

Lech Kalita¹, Magdalena Chrzan-Dętkoś²

SKUTECZNOŚĆ PSYCHOTERAPII PSYCHOANALITYCZNYCH

EFFECTIVENESS OF PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPIES

¹ praktyka prywatna

²Uniwersytet Gdański, Instytut Psychologii

**effectiveness
of psychotherapy,
psychoanalytic/
psychodynamic
psychotherapy,
evidence-based medicine**

Artykuł zawiera przegląd aktualnych badań dotyczących skuteczności psychoterapii w podejściu psychodynamicznym, z uwzględnieniem ich poprawności metodologicznej. Poza prezentacją wyników potwierdzających skuteczność psychoterapii w tym podejściu, autorzy omawiają także najnowsze trendy w badaniach dotyczących pomiarów efektywności oddziaływań terapeutycznych.

Summary

Psychotherapies stemming from psychoanalysis, broadly described as psychoanalytic and/or psychodynamic therapies, for many years have been extensively applied as one of leading methods of psychological help. In spite of its widespread prevalence, psychoanalytic psychotherapies are often challenged with allegations regarding its ineffectiveness in treating mental disorders. The aim of this article is to provide an up-to-date review of outcome studies in psychoanalytic psychotherapy. Data presented in the review includes systematic monographs, examples of recent meta-analytic research and findings from clinical RCT research conducted in line with evidence – based medicine approach. The body of research conducted with valid methodology, on adequate samples, with the presence of control groups and comparable groups treated with other therapeutic methods, unanimously suggests that psychoanalytic approach is as effective as any other empirically acknowledged psychotherapeutic perspective. The review is supplemented by additional data from observatory research and a comment on most recent trends in psychotherapy effectiveness research.

Wprowadzenie

Celem niniejszego zwięzłego przeglądu badań poświęconych skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych jest przede wszystkim upowszechnienie aktualnej wiedzy dotyczącej empirycznych badań efektywności tej formy pomocy psychologicznej. Badania przeprowadzone w latach 50. XX wieku przez Hansa Eysencka [1] nad skutecznością psychoterapii, w tym psychoanalizy, pokazały, że ma ona efekt zbliżony do placebo. Wiele osób dyskutujących o skuteczności terapii bazujących na nieświadomości czy też krytykujących te podejścia, wciąż cytuje owe anachroniczne badania. Powszechne jest również przekonanie, iż szkoły terapii bazujące na nieświadomości (tj. rozmaite warianty terapii psychoanalitycznych) nie dysponują zapleczem badań w nurcie tzw. medycyny opartej na

dowodach — *evidence based medicine*. Brak wiedzy bądź dostępu do aktualnych wyników badań powodował, iż w systemach narodowej ochrony zdrowia części krajów europejskich terapie psychodynamiczne nie były respektowane [2]. W ostatnich latach obserwuje się jednak pewną zmianę związaną być może z szerszym dostępem do wyników badań i ich metaanaliz, pokazujących, że terapie psychoanalityczne mają skuteczność zbliżoną do innych podejść, a w przypadku niektórych zaburzeń — nawet wyższą.

Czym są psychoterapie psychoanalityczne

Psychoterapia psychoanalityczna jest jedną ze współcześnie stosowanych metod psychoterapeutycznych. Pochodzi od klasycznej psychoanalizy, czyli pierwszej metody „leczenia rozmową”, stworzonej przez Zygmunta Freuda na przełomie XIX i XX wieku. Współczesne psychoterapie psychoanalityczne stanowią zróżnicowaną grupę podejść terapeutycznych (np. długoterminowe terapie psychoanalityczne o różnym stopniu intensywności, mniej intensywne terapie psychoanalityczne czy psychodynamiczne, krótkoterminowe psychoterapie czy nawet poparte podręcznikami tzw. protokoły terapeutyczne, jak Dynamic Interpersonal Therapy [3] czy Transference Focused Psychotherapy [4]), z dwiema najważniejszymi cechami wspólnymi. Są to: 1) uznanie istnienia treści nieświadomych 2) skupienie pracy klinicznej na rozumieniu i badaniu treści nieświadomych podczas spotkania pacjenta z terapeutą [5].

Terapie psychoanalityczne opierają się na złożonym systemie teorii dotyczących dynamicznej nieświadomości; seksualności i bliskich związków międzyludzkich; popędów i potrzeb relacyjnych; rozwoju człowieka; mechanizmów obronnych i struktury umysłu. Niezależnie od szczegółowych różnic w orientacjach teoretycznych, terapeuci psychoanalityczni posługują się jednolitą techniką pracy obejmującą: skupienie na afekcie; badanie sposobów wyrażania niewygodnych myśli i uczuć; określanie nawracających wątków i uczuć; omawianie przeszłych doświadczeń z perspektywy rozwojowej; skupienie na relacjach interpersonalnych; skupienie na relacji terapeutycznej [6]. Na poziomie techniki pracy psychoterapie psychoanalityczne wydają się tworzyć względnie jednorodny sposób postępowania klinicznego.

W światowej literaturze naukowej pojęcia psychoterapii psychoanalitycznej i psychoterapii psychodynamicznej najczęściej stosowane są zamiennie, co prawdopodobnie wynika ze wskazanego wyżej podstawowego dla wszystkich wariantów tej metody leczenia wspólnego założenia o istnieniu dynamicznej nieświadomości, tj. zjawisk, z których nie zdajemy sobie sprawy, choć wpływają one na nasze bieżące przeżycia. W niniejszym artykule proponujemy podobną perspektywę i całą tę szerszą kategorię podejść terapeutycznych określamy mianem „psychoterapii psychoanalitycznych”, co jest w naszym rozumieniu równoznaczne z określeniem „psychoterapie psychodynamicznej”.

Fonagy, psychoanalityk zajmujący się badaniem skuteczności psychoterapii, używa ogólnego terminu „terapia psychodynamiczna”, którą definiuje jako „postawę otwartości wobec ludzkiej subiektywności, skoncentrowaną na rozumieniu zależności między różnymi aspektami relacji jednostki ze środowiskiem wewnętrznym i zewnętrznym” [2, s. 130]. W swoich pracach stawia znak równości między „psychoanalizą” (klasyczną terapią na koczecie, 4–5 razy w tygodniu) a „intensywną, długoterminową terapią psychodynamiczną”

[2, s. 130]. Leichsenring i Rabung, autorzy jednej z obszerniejszych metaanaliz skuteczności długoterminowych psychoterapii psychodynamicznych/psychoanalitycznych, w podobnym duchu deklarują, że podczas doboru badań do analiz uwzględniali terapie opisane jako: „psychodynamiczne”, „dynamiczne”, „psychoanalityczne”, „skupione na przeniesieniu” [7, s. 1552]. Zaznaczamy wyraźnie tę perspektywę ze względu na specyficzną dla polskiego środowiska terapeutycznego tendencję do podkreślania różnic między podejściem „psychodynamicznym” i „psychoanalitycznym”. Nie negując niuansów klinicznych, uzasadniających różnicowanie tych perspektyw, w tym artykule, zgodnie z globalnym trendem, zaliczamy je do jednej kategorii.

Na marginesie warto zaznaczyć, że poza różnorodnością teorii psychoanalitycznych istnieją też ogromne różnice związane ze stylem pracy stosujących je terapeutów. Czynniki konstytuujące terapie psychoanalityczne dotyczą raczej ogólnego ich poziomu, bowiem w bezpośredniej pracy każda (nawet prowadzona w oparciu o podręcznik) terapia jest inna, tak jak inny jest każdy pacjent i każdy terapeuta. Wydaje się, że perspektywa psychoanalityczna akceptuje ten nieunikniony fakt nieco bardziej niż podejścia zakładające możliwość prowadzenia psychoterapii ściśle w oparciu o niezmienną, powtarzalną „procedurę”, taką samą w przypadku każdego terapeuty i każdego pacjenta.

Ogólne uwagi na temat badania skuteczności psychoterapii

Próba określenia skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych wymaga zdefiniowania samego pojęcia skuteczności. Wedle słownika języka polskiego [8, s. 251] skuteczny, to „dający pożądane wyniki”; „taki, którego działalność przynosi efekty”. W języku angielskim, dominującym w światowej literaturze badawczej, występują dwa odrębne pojęcia opisujące skuteczność: *efficacy*, czyli stopień, w jakim dany sposób leczenia przynosi zamierzone efekty w warunkach idealnych, na przykład w randomizowanym, kontrolowanym badaniu klinicznym, oraz *effectiveness*, czyli stopień, w jakim dany sposób leczenia przynosi zamierzone efekty w zwyczajnych warunkach klinicznych.

Jakie są zatem „zamierzone efekty” w przypadku psychoterapii? Odpowiedź na to pytanie jest bardziej złożona, niż może się to zdawać. Zamierzony efekt psychoterapii okazuje się zależny od wielu czynników [9]. Określona perspektywa może zmieniać jego wizję. Dobrego przykładu rozbieżności perspektyw ujmowania zamierzonego efektu psychoterapii dostarcza terapia adolescentów: młody pacjent może szukać wyłącznie ulgi w cierpieniu, nie dążąc do rozumienia źródeł swoich kłopotów; terapeuta może w dobrej wierze realizować własną wizję leczenia, czasem stawiając sobie i pacjentowi bardzo ambitne cele; rodzina pacjenta może chcieć, żeby stał się on przyjemniejszy w obyciu, np. sprzątał pokój i chodził regularnie do szkoły, a płatnik, by terapia trwała jak najkrócej.

Drugim z czynników wpływających na wizję zamierzonego efektu jest przyjęcie określonych kryteriów skuteczności. Od wielu dziesięcioleci badacze najczęściej opierają się na pomiarze zmiennych objawowych przed i po oddziaływaniu psychoterapeutycznym. Mniejsza liczba badań poświęcona jest funkcjonowaniu pacjenta przed i po psychoterapii. Najrzadziej przyjmowana perspektywa badawcza dotyczy tego, jak sam pacjent doświadcza wpływu psychoterapii.

Po trzecie, wizja zamierzonego efektu wiąże się także z przyjętą metodologią badania skuteczności. W badaniach nad skutecznością psychoterapii dominuje standard ilościowy, choć można mieć wątpliwości, czy psychoterapia jako działalność z pogranicza nauk (społecznych, humanistycznych, medycznych) daje się adekwatnie opisać tylko takim modelem. Z drugiej strony podejście to, mimo swych ograniczeń, wydaje się nieuniknionym sposobem komunikacji z szerszym środowiskiem akademickim.

Kolejnym czynnikiem kształtującym wizję zamierzonych efektów jest cel przyświecający samym badaniom skuteczności. Czasami służą one poszukiwaniu najlepszych sposobów łagodzenia cierpienia, w innych wypadkach wykazaniu wyższości jednej metody nad drugą, a w jeszcze innych — gromadzeniu dowodów zachęcających do zakupu sprzedawanych usług. Każda z tych perspektyw może wpływać na wizję zamierzonych efektów, a tym samym na konstrukcję badania.

W badaniach nad skutecznością psychoterapii najczęściej przyjmuje się wizję zamierzonych efektów opartą na ilościowym badaniu perspektywy objawowej. Treść powyższych akapitów pokazuje, iż nie jest to jedyny możliwy sposób ujmowania skuteczności psychoterapii, jednak rozważania nad skutecznością psychoterapii psychoanalitycznej bez wątpienia trzeba osadzić właśnie w tym najpowszechniejszym kontekście.

Warto jednak wskazać na poważne ograniczenia ilościowego badania zmian objawowych. Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii obciążone są heterogenicznością badanych grup, różnicami w wykształceniu i umiejętnościach terapeutów oraz różnorodnością środowisk klinicznych. Wśród badaczy nie ma zgody co do adekwatnych sposobów konceptualizowania i mierzenia skuteczności poszczególnych psychoterapii. Przegląd badań nad skutecznością psychoterapii wskazuje, iż użyto w nich ponad 800 narzędzi pomiaru, przy czym najczęstsze z nich — Skala Depresji Becka — pojawia się zaledwie w 8% projektów [10]. Tak ogromna liczba stosowanych metod pokazuje, że ich dobór zależny jest od punktu widzenia badacza oraz że narzędzia pomiaru skuteczności mają różną jakość psychometryczną.

Ogólne wnioski ze współczesnych badań nad skutecznością psychoterapii wskazują, iż terapie psychologiczne pozwalają skutecznie leczyć zaburzenia psychiczne. Psychoterapia — stosowana zarówno osobno, jak i w połączeniu z farmakoterapią — jest skuteczniejsza niż placebo, zaś psychoterapie są przynajmniej równie skuteczne co farmakoterapie, mogą też wzmacniać korzystny ich efekt [11–14].

Obecnie wciąż — choć już z mniejszą intensywnością — toczy się debata na temat tego, czy istnieją mniej i bardziej skuteczne podejścia psychoterapeutyczne. Zwolennicy koncepcji wspólnych czynników leczących we wszystkich psychoterapiach przedstawiają wyniki badań, z których wynika, że modalność terapeutyczna miałaby odpowiadać jedynie za 8% efektu, zaś czynniki wspólne — za 70% [15]. Przeciwnicy tego poglądu odwołują się do wyników badań skuteczności poszczególnych podejść terapeutycznych i wskazują na różnice między nimi bądź na brak badań skuteczności niektórych rodzajów psychoterapii. Badacze psychoterapii psychoanalitycznej dysponują obecnie licznymi naukowymi dowodami na rzecz jej skuteczności także w tym drugim ujęciu, akcentującym potrzebę zgłębiania siły skuteczności poszczególnych rodzajów leczenia, a nie psychoterapii ogólnie. Należy jednak przyznać, że baza dowodów tworzona jest stosunkowo od niedawna.

Słynna krytyka psychoanalizy sformułowana przez Eysencka w latach 50. XX wieku pokazała, iż brak twardych dowodów empirycznych może ukazywać psychoterapie psychoanalityczne jako mające znikomy czy nawet negatywny wpływ na pacjentów. Kolejne dziesięciolecia przyniosły sukces podejścia behawioralno-poznawczego, od początku akcentującego umocowanie w empirycznych badaniach skuteczności. Przedstawiciele podejścia psychoanalitycznego zauważyli, że nie podejmując na tym gruncie dialogu, ryzykują popadnięcie w anachroniczność. Ostatnie trzydzieści lat to okres postępującego rozwoju badań w zakresie skuteczności psychoterapii psychoanalitycznej.

Poniżej przedstawimy zwięzły przegląd najważniejszych, przekrojowych publikacji oraz wyniki przykładowych badań nad skutecznością psychoterapii psychoanalitycznej.

Publikacje systematyzujące i przeglądy badań

Brytyjski psychoanalityk Peter Fonagy jest redaktorem jednej z najważniejszych publikacji poświęconych badaniom skuteczności terapii psychoanalitycznych. Publikacja zatytułowana „An open door review of outcome studies in psychoanalysis” [16] zawiera przegląd wyników ponad 80 projektów badawczych dotyczących skuteczności psychoanalizy (26) i psychoterapii psychoanalitycznej (55). Autor we wstępie stwierdza: „To prawda, że psychoanalityczne badania empiryczne rozpoczęły się później, niż w przypadku wielu innych szkół. Jednak nie sposób ignorować faktu, że tam, gdzie sprawiedliwie i adekwatnie oceniano skuteczność tej metody, osiągała ona efekty porównywalne z innymi podejściami terapeutycznymi” [16, s. ix].

By zilustrować bogactwo zgromadzonych danych, przytoczymy przykład jednego z badań opisanych w tej publikacji.

Sandell i in. [17] przedstawili wyniki badania skuteczności psychoanalizy i psychoterapii psychoanalitycznej realizowanego od 1988 w Szwecji. Projekt opierał się badaniu kohortowym, obejmującym 765 osób (z których 418 wypełniło wszystkie kwestionariusze). Badano osoby korzystające z długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej (331 osób w terapiach trwających min. 3 lata, 1–2 sesje w tygodniu), psychoanalizy (74 osoby w analizach trwających min. 3 lata, 4–5 sesji w tygodniu) i krótkoterminowej terapii psychodynamicznej (tutaj liczba osób badanych (13) okazała się zbyt mała, by wyciągać statystycznie istotne wnioski).

W momencie ukończenia terapii wśród badanych we wszystkich grupach wystąpiła istotna zmiana w zakresie objawów psychopatologii mierzonych za pomocą kwestionariusza SCL-90 (*The Symptom Checklist 90*). Pacjenci rozpoczynali leczenie ze średnim nasileniem wskaźnika ogólnego (GSI — *general severity index*) na poziomie 1,1 (według norm referencyjnych oznaczających psychopatologię), natomiast w chwili zakończenia leczenia ów wskaźnik średnio wynosił 0,8 (według norm referencyjnych — norma kliniczna). Po 3 latach od zakończenia terapii nastąpiła dalsza redukcja wskaźnika, do 0,4 w przypadku psychoanalizy i do 0,8 w przypadku długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej. Wielkość efektu w przypadku psychoanalizy wyniosła 1,55, w przypadku długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej — 0,6.

Przegląd proponowany przez Fonagy’ego [16] pozwala zapoznać się ze szczegółami ponad 80 szeroko zakrojonych projektów badawczych o zasięgu podobnym do przyto-

czonego przykładu. Stanowią one solidną podstawę dociekań w zakresie skuteczności terapii psychoanalitycznych. W roku 2015 opublikowano uaktualnione wydanie „Open door review...”, zawierające wyniki najnowszych badań [18].

Najbardziej aktualnym suplementem do przedstawionej wyżej pracy Fonagy’ego jest artykuł opublikowany w *World Psychiatry* [2]. Fonagy uwzględnia wyniki badań prowadzonych w kolejnej dekadzie, uwypuklając wnioski z metaanaliz i badań typu RCT (*randomized controlled trials*), którym poświęcimy kolejne akapity. Zauważa, że „w porównaniu z grupami kontrolnymi (lista oczekująca, placebo, niespecyficzna pomoc psychologiczna [*treatment as usual*]) terapie psychodynamiczne zazwyczaj okazują się skutecznym podejściem w leczeniu depresji, zaburzeń odżywiania i zaburzeń psychosomatycznych [...]. Najsilniejsze dowody dotyczą skuteczności długoterminowych psychoterapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń osobowości, zwłaszcza zaburzenia osobowości typu *borderline*” [2, s. 137]. Fonagy zaleca, by „konserwatywną strategię porównywania heterogenicznych grup psychoterapii [zastąpić] [...] korzystaniem z osiągnięć neuropsychologii i neurobiologii i twórczo zgłębiać wartość [...] łączenia specyficznych elementów leczenia w celu dotarcia do problemów indywidualnych pacjentów” [2, s. 137].

Obok prac Fonagy’ego warto wymienić opracowany przez Maat i współpracowników [19] systematyczny przegląd badań poświęconych skuteczności długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej. Matt przyjrzała się wynikom 27 badań, obejmujących łącznie 5063 pacjentów. Zarówno w przypadku umiarkowanych, jak i głębokich zaburzeń wielkość efektu wynosiła średnio 0,78 w momencie zakończenia terapii i 0,94 w badaniach typu *follow-up*. Matt wnioskuje, iż zgromadzone przez nią dane „pokazują, iż długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jest skutecznym leczeniem szerokiego spektrum patologii” [19, s. 1].

Obok wymienionych publikacji w ostatnich latach powstaje coraz więcej prac przeglądowych i systematyzujących [20–22], gromadzących i upowszechniających dowody na rzecz skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych czy psychodynamicznych.

Badania typu RCT i metaanalizy

We współczesnych badaniach skuteczności leczenia za najwyższy możliwy standard uznaje się randomizowane, kontrolowane badania (ang. RCT — *randomized controlled trials*). Osoby badane przydziela się losowo do jednej z grup otrzymujących leczenie lub do grupy kontrolnej (placebo lub kolejka oczekujących). Pozostałe warunki pozostają jednakowe dla wszystkich badanych, niezależnie od przydziału do grupy. Celem takiego postępowania jest określenie relacji przyczynowo-skutkowej i wskazanie wyizolowanych efektów danego sposobu leczenia. Przykładem podejścia RCT może być projekt grupy badaczy z Helsinek [23]. Badanie objęło 326 pacjentów, przydzielanych w losowy sposób do grup terapeutycznych i grupy kontrolnej. W grupach terapeutycznych proponowano trzy metody leczenia: terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu (TSR, ok. 10 sesji w ciągu 8 miesięcy), krótkoterminową terapię psychodynamiczną (KTP, ok. 20 sesji w 6 miesięcy) oraz długoterminową terapię psychodynamiczną (DTP, ok. 230 sesji w 31 miesięcy). Badanie nasilenia objawów depresyjnych (mierzonych skalą Becka) prowadzono w 3., 7., 9., 18., 24. i 36. miesiącu od rozpoczęcia

terapii u wszystkich pacjentów, niezależnie od przydziału do grupy (a więc w niektórych grupach terapeutycznych także długo po zakończeniu leczenia). We wszystkich grupach terapeutycznych odnotowano wysoką wielkość efektu: od 0,8 do 1,5. W pierwszym roku od rozpoczęcia terapii w grupach TSR i KTP objawy depresyjne złagodniały istotnie bardziej niż w przypadku DTP, w drugim roku — różnice wyrównały się, zaś w trzecim — w grupie DTP redukcja objawów okazała się istotnie skuteczniejsza niż w dwóch pozostałych.

W ramach kontynuacji tego samego projektu [24] do analizy wyników badań włączono pacjentów korzystających z psychoanalizy: 3 do 5 sesji w tygodniu przez około 5 lat. Nie podlegali oni RCT — sami wybrali tę formę pracy. Jak zakładano, pacjenci ci istotnie różnili się od pozostałych pacjentów pod względem edukacji, byli bardziej samokrytyczni i nie korzystali z leków psychotropowych. Przejawiali więcej niepokoju, mieli niższe poczucie spójności i dobrostanu, głębszą refleksyjność i większą motywację do leczenia. W pierwszym roku pacjenci form krótkoterminowych mieli o 15–27% niższe wyniki w kwestionariuszach oceniających nasilenie depresji oraz lęku. W drugim roku zaobserwowano brak różnic, a w trzecim roku psychoterapia psychodynamiczna była bardziej efektywna — badanie pokazało zmniejszenie objawów od 14 do 37% — w porównaniu z pozostałymi grupami pacjentów. Psychoanaliza natomiast okazała się najbardziej efektywna w piątym i zarazem ostatnim roku jej trwania. Badanie grupy Helsinki pokazuje, że terapie krótkoterminowe dają korzyści szybciej, ale w dłuższej perspektywie terapia długoterminowa daje znacznie większe efekty.

Wśród najbardziej aktualnych wyników badań warto wskazać efekty współpracy zespołu University College London i kliniki Tavistock w ramach Tavistock Adult Depression Study (Badania nad depresją u dorosłych w klinice Tavistock) [25]. Badacze skoncentrowali się na skuteczności psychoterapii psychoanalitycznej w przypadku uporczywej depresji (tj. depresji, w której leczeniu co najmniej dwie wcześniejsze formy leczenia zawiodły). Projekt badawczy objął 129 osób podzielonych na grupę kontrolną, korzystającą z niespecyficznego „standardowego leczenia psychologicznego” (SLP), oraz grupę badaną, korzystającą z długoterminowej terapii psychoanalitycznej (DTP). W momencie zakończenia terapii w obydwu grupach uzyskano niewielki odsetek całkowitej remisji, zaś odsetek osób osiągniętych częściową remisję nie różnił się istotnie między grupami (32,1% w grupie badanej oraz 23,9% w grupie kontrolnej). Wyniki oparto głównie o skale Hamiltona i Becka. Istotne różnice pojawiły się dopiero po zakończeniu terapii, co wykazały badania typu follow-up. Osoby korzystające z DTP uzyskały istotnie lepsze wyniki w zakresie remisji choroby: po 24 miesiącach od zakończenia leczenia w grupie DTP remisja utrzymywała się u 38,8% osób, w grupie SLP — 19,2% ($p = 0,03$), po 30 miesiącach odpowiednio 34,7% i 12,2% ($p = 0,008$), zaś po 42 tygodniach 30% i 4,4% ($p = 0,001$).

Wyniki mogą sugerować, że wielowymiarowy proces psychoterapii psychoanalitycznej przyczynia się u pacjentów do lepszego rozumienia ich własnych emocji, co prowadzi do utrzymujących się wyników leczenia i dalszego rozwoju korzystnej, autorefleksyjnej postawy na długo po zakończeniu terapii.

W ostatnich piętnastu latach powstało wiele badań typu RCT, podnoszących rangę empirycznych dowodów na rzecz skuteczności terapii psychoanalitycznych. Wzrost liczby badań o zbliżonej konstrukcji metodologicznej pozwolił na przeprowadzenie metaanaliz, czyli porównywanie ze sobą wyników poszczególnych badań RCT i sformułowanie na

ich podstawie ogólniejszych wniosków. Metaanalizy badań RCT to jedne z najsilniejszych dostępnych dowodów empirycznych w obszarze metodologii ilościowej i perspektywy objawowej.

Najobszerniejsze i najdokładniejsze metodologicznie metaanalizy dotyczące skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych przedstawili np. Leichsenring [26] (wykazano brak istotnych różnic w wielkości terapeutycznego efektu między krótkoterminową terapią psychodynamiczną a terapią behawioralno-poznawczą i behawioralną), Leichsenring, Rabung i Leibing [27] (wykazano, że wielkość efektu krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej wynosi od 0,8 do 1,39), Cuijpers i in. [28] (wykazano brak różnic między podejściem psychoanalitycznym a innymi podejściami w leczeniu depresji) czy Leichsenring i Rabung [7]. Ogólnie rzecz ujmując, wyniki metaanaliz potwierdzają, iż psychoterapie psychoanalityczne są skutecznym sposobem leczenia o średniej lub dużej wartości efektu. Dla przykładu można przytoczyć wyniki ostatniej z wymienionych prac.

Leichsenring i Rabung [7] przeprowadzili metaanalizę badań poświęconych skuteczności „długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej (DTP)”, obejmującej przynajmniej rok lub 50 sesji. Analiza objęła 23 projekty badawcze: 12 badań typu RCT i dodatkowo 11 typu kohortowego; łącznie analizowano wyniki populacji 1053 pacjentów.

Metaanaliza wykazała, że DTP okazała się istotnie skuteczniejsza niż krótsze psychoterapie w obszarze „ogólnej skuteczności”, „rozwiązywania kluczowych problemów” i „funkcjonowania osobowości”. Po ukończeniu DTP średnio u 96% pacjentów z głębokimi zaburzeniami (zaburzeniami chronicznymi i łączonymi) objawy się osłabiły w porównaniu z grupą kontrolną (czyli po ukończeniu krótszych terapii). W podgrupie 274 pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe i depresyjne wielkość efektu DTP wyniosła od 0,99 do 1,3.

Badania obserwacyjne

Ciekawych danych, uzupełniających wyniki badań typu RCT oraz metaanaliz, dostarczają również tzw. badania obserwacyjne, które mogą być bliższe pracownikom służby zdrowia. W ramach realizowanego w Szwecji projektu *Quality Assurance of Psychotherapy in Sweden* (QAPS) oferowane w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego terapie: poznawczo-behawioralne, psychodynamiczne, psychoanalizę, integracyjne, systemowe oraz arteterapię podzielono na trzy główne kategorie: terapie poznawczo-behawioralne (CBT), terapie psychodynamiczne (PDT) oraz integracyjne (INT) [29]. Badanie objęło grupę 180 pacjentów leczonych przez 75 terapeutów. Najczęstszą formę leczenia stanowiła terapia psychodynamiczna (PDT), z której korzystało 118 pacjentów (65,6%), następnie CBT — 31 pacjentów (17,2%) oraz integracyjna (INT) — 31 pacjentów (17,2%). Wyniki pacjentów korzystających z trzech wymienionych metod terapii nie różniły się w testach oceniających poziom zdrowia psychicznego oraz fizycznego. Co ciekawe, grupy różniły się nieznacznie pod kątem problemów zaobserwowanych przez terapeutów. Podobnie jak w badaniu zespołu Stiles [30], pacjenci z grupy CBT przejawiali mniej problemów interpersonalnych (67,7%) w porównaniu z pacjentami korzystającymi z PDT (92,4%) i terapii integracyjnych (96,8%). Także kłopoty z samooceną rzadziej obserwowano wśród pacjentów CBT (71,0%) niż u pacjentów PDT (94,1%) oraz INT. Pacjenci CBT ogólnie przejawiali mniej problemów, niż pacjenci korzystający z innych podejść. Terapeutów pra-

ujących w podejściu poznawczo-behavioralnym cechowała skłonność do diagnozowania pacjentów: częściej stawiali im diagnozy ze spektrum zaburzeń lękowych. Pacjenci terapeutów psychodynamicznych częściej otrzymywali diagnozy ze spektrum zaburzeń nastroju, podczas gdy terapeuci integracyjni rzadziej stawiali jakiegokolwiek diagnozy. Dodatkowo, w grupie pacjentów leczących się u terapeutów CBT, częściej stosowano farmakoterapię. 12% pacjentów nie otrzymało żadnej diagnozy psychiatrycznej, co stosunkowo często spotyka się w praktyce klinicznej. Przed leczeniem, do grupy dysfunkcyjnej — w zależności od użytego testu — należało 72% lub 85% pacjentów. Przejście z grupy dysfunkcyjnej do „zdrowej” zaobserwowano, znów w zależności od użytego kwestionariusza, między 38 a 84% pacjentów. Psychoterapia okazała się skuteczną formą pomocy w przypadku większości leczonych pacjentów. Nie zaobserwowano istotnych różnic związanych z poszczególnymi podejściami, czasem trwania terapii ani relacją z określonym terapeutą. Podobne badanie przeprowadzono w ramach systemów opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii (projekt CORE, *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*) z bardzo podobnym rezultatem: nie zaobserwowano istotnych różnic między skutecznością poszczególnych podejść teoretycznych [30].

Dyskusja

Skoro ostatnie dekady przyniosły wiele empirycznych dowodów na skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych, to dlaczego ich temat w dalszym ciągu budzi kontrowersje? Przyczyny w pewnej mierze mogą leżeć po stronie samego środowiska terapeutów psychoanalitycznych. Część z nich koncentruje się wyłącznie na indywidualnych zjawiskach klinicznych, a niektórzy przejawiają otwartą niechęć do ilościowych badań skuteczności, uznając je za perspektywę redukcjonistyczną i szkodliwą, upraszczającą i wypaczającą złożony przebieg procesu terapeutycznego. Co więcej, mimo rosnącej liczby badań, wielu praktyków nie zdaje sobie sprawy z ich istnienia i nie jest w stanie powołać się na nie w dyskusji z innymi specjalistami bądź opinią publiczną.

Wydaje się jednak, że istnieją dodatkowe, bardziej złożone powody trudności w badaniu skuteczności leczenia psychoanalitycznego. Definicja skuteczności, jak zaznaczyliśmy wyżej, wymaga określenia zamierzonych efektów. W przypadku terapii psychoanalitycznych sformułowano bardzo różne koncepcje celu leczenia, jak np. stosunkowo nieskrępowaną zdolność do osiągnięć i do radości; osiąganie genitalności; przystosowanie do rzeczywistości; rozwinięcie samodzielnego funkcjonowania ego; zdolności do stabilnych relacji z obiektem; pragnienie rodzicielstwa; cieszenie się zdrowym narcyzmem [31]; łagodzenie rozszczepień; rozwój prawdziwego self; konstruowanie lepszych narracji; konfrontacja z ograniczeniami pragnień [32] i tak dalej.

Mimo tej mnogości wariantów celu psychoterapii ogólnie można powiedzieć, że cechą specyficzną dla podejścia psychoanalitycznego jest przesunięcie akcentu z redukcji objawów na proces zmiany psychicznej. Każda z przytoczonych wersji wydaje się na swój sposób akcentować znaczenie zakresu i stabilności zmiany psychicznej. Specyficzna dla terapii psychoanalitycznych koncentracja na przeniesieniu i powtarzalności sesji terapeutycznych pozwala badać zakres i stabilność zmiany na żywo w sytuacji klinicznej, a dialog z pacjentem pozwala na bieżąco sprawdzać i omawiać możliwe zakresy dalszej zmiany.

Próby badania tak rozumianego pojęcia skuteczności wymagają zmian zarówno w zakresie metodologii (uzupełnienie badań jakościowych podejściem ilościowym), jak i obiektu badań (skupienie na procesie zmiany psychicznej, nie tylko na redukcji objawów). Obecnie powstaje coraz więcej psychoanalitycznych prób tego rodzaju dociekań, np. jakościowe badanie procesu zmiany z perspektywy pacjenta [33]; badania „procesu referencyjnego”, aktywującego różne poziomy świadomości i różne obszary mózgu podczas sesji terapeutycznej [34]; związki między zdolnością do mentalizowania a możliwością korzystania z terapii zaburzeń osobowości [35]. Być może tego rodzaju podejście stanowi — obok zalecanego przez Fonagy’ego wykorzystania osiągnięć neurobiologii — najbardziej twórczy i rozwojowy kierunek badań nad skutecznością psychoterapii.

Podsumowanie

Obecnie badacze zajmujący się psychoterapią, bardziej niż na wykazywaniu różnic między skutecznością podejść terapeutycznych, koncentrują się na specyficznych wymiarach terapii, zwłaszcza na zagadnieniu „*what works for whom*” — co działa dla kogo: jak wyposażenie genetyczne, wczesne doświadczenia, moment zachorowania mogą różnicować efekty leczenia [36, 37]. Być może jednak, nawet ważniejsze od projektowania nowych, poprawnych metodologicznie badań dotyczących skuteczności, kluczowe jest rozpowszechnianie dotychczasowych wyników badań. Wyniki te nie tylko w pełni autoryzują psychoterapie psychoanalityczne czy psychodynamiczne jako potwierdzone naukowymi dowodami, ale też wskazują, jak pokazuje chociażby zaobserwowany w wielu badaniach „*sleeping effect*”, iż terapie w podejściu psychoanalitycznym wydają się wyposażać pacjentów w stosunkowo trwałe kompetencje do radzenia sobie ze zmianami, kryzysami życiowymi oraz relacjami.

Piśmiennictwo

1. Eysenck H. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1952; 16: 319–24.
2. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015; 14(2): 137–150.
3. Lemma A, Target M, Fonagy P. *Brief dynamic interpersonal therapy*. Oxford: OUP; 2011.
4. Yeomans, F, Clarkin J, Kernberg O. *Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline*. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2015.
5. Frosh S. *A brief introduction to psychoanalytic theory*. London: Palgrave; 2012.
6. Blagys M., Hilsenroth M. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2000; 7:167–188.
7. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008; 300(13): 1551–1565.
8. Szymczak M, red. *Słownik języka polskiego*. Tom trzeci. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

9. Leiper R, Maltby M. The psychodynamic approach to therapeutic change. London: SAGE; 2004.
10. Sadock B, Sadock V, Ruiz, P. Kaplan and Sadock's comprehensive handbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
11. Smith M, Glass G, Miller, T. The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press; 1980.
12. Lipsey M, Wilson D. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am. Psychol.* 1993; 48(12): 1181–1209.
13. Norcross J, Wampold, B. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychother. (Chic)*. 2011; 48(1): 98–102
14. Huhn M, Tardy M, Spineli L, Kissling W, Forstl H, Pitschel-Walz G i wsp. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71 (6): 706–715.
15. Wampold B. The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
16. Fonagy P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis; Londyn: IPA; 2002.
17. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int. J. Psychoanal.* 2000; 81(5): 921–942.
18. Leuzinger-Bohleber M, Kaehele H, red. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Londyn: IPA; 2015.
19. Maat S, Jonghe F, Shoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv. Rev. Psychiatry* 2009;17(1):1–23.
20. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65: 98–109.
21. Gaskin C. The effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A literature review of recent international and Australian research. Melbourne: PACFA; 2014.
22. Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanal. Psychother.* 2014; 28: 4–32.
23. Knekt P. Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol. Med.* 2008; 38 (5):689–703.
24. Knekt P, Lindfors O, Renlund C, Sares-Jäske L, Laaksonen M, Virtala E. Use of auxiliary psychiatric treatment during a 5-year follow-up among patients receiving short — or long-term psychotherapy. *J. Affect. Disord.* 2011; 135(1): 221–230.
25. Fonagy P, Rost F, Carlyle J, McPherson S, Thomas, R, Fearon, P i wsp. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015, 14: 312–321.
26. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 401–419.
27. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *JAMA* 2004; 300: 1551–1565.
28. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76(6):909–922.

-
29. Werbart A, Levin L, Andersson H, Sandell R. Everyday evidence: outcomes of psychotherapies in Swedish Public Health Services. *Psychotherapy (Chic)*. 2013; 50 (1): 119–130.
 30. Stiles W, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioral, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychol. Med.* 2008; 38: 677–688.
 31. McDougall J. *Wiele twarzy Erosa*. Warszawa: Ingenium; 2014.
 32. Frosh S. *Psychoanaliza. Za i przeciw*. Warszawa: Ingenium; 2011.
 33. Nilsson T. Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychother. Res.* 2007; 17 (5): 553–566.
 34. Bucci W. Four domains of experience in the therapeutic discourse. *Psychoanal. Inq.* 2007; 27, 617–639.
 35. Gullestad F. Mentalization as a moderator of treatment effects: findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychother. Res.* 2013; 23 (6): 674–689.
 36. Heim C, Shugart M, Craighead E, Nemeroff C. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev. Psychobiol.* 2010; 52: 7: 671–690.
 37. Kato M, Serretti A. Review and meta-analysis of antidepressant pharmacogenetic findings in major depressive disorder. *Mol. Psychiatry* 2010; 5(5):473–500.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl