

Aleksandra Jaworska-Surma

ZINDYWIDUALIZOWANE MIARY SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII PROPONOWANE PRZEZ PACJENTA — ZALETY I OGRANICZENIA

PATIENT-GENERATED INDIVIDUALIZED MEASURES OF PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS — STRENGTHS AND LIMITATIONS

Autorka otrzymała tytuł doktora nauk humanistycznych w zakresie psychologii w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu

**psychotherapy measures
treatment effectiveness research**

Autorka przedstawia szeroki wachlarz zagadnień dotyczących oceny efektów psychoterapii opisując korzyści i ograniczenia metody zindywidualizowanej dla pojedynczych pacjentów. Rozróżnia w nim cele instrumentalne (goals), jak i ostateczne (outcome) zwracając uwagę na związki przyczynowo-skutkowe między nimi.

Summary: In spite of the fact that psychotherapy research has been conducted for a couple of decades, researchers do not share a common view on which psychotherapy effectiveness measures are the most appropriate, reliable and valid. The changing role of the patient in the treatment process, his becoming an active treatment subject, as well as accentuating the value of the opinions about psychotherapy results formulated by its different beneficiaries is a source of inspiration for a discussion about the value of the idiographic approach using patient-generated change measures of treatment effects. In this approach psychotherapy effectiveness is assessed by referring to the measures generated by an individual patient, usually individually formulated psychotherapy goals, desired effects and expectations towards treatment. What is considered to be the biggest advantage of idiographic methods using patient-generated change measures is their higher sensitivity to change detection, as well as their ability to cover change dimensions significant for the patient – which results in their higher clinical validity. At the same time, however, these methods are subject to a number of theoretical and methodological limitations, which call their usefulness into question.

The article presents a short review of patient-generated idiographic tools most popular in psychotherapy effectiveness research and the pros and cons of using tools of this type. The value of including patient's view on psychotherapy goals, its desired effects and their measures, as well as possible ways of using these measures in treatment effectiveness research are discussed.

Choć skuteczność psychoterapii stanowi przedmiot badań już od wielu lat, wśród psychologów brak jest zgody co do tego, co właściwie ma być jej efektem i jak duże zmiany można uznać za dowód skuteczności leczenia. Poszczególne szkoły psychoterapeutyczne odmiennie formułują cele psychoterapii i kryteria poprawy. W analizach skuteczności psychoterapii prowadzonych na podstawie badań empirycznych także, jak dotąd, nie ustalono standardowych, powszechnie przyjętych kryteriów poprawy stanu pacjentów. Ogles i wsp. [1], którzy zawężili analizę tylko do jednego konkretnego rodzaju zaburzeń — agorafobii, oraz jednego typu interwencji — terapii behawioralno-poznawczej, stwierdzili, że w 106 takich badaniach opublikowanych między 1980 a 1990 r. zastosowano aż 98 różnych miar

wyników. Z kolei Lambert i wsp. [2], którzy porównali wyniki uzyskiwane w trzech skalach mierzących depresję — skali Becka, Hamiltona oraz Zunga, stwierdzili, że między tymi narzędziami występują różnice większe niż te, które przypisuje się leczeniu. Trudno zatem odmówić racji Kazdinowi [3], który twierdzi, że wnioski dotyczące skuteczności terapii formułowane są na podstawie arbitralnie dobranych i zoperacjonalizowanych kryteriów, a zakres odpowiedzi na pytanie o skuteczność psychoterapii jest ograniczony tylko do możliwości stwierdzenia poprawy albo jej braku w wymiarach uwzględnionych w użytych narzędziach. Wskazanie trafnych miar zmiany stanowi w związku z tym jeden z kluczowych problemów badań skuteczności psychoterapii, wykazanie bowiem skuteczności danej interwencji jest w bardzo dużej mierze zależne od metod badania, w tym przyjętych wymiarów oceny efektów leczenia. Pojęcie „skuteczności”, rozumiane jako „przynoszenie pożądaných wyników, efektów” [4], jest pojęciem bardzo relatywnym — to samo działanie przynoszące określone rezultaty może, przy przyjęciu pewnych założeń do tego, co jest uznawane za efekt pożądaný i jakie są kryteria osiągnięcia tego efektu, być z jednej perspektywy uznawane za skuteczne, a z innego punktu widzenia za nieskuteczne.

Punktem wyjścia rozważań dotyczących wartości pomiaru skuteczności psychoterapii za pomocą zindywidualizowanych narzędzi, opierających się na wymiarach oceny proponowanych przez pacjenta, jest spostrzeżenie, że pacjenci i ich problemy bardzo różnią się między sobą nawet, jeśli w diagnozie ich zaburzenia zostały określone tym samym kodem z systemu klasyfikacji zaburzeń. Takie idiograficzne podejście do pacjenta bywa uznawane za powód małego zainteresowania terapeutów wynikami badań skuteczności terapii, opisujących wyniki uzyskane za pomocą metod i narzędzi nomotetycznych, nie koncentrujących się na różnicach między jednostkami, lecz poszukujących ogólnych reguł i prawidłowości¹. Terapeutów bowiem interesuje nie to, jaki rodzaj leczenia jest odpowiedni dla grupy opisanej za pomocą pewnych uogólnień, ale jaki konkretnie rodzaj interwencji będzie najbardziej pomocny indywidualnemu pacjentowi, z którym mają do czynienia [5].

Zindywidualizowane metody pomiaru zmiany terapeutycznej opierające się na miarach proponowanych przez pacjenta

Podejście idiograficzne w badaniach skuteczności psychoterapii obejmuje dwa rodzaje metod. Pierwszy rodzaj metod, który nie będzie tu szerzej omawiany, obejmuje pomiar zmian zachowań indywidualnego pacjenta, dokonywany na podstawie ponawianych obserwacji tych zachowań i ich opisu (ang. *behavioral assessment*) przez terapeutę albo sędziów kompetentnych, ewentualnie też samego pacjenta, a następnie analizy zarejestrowanych zmian [6]. Drugi rodzaj metod, będący głównym tematem niniejszego artykułu, to metody, w których pacjent współtworzy narzędzie pomiarowe, samodzielnie lub przy pomocy terapeuty wyznaczając miary zmiany, które są potem wykorzystywane jako podstawa oceny postępów terapii (ang. *patient-generated instruments*). Miarami tymi są najczęściej stopień realizacji oczekiwań pacjenta wobec rezultatów terapii oraz zmiany

¹ Terminy „idiograficzny” i „nomotetyczny” w tym rozumieniu wprowadził do psychologii G. Allport w 1962 r., w artykule pt. *The general and the unique in psychological science*, J. Personality, 30: 405–422.

w zakresie zgłaszanych dolegliwości. Główne założenie, na którym opierają się tego rodzaju metody, jest takie, że pacjenci zgłaszają się na psychoterapię z bardzo różnymi problemami i w związku z tym oczekują różnych efektów. Wobec tego postuluje się dostosowanie leczenia do indywidualnych potrzeb i oczekiwań pacjenta, ażeby uzyskać pełen obraz zmiany, ocenę skuteczności leczenia przez określenie stopnia realizacji jego celów [7]. Co za tym idzie, narzędzie pomiarowe powinno być zindywidualizowane zarówno pod względem wymiarów zmiany, stopnia ważności przypisywanego zmianie w różnych obszarach, jak i oceny wielkości zmiany w poszczególnych wymiarach.

Badania idiograficzne opierające się na miarach zmiany wyznaczonych przez pacjenta obejmują wiele różnych metod pomiaru o zróżnicowanym charakterze i różnym stopniu ich indywidualizacji — od metod jakościowych po metody sięgające po elementy narzędzi i analiz statystycznych charakterystycznych dla podejścia nomotetycznego. Do metod jakościowych, w pełni uwzględniających indywidualne różnice między pacjentami, można zaliczyć na przykład ocenę postępów terapii, przez odniesienie jej do struktur narracyjnych stosowanych w procesie leczenia, lub metodę analizy języka używanego przez pacjentów do opisu myśli i doświadczeń związanych z ich problemami [6]. Metody te stanowią wyraz podejścia fenomenologicznego i konstruktywistycznego, uznającego psychoterapię za proces uzgadniania znaczeń między pacjentem a terapeutą, podkreślającego unikalny, subiektywny i indywidualny sposób doświadczania psychoterapii [8]. Jednak najczęściej wykorzystywane metody idiograficzne, określające zmianę w odniesieniu do wymiarów proponowanych przez pacjenta, starają się wprowadzić pewne elementy standaryzacji, umożliwiające analizy statystyczne, mające nadać tym metodom walor większej wartości naukowej — trafności i rzetelności, a także pozwalające na zbiorczą ocenę wyników uzyskanych przez indywidualnych pacjentów i formułowanie ogólnych wniosków, właściwych podejściu nomotetycznemu. Metody te wyznaczają ogólne ramy miar skuteczności, które stanowi zwykle pewna określona przez dane narzędzie liczba najważniejszych (a) problemów, z którymi pacjent zgłasza się do leczenia i z którymi uporanie się stanowi główny cel leczenia z punktu widzenia pacjenta, lub (b) oczekiwań wobec efektów psychoterapii, jej celów postrzeganych przez pacjenta. Często też zaznacza się odpowiedzi pacjenta na skalach porządkowych lub nawet interwałowych oraz przeprowadza analizy wielkości zmiany na podstawie wyników pretestu i posttestu, dokonuje się porównania między poszczególnymi typami pacjentów lub wynikami uzyskiwanymi w podobnych wymiarach za pomocą metod statystycznych odpowiednich do pomiaru z użyciem tego rodzaju skal.

Do najczęściej omawianych w publikacjach na temat badań skuteczności psychoterapii metod idiograficznych, opierających się na miarach zmian wyznaczonych przez pacjenta należą:

- *Personal Questionnaire* (*Kwestionariusz osobisty*² [9]). Kwestionariusz ten (szerzej nie wykorzystywany ze względu na kłopotliwość jego stosowania) pomaga pacjentowi przy pomocy terapeuty sformułować główny problem będący przedmiotem terapii, jak również opisać stan, który będzie on uznawał za przejaw wyzdrowienia oraz za przejaw poprawy (stan pośredni).

² Według wiedzy autorki żadna z opisywanych tu metod i narzędzi nie posiada polskiej adaptacji. Tłumaczenie angielskich nazw omawianych metod stanowi propozycję autorki artykułu.

• *Target Complaints (Dolegliwości stanowiące przedmiot leczenia* [10, 11]). Na początku terapii pacjent proszony jest o wskazanie trzech głównych dolegliwości / symptomów, a następnie o ocenę ich natężenia w 5-stopniowej opisowej skali intensywności. Kończąc psychoterapię, pacjent ponownie ocenia swój stan w tej samej skali intensywności, odnosząc się do dolegliwości wskazanych przy rozpoczęciu leczenia. Wypełnienie kwestionariusza powinna poprzedzić wstępna rozmowa z terapeutą, który pomoże pacjentowi zidentyfikować główne problemy i ich natężenie. Kwestionariusz wypełniany jest potem przez terapeuta, a czasami przez terapeuta wspólnie z pacjentem. Badania cytowane przez Oglesa, Lamberta i Fieldsa [12] dowodzą, że metoda ta jest wrażliwa na wykrywanie zmian pojawiających się w następstwie psychoterapii i że jest uznawana przez klinicystów praktyków za użyteczne narzędzie do pomiaru zmiany.

• *Client Problems Rating (Ocena problemów przez klienta)* — skala stosowana w połączeniu z *Therapist Problem Rating (Ocena problemów klienta przez terapeuta* [13]), rozwinięta na bazie omawianego wyżej kwestionariusza *Target Complaints*. Pacjent proszony jest o wskazanie głównego problemu (lub kilku problemów), który jest powodem zgłoszenia się na terapię, a następnie ocenę jego natężenia w 13-stopniowej skali. Ta sama skala jest użyta do oceny problemu (problemów) wskazanych przez pacjenta na końcu terapii. Terapeuta stosuje podobną procedurę pomiarową — wskazuje problem, który jego zdaniem jest głównym celem terapii dla danego pacjenta, oraz ocenia jego natężenie na początku i na końcu terapii. Procedura ta według Lamberta, Shapiro i Bergina [14] cechuje się odpowiednią rzetelnością i trafnością.

• *Goal Attainment Scaling (Skalowanie stopnia osiągnięcia celu)* — opracowane przez Kiresuka i zespół [15, 16]. Przed podjęciem terapii pacjent we współpracy z terapeutą ustala cele leczenia, nadaje im rangi — od celu najistotniejszego i możliwego do osiągnięcia, do celów drugoplanowych — oraz określa możliwe do uzyskania rezultaty terapii w formie skal opisowych. Następnie dokonuje się oceny poziomu początkowego zmiennych wskazanych przez pacjenta w tych sformułowanych indywidualnie skalach — stroną oceniającą jest albo sam pacjent, albo pacjent oraz inne podmioty (terapeuta, sędziowie kompetentni), po zakończeniu zaś leczenia określa się stopień realizacji poszczególnych celów. Według twórców tego narzędzia możliwa jest analiza statystyczna uzyskanych danych przez standaryzację wyników lub obliczenie całkowitego wyniku poprawy uwzględniającego stopień poprawy dla różnych celów.

• *PSYCHLOPS* (skrót od nazwy *Psychological Outcome Profiles — Profil wyniku psychologicznego*). Narzędzie opracowane przez badaczy brytyjskich, w ostatnich latach będące przedmiotem wielu publikacji [17, 18]. Ma ono formę kwestionariusza do samodzielnie wypełniania, który składa się z czterech (wersja pretestowa) lub pięciu (wersja posttestowa) pytań. Przy rozpoczęciu psychoterapii pacjent proszony jest o wskazanie dwóch swoich najważniejszych problemów, ocenę ich dotkliwości w 6-stopniowej skali w ciągu ostatniego tygodnia oraz określenie, od kiedy się z nimi boryka. Proszony jest też o wskazanie jednej rzeczy, której robienie jest utrudnione z ich powodu oraz ocenę stopnia tego utrudnienia w ciągu ostatniego tygodnia, a także — swojego ogólnego samopoczucia w tym czasie. Do kwestionariusza posttestowego kopiuje się zgłaszane przez pacjenta na początku leczenia dwa główne problemy oraz domenę życia najbardziej upośledzoną

z ich powodu i prosi o ocenę ich dotkliwości w ciągu ostatniego tygodnia. Pacjent jest także proszony o ocenę swojego ogólnego samopoczucia w ciągu ostatniego tygodnia. Dodatkowo, ocenia on zmianę swojego stanu — w porównaniu z rozpoczęciem leczenia — w sześcioletniej skali od „znacznie lepszy” do „znacznie gorszy”. Autorzy narzędzia przeprowadzili kilka badań [18, 19], m.in. porównując wyniki uzyskane w *PSYCHLOPS* z wynikami uzyskanymi w *CORE-OM*, popularnym w Wielkiej Brytanii wystandaryzowanym wszechstronnym narzędziem do pomiaru efektów terapii, oraz odnosząc wyniki *PSYCHLOPS* do ocen klinicznych ekspertów. Uzyskane wyniki interpretowane są jako dowody trafności i rzetelności *PSYCHLOPS*.

Zalety metod idiograficznych wykorzystujących miary skuteczności psychoterapii proponowane przez pacjenta

Przydatność i miarodajność zindywidualizowanych metod pomiaru skuteczności psychoterapii opierających się na wymiarach wskazywanych przez pacjenta jest przedmiotem wielu dyskusji. Zwolennicy tych metod wskazują na wiele argumentów przemawiających za ich stosowaniem, natury nie tylko metodologicznej, ale także pragmatycznej i etycznej.

Idea uwzględnienia w badaniach skuteczności psychoterapii perspektywy pacjenta i jego poglądów na rezultaty leczenia ma długą tradycję. W 1977 r. Strupp i Hadley [20] zaproponowali model trójczłonowy badań skuteczności (*tripartite model*), według którego w ocenie psychoterapii należy uwzględnić perspektywy wszystkich stron zainteresowanych jej efektami, a więc: pacjenta, terapeuty i społeczeństwa. Często podkreśla się też, że minął już czas traktowania psychoterapii jako oddziaływania podobnego do leczenia farmakologicznego i odrzuca się metaforę psychoterapii jako leku podawanego biernemu pacjentowi [21]. Podkreślenie roli pacjenta widoczne jest też w niektórych definicjach psychoterapii, które nie precyzują konkretnych celów, jakie powinna ona osiągnąć, lecz zostawiają ich określenie w rękach jej beneficjentów. Prochaska i Norcross [22, s. 5] definiują psychoterapię jako *świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany*. Traktowanie psychoterapii jako procesu interaktywnego, dwustronnego, w którym pacjent jest aktywnym podmiotem współuczestniczącym w procesie leczenia, a nie „przedmiotem leczenia”, pociąga za sobą konieczność wyznaczenia mu bardziej aktywnej roli także w badaniach skuteczności psychoterapii. Ashworth i wsp. [17] zwracają uwagę, że kiedyś autorami narzędzi pomiarowych byli eksperci, którzy decydowali, jakie pytania powinny znaleźć się w kwestionariuszu, w jakie tematy należy je pogrupować, które pozycje są ważniejsze, a której mniej ważne i — w związku z tym — jakie stwierdzenia opisujące miary skuteczności psychoterapii należy wyeliminować. Obecnie mówi się natomiast o „pacjentach ekspertach” — ekspertach w dziedzinie własnej choroby i innych dolegliwości, których opinię należy uwzględnić tak samo, jak opinie specjalistów. Uwzględnienie opinii pacjenta o skuteczności psychoterapii, jak również jego aktywne uczestnictwo w ocenie jakości usług terapeutycznych, postuluje także Światowa Organizacja Zdrowia. Deklaracja z Alma Aty [23] głosi, że beneficjenci leczenia mają prawo i obowiązek uczestnictwa indywidualnego i kolektywnego w plano-

waniu i wdrażaniu opieki zdrowotnej, z której następnie korzystają. Uwzględnienie opinii pacjenta o efektach leczenia jest bardzo ważne ze względu na wartości demokratyczne, ale też ze względów instrumentalnych — spełnia bowiem postulat uczestnictwa społeczeństwa w kształtowaniu opieki zdrowotnej, co jest korzystne dla rozwoju i poprawy jej jakości, jak również jej większej użyteczności dla ogółu.

Zwolennicy stosowania idiograficznych miar skuteczności psychoterapii wyznaczanych przez pacjenta podkreślają, że wyłącznie takie podejście do pomiaru efektów leczenia daje możliwość nie tylko zbadania zmiany w przypadku danego pacjenta, ale też uzyskania miarodajnych danych na temat skuteczności terapii w ogólności [24, 25, 26]. Pogląd ten oparty jest na założeniu, że standardowe (nomotetyczne) miary efektów mogą nie obejmować wszystkich wyników terapii ważnych dla pacjentów, a także nie uwzględniać różnej wagi przykładanej do różnych ocenianych wymiarów zmiany. Pomijanie tych elementów może mieć charakter systematyczny, co może wpłynąć na ogólne wnioski dotyczące skuteczności psychoterapii. Przyjęcie określonych założeń teoretycznych odnośnie do kształtu i obszarów pożądanej zmiany powoduje ograniczenie zakresu badania zmiany. Na przykład przyjęcie „negatywnej” definicji zdrowia, ujmującej zdrowie jako brak symptomów chorobowych, prowadzi do tworzenia narzędzi opisujących problemy i negatywne aspekty funkcjonowania, podczas gdy niektóre z omawianych narzędzi idiograficznych, jak np. *Goal Attainment Scaling*, dają możliwość opisu celów leczenia nie tylko formułowanych w sposób negatywny, jako złagodzenie odczuwanych dolegliwości, ale także pozytywnych aspektów funkcjonowania, które mogą stanowić dla pacjentów istotny cel psychoterapii. W związku z tym, jako jedną z głównych zalet pomiaru opierającego się na miarach wyznaczanych indywidualnie przez pacjenta, wskazuje się ich większą czułość na wykrycie zmiany. Owo założenie teoretyczne znajduje potwierdzenie w badaniach empirycznych prowadzonych na przykład z użyciem narzędzia *PSYCHLOPS* [27]. Wykazują one jego większą wrażliwość na zmianę niż kwestionariusz *HADS* — skala nomotetyczna do pomiaru depresji. U pacjentów badanych za pomocą obydwu tych narzędzi zanotowano większe wielkości efektu *d* Cohena w pomiarze za pomocą *PSYCHLOPS* (*d* Cohena dla testu $t = 1,61$) niż *HADS* (*d* Cohena w *HADS* = 1,15). Wielkość zmiany w skalach korelowała z postrzeganą wielkością zmiany przez pacjenta. Podobne wyniki dowodzące większej czułości tego rodzaju narzędzia na wykrywanie zmiany przyniosło badanie porównujące *PSYCHLOPS* z *CORE-OM* (gdzie wskaźniki *d* Cohena wyniosły odpowiednio 1,53 i 1,06) [18].

Większą wrażliwość na zmianę narzędzi idiograficznych, uwzględniających wymiary wskazane przez pacjenta, tłumaczy się faktem, że są one konstruowane specjalnie z myślą o pomiarze skuteczności, w przeciwieństwie do zwykle stosowanych narzędzi, które zostały stworzone jako narzędzia diagnostyczne, pozwalające odróżniać osoby zdrowe od chorych, ale w związku z tym będące mało wrażliwe na zmianę. Wysoka czułość tego rodzaju narzędzi idiograficznych wynika także z faktu wskazania przez pacjenta konkretnych problemów — zdefiniowanych przez niego samego, w jego własnym języku i dla niego ważnych — w miejsce uogólnień stosowanych w narzędziach nomotetycznych. Narzędzia te pozwalają ocenić też zachowania i problemy specyficzne dla danego pacjenta, które mogą relatywnie rzadko występować w populacji i w związku z tym nie być uwzględnione w narzędziach nomotetycznych, opisujących zjawiska charakterystyczne dla większości osób. Takie indywidualne podejście do określania, czym jest zmiana terapeutyczna, jest

zgodne z ideą istotności klinicznej czy też trafności klinicznej w rozumieniu Kazdina [7], który zmianę istotną klinicznie opisuje jako zauważalną, praktyczną różnicę określaną jako taka przez podmioty zainteresowane wynikami psychoterapii, przy czym różne podmioty mogą mieć różne poglądy dotyczące tego, co należy uznać za istotną zmianę.

Czułość zastosowanej metody na zmianę jest szczególnie istotna przy monitorowaniu postępów psychoterapii. Systematyczne śledzenie zmian pojawiających się u pacjenta (lub ich braku) pozwala wykryć zagrożenie porzuceniem terapii i odpowiednio wcześnie na nie reagować. Regularny pomiar zmian z użyciem odpowiednio wrażliwego narzędzia, uwzględniającego specyfikę problemu pacjenta, ale także założenia planu terapeutycznego, pozwala również na ocenę zgodności zmian z planem leczenia oraz stanowi podstawę modyfikacji planu leczenia i stosowanych metod terapeutycznych, w razie gdyby nie przynosiły one pożądanego efektów [28].

Jako zaletę narzędzi idiograficznych uwzględniających poglądy pacjenta na to, co powinno być miarą zmiany, wskazuje się także ich elastyczność, pozwalają one bowiem na zmianę lub modyfikację przedmiotu pomiaru w trakcie leczenia, co odzwierciedla częsty w psychoterapii proces ewolucji i redefinicji jej celów [6]. Elastyczność takich narzędzi przejawia się także w możliwości takiego ich konstruowania wspólnie z pacjentami, by móc mierzyć skuteczność terapii nie tylko w odniesieniu do jednostek, ale i całych systemów rodzinnych [29].

Za przewagę narzędzi idiograficznych opisujących zmianę w obszarach wskazanych przez pacjenta uznaje się także zrozumiałość stosowanego w nich języka, który jest językiem pacjenta, a nie specjalistycznym żargonem, a także ich zwięzłość i związany z nią krótki czas wypełniania kwestionariusza. Zauważa się też, że już samo wypełnianie tego rodzaju kwestionariuszy narzędzi, wymagające od pacjenta aktywnego przemyślenia kwestii związanych ze swoimi problemami, przynosi pożytek, gdyż zmusza go do zaangażowania się w proces leczenia od samego początku. Stanowi ono element procesu terapeutycznego — motywuje pacjentów, którzy mówiąc o rzeczach dla siebie ważnych i opisując kryteria poprawy swojego stanu wyobrażają sobie tę poprawę [30]. Można także założyć, że większe zaangażowanie się w ten proces skutkuje bardziej starannym wypełnianiem kwestionariuszy, a w związku z tym lepszą jakością uzyskiwanych danych.

Ograniczenia pomiaru efektów psychoterapii opartego na idiograficznych miarach skuteczności proponowanych przez pacjenta

Badania skoncentrowane na ocenie skuteczności psychoterapii w odniesieniu do indywidualnie określonych celów oraz oczekiwań spotykają się z wieloma głosami krytycznymi [13, 26, 31]. Jako główną ich wadę wskazuje się subiektywny, a więc relatywny i niemożliwy do odniesienia do bezwzględnych standardów, charakter ocen. Powoduje on, że ocena skuteczności jest w pełni zależna od sposobu zdefiniowania miar zmiany, czego efektem może być podobna ocena zmian różnej wielkości, które zaszły u pacjentów z różnym początkowym natężeniem zgłaszanych problemów. Fakt wskazania przez pacjenta (czasem z pomocą terapeuty), jako miar zmiany, celów zbyt łatwych lub zbyt trudnych, a nawet niemożliwych do realizacji może wpływać na trafne określenie poziomu zmiany. Sensowność pomiaru skuteczności opartego na porównaniu oceny stanu przed psychote-

rapią i po niej z wykorzystaniem miar proponowanych przez pacjenta kwestionowana jest także w związku ze zjawiskiem renegocjacji i przeformułowywania celów i oczekiwań wobec psychoterapii w jej trakcie. Jest to związane z ich często nierealistycznym i mglistym charakterem, albo też z brakiem jasnych celów terapii, jeśli pacjent nie zgłosił się na nią dobrowolnie, a został skierowany np. przez sąd. Jednym z głównych celów terapii prowadzonej w duchu praktycznie każdego z głównych modeli terapeutycznych — w tym na przykład w terapiach nurtu psychodynamicznego, w terapii poznawczej Becka czy racjonalno-emotywniej Ellisa — jest zmiana oczekiwań pacjenta wobec samego siebie, innych osób i całego życia, jak również wobec efektów leczenia i stanu psychicznego, który chce osiągnąć dzięki terapii [32]. A zatem, ocena skuteczności leczenia poprzez odniesienie do celów pierwotnie ustanowionych przestaje mieć sens.

Otwarty charakter pytań o miary zmiany skłania także do udzielania nieustrukturowanych, trudnych do interpretacji odpowiedzi, szczególnie w przypadku narzędzi do samodzielnego wypełniania. Na przykład, pacjent proszony o wskazanie jednego problemu może w swobodnej, samodzielnej wypowiedzi wskazać kilka różnych problemów, łączyć kilka wątków lub też odpowiadać w sposób niejasny. A przecież jednym z podstawowych warunków trafności narzędzia pomiarowego jest jego precyzja, czyli w tym wypadku jasne określenie kilku głównych problemów lub celów terapii, w zakresie których zmiany podlegają pomiarowi. Z kolei pomoc terapeuty w zdefiniowaniu problemów, celów i oczekiwań pacjenta wobec terapii, mająca na celu ich doprecyzowanie i urealnienie, inicjuje proces terapeutyczny — stan wyjściowy pacjenta może ulec zmianie już podczas procesu ustalania i pomiaru oczekiwań wobec niej i jej celów, co podważa trafność oceny „pretestowej”.

Oparcie oceny zmiany terapeutycznej tylko na wymiarach wybranych przez pacjenta może także nie dawać całościowego obrazu jego stanu. W efekcie, brak wszechstronnej oceny może prowadzić do błędnych wniosków dotyczących skuteczności leczenia, na przykład w sytuacji pojawienia się symptomów substytucyjnych w stosunku do symptomów pierwotnych. Badania za pomocą narzędzia *PSYCHLOPS* dowodzą też, że nie zawsze pacjenci wskazują swoje kluczowe problemy oraz pomijają ważne aspekty swoich zaburzeń, które stanowiąc będą ważny przedmiot leczenia [33].

Argument przemawiający za większą wrażliwością na zmianę omawianego typu miar idiograficznych, a zatem ich lepszą trafnością teoretyczną w porównaniu z miarami nomotetycznymi, staje pod znakiem zapytania, jeśli odwołać się do zaproponowanych przez Vermeerscha, Lamberta i Burlingame’a [34] kryteriów kwalifikowania miar zmiany jako odpowiednio czułych. I tak, wskazane przez pacjenta miary zmiany mogą nie spełniać warunku podlegania zmianie zgodnej z kierunkiem zaproponowanym przez teorię, gdyż każdy pacjent może wyznaczyć takie aspekty zmiany, które nie są szczegółowo ujęte w teorii i nie były wcześniej mierzone. Niemożliwe jest też spełnienie warunku uznania narzędzia za odpowiednio wrażliwe na zmianę terapeutyczną zakładającego, że zmiana w danym wymiarze powinna być większa w grupie osób leczonych niż w grupie kontrolnej, gdyż brak jest takowej grupy odniesienia.

Możliwość ujęcia za pomocą omawianego rodzaju metod idiograficznych subiektywnych doświadczeń pacjenta, mająca stanowić jeden z głównych ich atutów, jest także do pewnego stopnia złudna. Wypełnianie kwestionariusza przy pomocy terapeuty czy też omówienie problemu niejasno wyrażonego w kwestionariuszu przeznaczonym do samodzielnego wypełniania w trakcie sesji sprawia, że perspektywa terapeuty w niekontrolowany sposób wpływa na

opinie pacjentów i ich interpretacje. Nie chroni przed tym zjawiskiem fakt udziału w badaniu sędziów kompetentnych, którzy w trakcie kodowania nieustrukturyzowanych odpowiedzi mogą nieświadomie stosować znane im kategorie diagnostyczne i ramy teoretyczne, przy czym ich opinie mogą być rozbieżne, co jest źródłem kolejnych trudności interpretacyjnych. Często-kroć także fakt wcześniejszego kontaktu pacjenta z instytucjami terapeutycznymi skutkuje stosowaniem przez niego języka fachowego do opisu swoich problemów i stawianiem, jako własnych, diagnoz czy też celów leczenia sformułowanych przez profesjonalistów.

Za jedną z głównych wad metod idiograficznych określających efekty psychoterapii na podstawie wymiarów wskazanych przez pacjenta uznaje się też ograniczone kompetencje pacjenta w zakresie obiektywnej oceny swojego stanu z towarzyszącą tendencją do zniekształcania ocen. Kazdin [35] zwraca uwagę, że z lektury wielu badań skuteczności można odnieść wrażenie, że pacjentowi w większym stopniu niż innym podmiotom przypisuje się cechę subiektywizmu ocen, nie tylko ze względu na fakt uczestniczenia w terapii, ale także z powodu problemów natury psychicznej, mogących wpłynąć na formułowane oceny i ich zniekształcanie. Terapeuta, mimo swojego zaangażowania w proces leczenia, wydaje się bardziej obiektywny ze względu na swoją profesjonalną wiedzę, osoby z otoczenia pacjenta — ze względu na ich zewnętrzną pozycję wobec relacji terapeutycznej, a sędziowie kompetentni, którzy bywają uznawani za najbardziej obiektywny podmiot oceniający wyniki leczenia — z powodu zarówno ich pozycji ekspertów posiadających specjalistyczną wiedzę, jak i przypisaną ich roli bezstronność oceny. Słabości odwoływania się do miar skuteczności psychoterapii wskazanych przez pacjentów wynikają także z opinii, że nie zdają sobie oni sprawy z tego, w jaki sposób psychoterapia jest dla nich użyteczna, że są w stanie na ten temat mniej powiedzieć niż eksperci terapeuci i badacze. Twierdzi się, że pacjenci mogą oceniać psychoterapię co najwyżej w kategoriach globalnych, jednak nie potrafią oceniać jej w szczegółowych wymiarach [8]. Należy jednak zauważyć, że przyjęcie określonej perspektywy oceny, na którą wpływają m.in. osobiste przekonania, odczucia i sposób postrzegania świata, jest cechą oceny efektów leczenia przez wszystkie wskazane wyżej strony, powszechnie zaś stosowane w ocenie skuteczności psychoterapii narzędzia odwołujące się do określonych koncepcji teoretycznych zdrowia i choroby są osadzone w pewnym paradygmacie, a zatem także prezentują określoną perspektywę oceny.

Wątpliwości budzą także raportowane przez zwolenników omawianego typu narzędzi idiograficznych dane dotyczące ich trafności i rzetelności, opisywane za pomocą takich wskaźników, jak α Cronbacha czy wskaźniki korelacji ich wyników z wynikami uzyskiwanymi za pomocą standardowo stosowanych w ocenie skuteczności leczenia narzędzi o charakterze nomotetycznym. Jak słusznie zauważa Meier [6], pomiar rzetelności i trafności narzędzi idiograficznych powinien być prowadzony w inny sposób, uwzględniający ich specyfikę. I tak, wskaźnik α Cronbacha, który pokazuje korelacje między poszczególnymi pozycjami testowymi a całościowym wynikiem testu, nie stanowi odpowiedniej miary rzetelności narzędzia idiograficznego, gdyż poszczególne wymiary oceny wskazane przez pacjenta mogą dotyczyć bardzo różnych kwestii, wcale nie powiązanych ze sobą, co skutkuje niskim wskaźnikiem rzetelności, lub — przeciwnie — mogą dotyczyć tej samej kwestii. Fakt ten sztucznie podwyższa wskaźnik rzetelności, a dodatkowo stwarza złudzenie poprawy w wielu wymiarach, podczas gdy poprawa dotyczy tylko jednego spośród nich. Inny tradycyjny sposób pomiaru rzetelności, który nie ma sensu w przypadku

tego rodzaju metod, to metoda test-retestu, u każdej bowiem osoby mierzy się przecież inne zmienne, konstrukty o różnych właściwościach, w tym różnej podatności na zmianę w czasie. Bardziej odpowiednią metodą wydaje się wielokrotny pomiar stanu początkowego (*baseline*), który pozwoliłby stwierdzić, w jakim stopniu jego obserwowane zmiany można przypisywać interwencji terapeutycznej, a w jakim innym czynnikiem. Dodatkowo, w pomiarze rzetelności narzędzi wykorzystujących oceny sędziów kompetentnych, pojawia się trudny do wyeliminowania problem dużej rozbieżności ich opinii dotyczących stopnia osiągnięcia celów lub sposobu kodowania odpowiedzi testowych [29]. Z kolei próby określenia trafności narzędzi idiograficznych tradycyjnymi metodami ustalania trafności kryterialnej — przez opis korelacji ich wyników z wynikami uzyskanymi w pomiarach za pomocą użycia narzędzi nomotetycznych lub też z ocenami skuteczności psychoterapii formułowanymi przez inne niż pacjent osoby — są sprzeczne z założeniami o odmienności obszarów mierzonych tymi różnymi przecież rodzajami narzędzi. Trudno uznać zbieżność lub rozbieżność ocen skuteczności uzyskiwanych za pomocą metod bazujących na różnych założeniach czy też formułowanych przez różne strony za miarę ich trafności, gdyż próba uchwycenia indywidualnej perspektywy pacjenta zakłada przecież, że zarówno wymiary zmiany, jak i jej ocena na tych wymiarach mogą być różne.

Innym częstym błędem metodologicznym pojawiającym się w badaniach z wykorzystaniem metod idiograficznych oceniających poprawę w wymiarach proponowanych przez pacjenta jest stosowanie w analizie wyników testów parametrycznych. Skale używane w omawianym typie narzędzi, choć mogą sprawiać wrażenie interwałowych (skala opisana cyframi), mają przecież charakter jedynie nominalny, ewentualnie porządkowy.

Istotną słabością zindywidualizowanych metod pomiaru zmiany terapeutycznej opierających się na wymiarach proponowanych przez pacjenta są wreszcie trudności z ich stosowaniem. Metody te są czasochłonne, wymagają większego wysiłku ze strony pacjenta, w przypadku niektórych metod także każdorazowo bezpośredniej interakcji pacjenta z terapeutą lub sędzią kompetentnym, specjalnych szkoleń dla osób prowadzących ocenę, a więc — ich użycie pociąga za sobą znaczące koszty.

Powyższe ograniczenia metod badania skuteczności psychoterapii z wykorzystaniem wymiarów wskazanych przez pacjenta uniemożliwiają ich stosowanie do analiz w planach badawczych, uwzględniających porównania pomiędzy grupami, a także kumulację wiedzy i wyciąganie ogólnych wniosków dotyczących skuteczności psychoterapii. W związku z tym Beutler i Hamblin [26] dowodzą, że stosowanie zindywidualizowanych miar zmiany nie znajduje uzasadnienia, jako że metody te nie poszerzają wiedzy o efektach terapii w porównaniu z metodami nomotetycznymi. Autorzy, na podstawie przeprowadzonych przez siebie oraz cytowanych badań, dowodzą, że wielowymiarowe skale opisujące stan pacjenta stanowią narzędzia wystarczające do odpowiednio szczegółowej i dokładnej oceny wyników leczenia, jednocześnie — pozbawione słabości psychometrycznych omawianych metod zindywidualizowanych.

Podsumowanie — wartość metod idiograficznych wykorzystujących proponowane przez pacjenta miary skuteczności psychoterapii

W zależności od przyjętej perspektywy metody idiograficzne opisujące odczucia pacjenta związane z psychoterapią i odwołujące się do zindywidualizowanych miar jej

skuteczności są uznawane albo za sposób na poszerzenie wiedzy uzyskiwanej za pomocą narzędzi nomotetycznych, albo jedyny możliwy sposób badania skuteczności psychoterapii, która uważana jest za indywidualne, unikalne doświadczenie. To drugie podejście oznacza zgodę na niejasność i złożoność uzyskiwanych wyników oraz ich nieporównywalność, a co za tym idzie niepewność wnioskowania na podstawie uzyskanych danych, która dla części badaczy jest nie do przyjęcia [8].

Warto zauważyć, że koncentracja na indywidualnie określanych wymiarach zmiany terapeutycznej wskazywanych przez pacjenta bywa uznawana za próbę ominięcia pułapki uwikłania się w ocenę wyników terapii przez pryzmat określonego paradygmatu, który uniemożliwia porównania wyników terapii prowadzonych z zastosowaniem metod pochodzących z różnych nurtów teoretycznych [26]. Próba ta wydaje się jednak nieudana ze względu na zróżnicowany stosunek różnych szkół terapeutycznych do oczekiwań i celów pacjenta i przypisywanie im różnej wagi i roli. Terapie humanistyczne w znacznie większym stopniu niż terapie behawioralno-poznawcze czy dynamiczne zakładają możliwość wskazania przez pacjenta jego własnych celów terapeutycznych — określenie przez niego samego, co jest dla niego dobre.

Indywidualizacja miar zmiany stanowiąca istotę omawianego rodzaju metod idiograficznych jest jednocześnie ich największą siłą i największą słabością. Trudno wyeliminować większość wskazanych wyżej wad tych metod bez podważania ich istoty. Niewątpliwie, miary takie mogą dostarczać wielu cennych informacji dotyczących oczekiwań danego pacjenta wobec psychoterapii, problemów dla niego specyficznych, sposobu konceptualizacji przez niego problemów i używanego do ich opisu języka, których nie dostarczają metody nomotetyczne. Informacje te są komplementarne wobec wiedzy pochodzącej z innych źródeł. Ta niewątpliwa zaleta metod idiograficznych opartych na miarach zmiany wyznaczanych przez pacjenta stoi u podstaw postulatów uwzględniania zindywidualizowanych miar zmiany w badaniach monitorujących postępy leczenia, stanowiących ważny element systemu zapewnienia wysokiej jakości psychoterapii. Meier [6] podkreśla przy tym, że metody idiograficzne, zarówno oparte na miarach zmiany proponowanych przez pacjenta, jak i inne, mają duży potencjał, by poprawić jakość informacji o wynikach psychoterapii, jednak nie jest on w pełni wykorzystany ze względu na fakt, że procedury oceny rzetelności i trafności miar idiograficznych są znacznie mniej rozwinięte niż w przypadku miar nomotetycznych.

Podejmowane przez zwolenników metod opartych na zindywidualizowanych miarach zmiany próby poradzenia sobie z ich wadami idą często w kierunku zbliżenia ich ku metodom nomotetycznym. Próbuje się na przykład analizować łącznie oceny pacjentów, którzy zgłosili podobny problem, by móc porównywać uzyskane wyniki. Inne podejście polega na zebraniu indywidualnie ważnych dla pacjenta celów terapii, a następnie ocenie ich na podstawie wystandaryzowanych skal, umożliwiających porównania wyników pojedynczych osób. Podejmuje się też próby obliczenia dla każdego pacjenta jego ogólnego wskaźnika zmiany — średniej wartości zmian wszystkich zgłaszanych indywidualnych problemów. Takiemu „mieszanemu”, idiograficzno-nomotetycznemu podejściu można jednak zarzucić wewnętrzną niespójność, gdyż z jednej strony opiera się ono na założeniu o indywidualnym, niepowtarzalnym charakterze miar zmiany dla każdego pacjenta, a jednocześnie wykazuje podobieństwo miar proponowanych przez różnych pacjentów,

a także zakłada podobną podatność na zmianę różnych wymiarów (jeśli wyniki w nich uzyskane mają być analizowane łącznie).

Rozwiązania konfliktu pomiędzy chęcią uznania subiektywnej perspektywy pacjenta a koniecznością dochowania standardów obiektywności, wymaganych w naukach empirycznych, można poszukiwać w próbach konstruowania narzędzi uwzględniających poglądy pacjentów dotyczące oczekiwań wobec psychoterapii i jej celów w ramach nomotetycznych kwestionariuszy. Wielowymiarowy i wielopodmiotowy model oceny skuteczności psychoterapii daje możliwość uwzględnienia różnych wymiarów oceny, przypisując kompetencje w zakresie ich wyznaczania różnym podmiotom opiniującym rezultaty psychoterapii. Przypisania tego dokonuje się na podstawie stwierdzenia, do których wymiarów spontanicznie odwołują się oceniające podmioty i które w największym stopniu wydają się wpływać na finalną ocenę skuteczności leczenia dokonaną z ich perspektywy. Jednakże, przegląd literatury dotyczącej oczekiwań pacjentów wobec efektów leczenia prowadzi do wniosku, że liczba badań empirycznych na ten temat jest niewystarczająca i nie ma jasności co do tego, czego generalnie pacjenci spodziewają się po psychoterapii i jak wyobrażają sobie jej efekty.

Pewne światło na temat oczekiwań pacjentów odnośnie do efektów terapii i zakładanych przez nich celów leczenia rzucają badania niemieckie i szwajcarskie, w których dokonano próby typologii celów terapeutycznych formułowanych przez pacjentów oraz ich pomiaru. Na podstawie danych z badań empirycznych zaproponowano różne klasyfikacje celów terapeutycznych zgłaszanych przez pacjentów oraz przedstawiono rozkłady częstości ich zgłaszania [36, 37]. Wyniki tych badań dowodzą jednoznacznie, że oczekiwania pacjentów wobec terapii są znacznie szersze niż tylko złagodzenie objawów chorobowych, które dla wielu badaczy jest probierzem skuteczności psychoterapii [37, 38]. Oprócz redukcji symptomów, oczekiwania pacjentów odnośnie do obszarów, w których chcieliby oni odczuć poprawę, obejmują także inne domeny życia, takie jak relacje interpersonalne, kompetencje społeczne, radzenie sobie ze stresem czy poczucie własnej wartości, przy czym koncentracja na pewnych rodzajach celów związana jest często z typem zaburzenia. Michalak i Holtforth [36] w swym przeglądowym artykule wskazują, że cele terapeutyczne są podzbiorem ogólnych celów życiowych pacjenta. W związku z tym postuluje się, by celem psychoterapii były nie tylko zmiany objawowe, ale także zmiany w innych, ważnych dla pacjenta dziedzinach życia. Z kolei badania polskie [39] pokazują, że pacjenci kilku ośrodków państwowych, cierpiący na zaburzenia neurotyczne, depresyjne i zaburzenia osobowości, zgłaszając się na psychoterapię najczęściej oczekują poprawy swojego funkcjonowania i radzenia sobie, redukcji objawów chorobowych oraz lęku, a także poprawy relacji z ludźmi. Różnice w wynikach badań polskich oraz niemieckich i szwajcarskich można różnorodnie interpretować. Istotny wpływ mogą mieć na nie potoczne wyobrażenia o tym, czym jest psychoterapia, kto w niej uczestniczy, jakie są jej cele i jakiego rodzaju zmiany mogą dzięki niej zajść. Co więcej, wymiary opisujące cele terapii i dowody jej skuteczności okazują się być niekoniecznie tożsame. W polskim badaniu efektów 12-tygodniowej psychoterapii na oddziale dziennym jako dowody jej skuteczności pacjenci wskazywali najczęściej zmiany w obszarach, takich jak: zwiększenia samoświadomości, zrozumienia przyczyn swoich problemów oraz poprawy umiejętności wyrażania emocji.

Pomocne w interpretacji owej rozbieżności miar skuteczności wskazywanych przez pacjentów na początku i po zakończeniu psychoterapii jest odwołanie się do rozróżnienia celów psychoterapii na instrumentalne i ostateczne. Cele instrumentalne, nazywane też operacyjnymi [24, 40], są często postrzegane jako główne cele psychoterapii, wskazywane wprost jako pożądany efekt leczenia. Cele te są często sformułowane w języku danego paradygmatu terapeutycznego i opisują pożądaną zmianę odwołując się do konstruktów zakładanych w tym paradygmacie, takich jak na przykład zmiana struktur poznawczych, zwiększenie siły ego czy poszerzenie samoświadomości. To właśnie różnice pomiędzy prowadzonymi w różnych paradygmatych psychoterapiami w zakresie celów terapeutycznych stanowią jeden z głównych problemów w badaniach ich skuteczności, uniemożliwiając bezpośrednie porównywanie efektów leczenia różnymi metodami. Tengland [41] zwraca uwagę, że osiągnięcie jednego z celów operacyjnych jest *wystarczające*, jednak *niekonieczne* do uzyskania poprawy — zamiast danego celu może zostać osiągnięty inny cel operacyjny, który także doprowadzi do pozytywnej zmiany terapeutycznej. Jest to związane z faktem, że cele instrumentalne służą, jak sama ich nazwa wskazuje, jako środek do osiągnięcia celów ostatecznych, poświadczonych finalnych efektów leczenia, nazywanych nieraz, w odróżnieniu od celów instrumentalnych (*goals*), „rezultatami terapii” (*outcome*). Cele ostateczne psychoterapii są zasadniczo wyznaczane przez pacjenta — często we współpracy z terapeutą — ale swój pogląd na nie mogą mieć także jego bliscy i inne osoby, z którymi ma kontakt, jak również społeczeństwo lub jakaś grupa społeczna, która poprzez wskazanie poświadczonych wyników terapii wyraża wyznawany przez siebie system wartości. O ile w przypadku celów instrumentalnych terapii wystarczy, żeby były one uznawane przez oceniające podmioty za akceptowalne, o tyle cele ostateczne powinny być dla nich nie tylko akceptowalne, ale i ważne [42]. W procesie walidacji społecznej wyników terapii osoby oceniające je powinny być dobrane na zasadzie reprezentatywności dla grupy, której interesy prezentują [40], w przypadku zaś subiektywnych ocen wyników — informacje zbierane są od osób, które wskazywały poświadczane cele terapii. Kluczowe znaczenie ma przy tym wykazanie związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy celami instrumentalnymi a celami ostatecznymi [24].

Rozróżnienie celów instrumentalnych i ostatecznych psychoterapii pozwala sformułować następujące propozycje dotyczące określenia roli indywidualnych oczekiwań pacjenta wobec efektów leczenia w badaniach skuteczności psychoterapii, **uwzględniające dwa sposoby rozumienia skuteczności — jako osiągnięcia celów ostatecznych leczenia lub jako osiągnięcia etapów pośrednich postępu w leczeniu.**

Jeśli skuteczność rozumieć jako osiągnięcie celów ostatecznych leczenia, to sprawdzenie, czego od leczenia oczekiwał indywidualny pacjent i czy jego oczekiwania zostały spełnione (traktując jego ocenę jako jedną z możliwych perspektyw oceny skuteczności terapii) odgrywa bardzo istotną rolę w ocenie jakości usług terapeutycznych i będącej jej częścią ocenie skuteczności leczenia. W zależności od przyjmowanych przez badacza podstaw teoretycznych postulować można tutaj:

- podejście „czysto” idiograficzne do proponowania przez pacjentów miar skuteczności psychoterapii, w którym dopuszcza się możliwość wyznaczania przez każdego pacjenta odmiennych, indywidualnych, nieporównywalnych celów i nie zakłada się możliwości zbiorczej analizy danych — wyniki uzyskane w badaniach prowadzonych w tym podejściu można traktować jako cenne informacje zwrotne dla terapeuty, poszerzające jego doświad-

czenie kliniczne i kompetencje terapeutyczne, mogą one także pogłębić rozumienie, czym jest zmiana terapeutyczna, a także stać się źródłem cennych hipotez, które można następnie próbować weryfikować w drodze badań nomotetycznych

lub też:

- podejście nomotetyczne do pomiaru celów terapeutycznych, opierające się na pomiarze stopnia realizacji celów zidentyfikowanych jako wspólne dla większości pacjentów, albo też wybieranych indywidualnie przez badanego pacjenta z puli pozycji opisujących różne cele terapii zgłaszane przez pacjentów. Podejście takie przynajmniej w pewnym zakresie realizuje postulat pomiaru skuteczności za pomocą miar istotnych klinicznie dla pacjenta (w cytowanym wcześniej rozumieniu tego pojęcia przez Kazdina). Ponadto, umożliwia ono odniesienie wyników do pewnych standardów i porównywanie wyników uzyskanych przez różnych pacjentów, różne metody terapeutyczne, różnych terapeutów czy różne ośrodki terapeutyczne, w związku z czym jest szczególnie użyteczne w poszerzaniu wiedzy o skuteczności psychoterapii (w tym na przykład związku oczekiwań wobec terapii z jej skutecznością, porównywania tempa zmian w różnych wymiarach czy też zależności między wzorami zmian w różnych wymiarach a motywacją do leczenia i chęcią jego kontynuacji) oraz w badaniach ewaluacyjnych interwencji terapeutycznych.

Natomiast jeśli skuteczność rozumieć jako postęp, osiąganie kolejnych etapów pewnego procesu prowadzących do osiągnięcia celu ostatecznego, niezbędne w monitorowaniu efektów, będzie korzystanie z miar opartych na teorii, według której prowadzona jest dana psychoterapia, opisującej zmiany oczekiwane na poszczególnych etapach leczenia. Jednocześnie jednak warto mieć na uwadze postrzeganie przez pacjenta postępów leczenia i jego skuteczności, w tym stopnia realizacji oczekiwań wobec efektów terapii, traktując te wskaźniki jako informacje przydatne w ocenie motywacji pacjenta do dalszego uczestnictwa w leczeniu, zagrożenia porzuceniem terapii oraz jako predyktory skuteczności leczenia [32]. Fakt, że oczekiwania wobec efektów psychoterapii i rodzaj stawianych jej celów, a także wskazywane przez pacjenta miary skuteczności, podlegają ewolucji, pozwala też zakładać, że ich określone rodzaje mogą być powiązane z pewnymi etapami zmiany, a zatem mogą też stanowić wskaźniki skuteczności psychoterapii rozumianej jako osiągnięcie kolejnych etapów leczenia. Określenie tego rodzaju zależności, w tym stwierdzenie, w jakim stopniu mają one charakter uniwersalny, a w jakim związane są z prowadzeniem psychoterapii w określonym paradygmacie, wymagałoby weryfikacji w drodze dalszych badań. Warto przy tym pamiętać, że ocena skuteczności psychoterapii w odniesieniu do celów i oczekiwań pacjenta powinna być formułowana na podstawie wielokrotnego pomiaru ze względu na konieczność stwierdzenia, czy zmiana ma charakter trwały, czy też pozytywna lub negatywna ocena skuteczności leczenia w różnych wymiarach jest raczej zjawiskiem przejściowym, charakterystycznym dla danego etapu zmiany.

Piśmiennictwo

1. Ogles B, Lambert M, Weight D, Payne I. Agoraphobia outcome measurement in the 1980's: A review and meta-analysis. *Psychol. Assessm.* 1990; 2: 317–325.
2. Lambert M, Hatch D, Kingston M, Edwards B. Zung, Beck, and Hamilton rating scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1986; 54: 54–59.

3. Kazdin A. Arbitrary metrics: implications for identifying evidence-based treatments. *Am. Psychol.* 2006; 61: 42–49.
4. Szymczak M. Słownik języka polskiego. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1992.
5. Persons J. Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Beh. Ther.* 2005; 36: 107–118.
6. Kazdin A. The meanings and measurement of clinical significance. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1999; 67: 332–339.
7. Meier S. Measuring change in counseling and psychotherapy. New York: Guilford Press; 2008.
8. Macran S, Ross H, Hardy G, Shapiro D. The importance of considering clients' perspectives in psychotherapy research. *J. Men. Health* 1999; 8: 325–337.
9. Shapiro M. A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *Brit. J. Med. Psychol.* 1961; 34: 151–155.
10. Battle C, Imber S, Hoehn-Saric R, Stone A, Nash E, Frank J. Target complaints as criteria for improvement. *Am. J. Psychother.* 1966; 20: 184–192.
11. Lambert M, Hill C. Assessing psychotherapy outcomes and processes. W: Bergin A, Garfield S, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1994, s. 72–113.
12. Ogles B, Lambert M, Fields S. *Essentials of outcome assessment*. New York: Wiley; 2002.
13. Mintz J, Kiesler D. Individualized measures of psychotherapy outcome. W: Kendall P, Butcher J, red. *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley; 1982, s. 429–460.
14. Lambert M, Shapiro D, Bergin A. The effects of psychotherapy. W: Garfield S, Bergin A, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1986, s. 157–211.
15. Kiresuk T, Sherman R. Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Comm. Ment. Health J.* 1968; 4: 443–453.
16. Kiresuk T, Smith A, Cardillo J. *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. New Jersey: Erlbaum; 1994.
17. Ashworth M, Shepherd M, Christey J, Matthews V, Wright K, Parmentier H, Robinson S, Godfrey E. A client-generated psychometric instrument: the development of 'PSYCHLOPS'. *Couns. Psychother. Res.* 2004; 4: 27–31.
18. Ashworth M. Measuring mental health outcomes in primary care: the psychometric properties of a new patient-generated outcome measure, „PSYCHLOPS” („psychological outcome profiles”). *Prim. Care Ment. Health* 2005; 3: 261–70.
19. Ashworth M, Robinson S, Evans C, Shepherd M, Conolly A, Rowlands G. What does an idiographic measure (PSYCHLOPS) tell us about the spectrum of psychological issues and scores on a nomothetic measure (CORE-OM)? *Prim. Care Comm. Psychiatr.* 2007; 12: 7–16.
20. Strupp H, Hadley S. A tripartite model of mental health and therapeutic outcome: With special reference to negative effects in psychotherapy. *Am. Psychol.* 1977; 32: 187–196.
21. Stiles W, Shapiro D. Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clin. Psychol. Rev.* 1989; 9: 521–543.
22. Prochaska J, Norcross J. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
23. Światowa Organizacja Zdrowia. Deklaracja z Alma Aty 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
24. Rosen A, Proctor E. Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1981; 49: 418–425.

25. Strupp H, Schacht T, Henry W. Problem-treatment-outcome congruence: a principle whose time has come. W: Dahl H, Kächele H, Thomä H, red. *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin–New York: Springer-Verlag; 1988, s. 1–14.
26. Beutler L, Hamblin D. Individual outcome measures of internal change: Methodological considerations. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1986; 54: 48–53.
27. Ashworth M, Evans C, Clement S. Measuring psychological outcomes after cognitive behaviour therapy in primary care: A comparison between a new patient-generated measure „PSYCHLOPS” (Psychological Outcome Profiles) and „HADS” (Hospital Anxiety and Depression Scale). *J. Ment. Health* 2009; 18: 169–177.
28. Wiger D, Solberg K. *Tracking mental health outcomes*. New York: Wiley and Sons; 2001.
29. Ogles B, Lambert M, Masters K. *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn & Bacon; 1996.
30. Ashworth M, Robinson S, Godfrey E, Parmentier H, Shepherd M, Christey J, Wright K, Matthews V. The experiences of therapists using a new client-centred psychometric instrument, PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles). *Couns. Psychother. Res.* 2005, 5: 37–42.
31. Calsyn R, Davidson W. Do we really want an evaluation methodology based solely on individualized goals? A critique of goal attainment scaling. *Comm. Ment. Health J.* 1978; 14: 301–308.
32. Greenberg R, Constantino M, Bruce N. Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 657–678.
33. Robinson S, Ashworth M, Shepherd M, Evans C. In their own words: a narrative-based classification of clients’ problems on an idiographic outcome measure for talking therapy in primary care. *Prim. Care Ment. Health* 2006; 4: 165–173.
34. Vermeersch D, Lambert M, Burlingame G. Outcome questionnaire: Item sensitivity to change. *J. Person. Assessm.* 2000; 74: 242–261.
35. Kazdin A. *Psychotherapy for children and adolescents*. W: Bergin A, Garfield S, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 1994, s. 543–594.
36. Michalak J, Holtforth M. Where do we go from here? The goal perspective in psychotherapy. *Clin. Psychol. Scien. Pract.* 2006; 13: 346–365.
37. Dirmaier J, Harfst T, Koch U, Schulz H. Therapy goals in inpatient psychotherapy: Differences between diagnostic groups and psychotherapeutic orientations. *Clin. Psychol. Psychother.* 2006; 13: 34–46.
38. Faller H. Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2000; 50: 292–300.
39. Jaworska-Surma A. Subiektywna jakość życia jako miara skuteczności psychoterapii. Niepublikowana praca doktorska przygotowana w Zakładzie Podstaw Badań Psychologicznych w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, 2010.
40. Foster S, Mash E. Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1999; 67: 308–319.
41. Tengland P. The goals of psychotherapy. *Person. Cent. Exp. Psychother.* 2009; 8: 127–142.
42. Wolf M. Social validity: The case for subjective measurement or how behavior analysis is finding its heart. *J. App. Behav. Anal.* 1978; 11: 203–214 adres: aleksandra.jaworska@op.pl

Adres: Aleksandra Jaworska-Surma
ul. Rozbrat 32/4
00-429 Warszawa