze innej — widziane z pomocą urządzeń do neuroobrazowania — bezcenne źródło informacji, które pomaga weryfikować psychoterapeutyczne teorie.

Takich spojrzeń może być bardzo wiele i mamy nadzieję, że ten wielowymiarowy obraz cielesności pacjentów i terapeutów pozwoli nam lepiej współpracować z ciałem w szukaniu pomocy dla ducha.

Zachęcamy do śledzenia aktualności na naszej stronie trojkonferencja2024.pl oraz na Facebooku Sekcji facebook.com/SNPPTP.

Mamy nadzieję na Państwa obecność podczas tego ważnego dla środowiska psychoterapeutów wydarzenia.

Zarząd SNP PTP