

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla
Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Część 1

Tłumaczenie Marta Zwierzchowska

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Spis treści

I.	Wstęp.....	3
1.	Opis próby.....	3
A.	Terapeuci.....	3
a.	Dane socjodemograficzne.....	3
b.	Pacjenci.....	4
c.	Pomiar procesu terapeutycznego.....	5
B.	Pacjenci.....	6
a.	Dane socjodemograficzne.....	6
2.	Wyniki dla całej próby.....	6
a.	Wyniki testów i siły efektów.....	6
b.	Przedziały diagnostyczne.....	7
c.	Psychiczne obciążenie na początku terapii.....	9
d.	Predyktory sukcesu.....	10
e.	Czynniki związane z płcią (terapeuty, pacjenta, zestawienie płci).....	10
f.	Wykształcenie i doświadczenie zawodowe terapeutów.....	10
g.	Relacja terapeutyczna.....	10
h.	Podsumowanie.....	11
3.	Podsumowanie i wnioski.....	11

I. Wstęp

Instytut Terapii Procesowej (IPA) jak i Psychologia Zorientowana Na Proces wg Arnolda Mindella definiują siebie zasadniczo jako integracyjne podejście do terapii, sięgające korzeniami szeregu nurtów humanistycznych [1]. IPA związała się z dziewięcioma innymi ośrodkami terapeutyczno-szkoleniowymi pod szyldem Szwajcarskiej Karty dla Psychoterapii (*Schweizer Charta für Psychotherapie*) w celu realizacji badania p.t.: „*Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz*” (PAP-S). Dotyczące psychoterapii badanie empiryczne PAP-S bazuje na planie eksperymentu naturalnego i odbyło się od marca 2007 roku do grudnia 2012 roku. Jego celem było zidentyfikowanie istotnych cech ambulatoryjnych procesów terapeutycznych oraz ich związków z efektami terapii [2].

Końcowy raport przedstawia w szczegółowy sposób zebrane przez Instytut IPA charakterystyki procesów terapeutycznych, komentuje i ocenia wyniki terapii w odniesieniu do interwencji z obszaru terapii procesowej i wyciąga wnioski na temat skuteczności terapii prowadzonych w ramach IPA.

1. Opis próby

Instytut IPA zakwalifikował ostatecznie 60 procesów terapeutycznych do badania PAP-S co stanowi 17,1% wszystkich objętych badaniem indywidualnych terapii. Z 60 terapii przeprowadzonych przez 10 terapeutów (patrz Tabela 1) do ostatecznych analiz zakwalifikowano od 39 do 44 pacjentów. Kryterium doboru stanowiły wypełnione kwestionariusze, z których dane wykorzystano do dalszych analiz.

A. Terapeuci

a) Dane socjodemograficzne

10 terapeutów, w tym 5 kobiet i 5 mężczyzn (patrz Tabela 1) udostępniło łącznie 60 opisów procesów terapeutycznych. Średni wiek terapeutów wynosił 54,7 lat, a średnia długość stażu terapeutycznego była wysoka i wynosiła 13,9 lat. 8 terapeutów posiadało wykształcenie psychologiczne, dwóch było lekarzami.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne terapeutów.

Terapeuta/tka	Liczba pacjentówb)	Wiek	Płeć	Doświadczenie zawodowe w latach
1	6	56	K	17
2	7	58	M	14
3	2	56	M	17
4	8	55	K	8
5	9	53	K	7
6	3	59	M	18
7	4	56	M	19
8	10	58	M	21
9	7	43	K	8
10	4	53	K	10

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Suma/średnia (M)	60	54,7		13,9
------------------	----	------	--	------

Żaden z biorących udziału badaniu terapeutów nie ukończył innej szkoły psychoterapii poza psychoterapią procesu.

b) Opisy procesów terapeutycznych

Tabela 2 pokazuje opis pacjentów wraz z postawionymi przez terapeutów diagnozami według kryteriów ICD-10. Przypisano również do poszczególnych przypadków istotne z punktu dalszych analiz statystycznych (patrz punkt 2.A.a) dane dotyczące obciążenia psychicznego pacjentów oraz przedziały wartości dla ostatecznych wyników testowych.

Poziom obciążenia psychicznego oraz zakresy przedziałów wyników końcowych zostały obliczone przy użyciu hierarchicznych analiz skupień. Do analizy skupień wprowadzono wyniki czterech testów z początku terapii (skupienia „Obciążenie”) lub różnicę wyników w testach (pre test i post test) (skupienia „Rezultat /Outcome/ ”). W celu ustalenia właściwej liczby przedziałów wykorzystano wykres osypiska (ang. elbow metod).

Większość pacjentów objętych terapią wykazywało zaburzenia afektywne (F 3) lub zaburzenia nerwicowe/adaptacyjne (F 4). Stosunkowo rzadko występowały zaburzenia osobowości. Pacjenci wykazywali raczej niski wyjściowy poziom psychicznego obciążenia. Z powodu brakujących danych można było objąć analizą jedynie 37 procesów. 21 z nich zaklasyfikowano do kategorii „dobry” lub „bardzo dobry” efekt terapii.

Tabela 2 Charakterystyka pacjentów wniesionych do badania przez 10 psychoterapeutów (różnicę pomiędzy liczbą analizowanych pacjentów a całą próbą N=60 stanowią braki danych).

Terapeuta/tka	Diagnoza pacjenta				Przedziały obciążenia psychicznego			Przedział wyników końcowych			
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4
1	2	2	1	1	2	3	1	2	2	1	
2	1	3		1	5		1	2	1	2	
3	1	1			1	1					
4	2	2	2	2	3	2	2	2		1	3
5	3	5	1	1	4		1	1		1	
6	2				1		2	1	1		
7	1	1		2	2	1	1	1	1		1
8	4	5	1		3	3	4	2	3		2
9	5	1	1		2	2	3	2			1
10	3		1		2	1	1	1	2	1	
Suma/średnia (M)	24	20	7	7	25	13	16	14	10	6	7

Diagnoza:

1 = F 3

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

2 = F 4

3 = zaburzenie mieszane, lękowo-depresyjne

4 = F 6

Przedziały obciążenia psychicznego:

1 = niskie

2 = średnie

3 = wysokie

Przedziały wyników końcowych:

1 = poprawa

2 = brak zmiany

3 = mieszane (lekka poprawa i lekkie pogorszenie)

4 = znacząca poprawa

c) Pomiar procesu terapeutycznego

Tabela 3 przedstawia cechy opisanych procesów terapeutycznych, liczbę sesji oraz charakterystykę relacji terapeutycznej.

Tabela 3 Cechy procesów terapeutycznych 60 pacjentów (różnicę do 60 stanowią braki danych).

	M	Odchylenie standardowe	Me	N
Liczba sesji	36,1	34,4	28,5	60
Trend „Relacja terapeutyczna”	0,01	0,51	0,00	47
Trend „Zadowolenie z terapii”	0,28	0,77	0,20	47
M „Relacja terapeutyczna”	5,51	0,46	5,60	47
M „Zadowolenie z terapii”	4,81	0,59	4,90	47

Opisane procesy terapeutyczne były nieznacznie dłuższe od terapii krótkoterminowych, zanotowano jednak znaczące rozproszenie wyników. 2/3 procesów zawiera się w przedziale od 3 do 70 sesji. 10% wszystkich 60 procesów mieściło się w przedziale 10 sesji. 50% procesów zakończyło się do 28 spotkania. Dwa bardzo długie procesy (117 i 238 sesji) należy uznać raczej jako wyjątek, jako że 90% wszystkich procesów nie przekraczało liczby 62 sesji.

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

W zakresie charakterystyki przymierza terapeutycznego (ocenianego przez pacjentów) nie zanotowano spadku satysfakcji w związku z relacją terapeutyczną i/lub przebiegiem samego leczenia. Wykazano również stosunkowo wysokie emocjonalne zaangażowanie w relację terapeutyczną oraz zadowolenie z terapii.

B. Pacjenci

a) Charakterystyka socjodemograficzna

Tabela 4 prezentuje istotne dane socjodemograficzne badanej próby pacjentów.

Tabela 4. Dane opisowe badanej próby pacjentów (braki do 60: braki danych).

	M/N	Procent
Wiek	41,9	
Płeć		
M	25	41,7
K	35	58,3
Status rodzinny		
Kawaler/panna	30	50,0
Zamężny/zonaty	17	28,3
Separacja/rozwód	11	18,3
Wdowa/wdowiec	1	1,7
Związek partnerski		
Tak	38	63,3
Nie	21	35,0

Pacjenci są przeciętnie o 13 lat młodsi od swoich terapeutów. Zaznaczono lekką dysproporcję w zakresie płci na korzyść kobiet. Wysoki odsetek pacjentów to osoby niezamężne, rozwiedzione / w separacji lub owdowiałe (70%). 63,3% badanych żyje w stałym związku.

2. Wyniki dla całej próby

a) Wyniki testów końcowych i siły efektów

Tabela 5 pokazuje efekty terapii w odniesieniu do wszystkich czterech użytych kwestionariuszy (szczegóły procedury badawczej są opisane w zbiorczym raporcie końcowym badania). Analizowane efekty są wysoce istotne statystycznie.

Tabela 5. Wartości pre i post testów czterech kwestionariuszy wraz z siłą efektów (d-Cohena) (pełne dane jedynie dla 39-44 pacjentów).

Efekty terapii	M	N	S	t	p	Siła efektu
BSI-GSI pre	0,77	40	0,46	4,56	.000	.86
BSI-GSI post	0,41	40	0,40			
OQ-45 pre	62,27	44	22,34	6,05	.000	.89

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

OQ-45 post	41,97	44	24,34			
GAF pre	67,5	42	13,13	-5,81	.000	.96
GAFpost	79,4	42	14,53			
BDI pre	15,8	39	14,48	3,10	.004	.70
BDI post	6,52	39	8,66			

Średnia wielkość efektu wynosiła 0,85 co stanowi wysoką wartość (d Cohena jest rozumiane jako różnica pomiędzy średnimi podzielona przez odchylenie standardowe w próbie, przy czym $d \leq 0,2$ oznacza słaby efekt, $d = 0,2 - 0,5$ odpowiada średniej silei efektu, $d \geq 0,5$ mówi o satysfakcjonującej sile efektu, a $d \geq 0,8$ stanowi o dużej sile efektu). Najsilniejsze efekty uzyskano w zakresie zmiennych pochodzących z kwestionariusza *GAF*, globalnej oceny psychiatrycznej dokonywanej w niniejszym badaniu przez niezależnych sędziów. Również w zakresie *BSI* oraz *OQ-45* wykazano silne efekty. W obszarze oceny depresyjności (*BDI*) siła efektu okazała się nieco słabsza, chociaż nadal możemy mówić o silnym efekcie.

b) Przedziały diagnostyczne

Tabela 6 pokazuje istotne statystycznie efekty dla afektywnych zaburzeń (kategoria F 3 wg ICD-10, ocena dokonana przez terapeutów).

Tabela 6 Wartości pre- i post testów dla czterech kwestionariuszy oraz siły efektów (d-Cohena) dla zaburzeń afektywnych (F3 wg ICD-10) (pełne dane dla 17-18 z 24 pacjentów).

Efekty terapii	M	N	S	T	p	Siła efektu
BSI-GSI pre	0,75	18	0,30	1,77	.09	.50
BSI-GSI post	0,54	18	0,51			
OQ-45 pre	62,75	18	21,59	2,97	.009	.65
OQ-45 post	45,89	18	27,39			
GAF pre	66,22	17	13,74	-3,80	.002	.74
GAFpost	78,2	17	14,95			
BDI pre	18,46	18	19,39	1,69	.110	.53
BDI post	8,79	18	11,89			

Wyniki 3 kwestionariuszy wykazały istotne efekty jednak o niedużej mocy z wyjątkiem wyników dla kwestionariusza *GAF*. Średnia wielkość uzyskanych efektów wynosiła 0,61.

Tabela 7 ukazuje wartości pacjentów z zaburzeniami lękowo-nerwicowymi, adaptacyjnymi oraz zaburzeniami pod postacią somatyczną (kategoria F 4 wg ICD 10).

Tabela 7 Wartości pre- i post testów dla 4 kwestionariuszy oraz siły efektów (d-Cohena) dla zaburzeń nerwicowych i adaptacyjnych (kategoria F4 wg ICD-10) (pełne dane jedynie dla 12-15 z 20 pacjentów).

Efekty terapii	M	N	S	T	p	Siła efektu
BSI-GSI pre	0,61	12	0,56	2,84	0,02	1,02
BSI-GSI post	0,22	12	0,18			
OQ-45 pre	54,98	15	23,17	4,32	0,001	1,24
OQ-45 post	33,13	15	15,13			
GAF pre	69,4	15	11,90	-3,92	0,002	1,39
GAFpost	83,9	15	11,14			
BDI pre	9,93	12	7,75	2,37	0,04	0,81
BDI post	4,68	12	3,88			

Siły efektów są znacząco większe dla zaburzeń nerwicowych, adaptacyjnych i występujących pod postacią somatyczną niż w przypadku zaburzeń afektywnych. Przeciętna wartość uzyskanego efektu jest bardzo wysoka i wynosi 1,12.

Tabela 8 pokazuje wyniki dla mieszanych zaburzeń depresyjno-lękowych. Średnia siła uzyskanego efektu wynosi 1,25.

Tabela 8 Wartości pre- i post testu dla 4 kwestionariuszy oraz siły efektów (d-Cohena) dla mieszanych zaburzeń lękowo-depresyjnych (pełne dane jedynie dla 5-6 z 7 pacjentów).

Efekty terapii	M	N	S	t	p	Siła efektu
BSI-GSI pre	0,77	5	0,46			1,06
BSI-GSI post	0,24	5	0,20			
OQ-45 pre	63,54	6	23,46			.78
OQ-45 post	47,51	6	38,07			
GAF pre	71,0	5	14,58			.63
GAFpost	75,2	5	20,64			
BDI pre	17,07	5	8,90			2,52
BDI post	3,40	5	3,05			

Ze względu na niewielką próbę nie ma możliwości wykonania testów porównujących średnie. Opisowa ocena danych wskazuje na znaczącą poprawę dla opisanych 5-6 procesów terapeutycznych (wyjątek stanowi skala *GAF!*). Również duży rozrzut wartości efektów nakazuje ostrożność i uniemożliwia dokonanie interpretacji wyników .

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Powyższe dotyczy również wyników zawartych w tabeli 9, dotyczących pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Tabela 9 Wartości pre- i post testów dla 4 kwestionariuszy oraz siły efektów (d-Cohena) dla zaburzeń osobowości (pełne dane jedynie dla 3-4 z 7 pacjentów).

Efekty terapii	M	N	S	t	p	Siła efektu
BSI-GSI pre	1,36	4	0,54			1,42
BSI-GSI post	0,42	4	0,11			
OQ-45 pre	85,20	4	10,85			2,68
OQ-45 post	47,38	4	12,50			
GAF pre	58,5	4	14,27			0,77
GAFpost	72,5	4	18,48			
BDI pre	14,68	3	4,17			1,65
BDI post	6,02	3	5,19			

Podobnie jak w przypadku wyników z obszaru zaburzeń lękowo-depresyjnych, rozrzut wartości siły efektów jest duży, a ich wartości są częściowo bardzo wysokie. Po raz kolejny wyjątek stanowi skala *GAF*. Przeciętna wartość siły efektów wynosi 1,63.

Niewielka liczebność próby, na której dokonano analiz nakazuje ostrożność w interpretacji wyników. Wysokie wartości siły efektów mogą być skutkiem wysokich wyników uzyskanych przez pojedyncze przypadki. Brakuje dostatecznych empirycznych przesłanek do wysnucia wniosku, że dla trzech/czterech pacjentów (w grupie mieszane zaburzenia lękowo-depresyjne), w zależności pięciu/sześciu pacjentów w grupie zaburzenia osobowości) terapia *IPA* okazała się szczególnie skuteczna. Warto jednak zauważyć, że pośród pacjentów depresyjnych uzyskiwano słabszą siłę efektów niż dla terapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowo- lękowymi (łatwiejsze do interpretacji z powodu większej liczebności próby), wśród których przeciętna siła efektu była bardzo wysoka.

c) Psychiczne obciążenia na początku terapii

W Tabeli 10 pokazano osoby badane podzielone na 4 grupy diagnostyczne wraz z przynależnymi pomiarami obciążenia psychicznego z początku terapii.

Tabela 10 Przedziały wartości dla obciążeń psychicznych na początku terapii (brakujące procesy leczenia wynikiem braków danych z testów).

Rodzaj zaburzenia	N	1	2	3
Zaburzenie Afektywne (F 3)	24	11	5	7
Zaburzenie Lękowe (F 4)	20	10	4	2

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Zaburzenie mieszane Depresyjno-lękowe	7	2	2	4
Zaburzenie osobowości	7	1	2	2

1 – niskie obciążenie, 2 – średni poziom obciążenia; 3 – wysoki poziom obciążenia

Zaburzenia afektywne wykazują średnio wyższy poziom obciążenia psychicznego na początku terapii niż zaburzenia lękowo-nerwicowe, co może stanowić wytłumaczenie dla różnic w wielkości efektów.

d) Predyktor sukcesu

Jedyną zmienną stanowiącą istotny predyktor sukcesu terapii jest poziom psychicznego obciążenia mierzony na początku procesu terapeutycznego. Im wyższy poziom obciążenia tym wyższe prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w terapii (27% wyjaśnionej wariancji, $F=7,72$; $p \leq 0,002$). Wyniki sugerują, że im większe obciążenie i/lub cierpienie pacjenta na początku terapii, tym większe korzyści pacjent osiągnie w procesie leczenia.

e) Czynniki związane z płcią osób badanych

Nie wykazano związku płci osób badanych ani terapeutów z wynikiem terapii.

f) Wykształcenie i doświadczenie zawodowe terapeutów

Doświadczenie zawodowe nie wiąże się z uzyskanymi efektami terapii. Dotychczasowe analizy nie pozwalają również na wysnucie wniosków na temat znaczenia roli wykształcenia terapeutów dla wyników terapii. Wymagałoby to podjęcia dalszych, bardziej zaawansowanych analiz, uwzględniających większą liczbę znaczących zmiennych.

g) Przymierze terapeutyczne

Pacjenci z poszczególnymi zaburzeniami nie różnili się istotnie na skalach mierzących przymierze terapeutyczne. Jednak obciążenie psychiczne na początku terapii wiąże się istotnie z poziomem satysfakcji z terapii: im wyższy poziom psychicznego obciążenia na wstępie terapii, tym niższy poziom zadowolenia z terapii (ANOVA, $F=9,26$; $p < 0,0001$).

Wynik oznacza, że praca terapeutyczna z pacjentami silniej obciążonymi psychicznie jest trudniejsza, szczególnie w zakresie relacji terapeutycznej. Wydaje się jednak, że terapeuci radzą sobie z tymi trudnościami. W przeciwnym razie nie można by było wysnuć wniosku, że pacjenci ci korzystają relatywnie w największym stopniu z terapii. Innym wytłumaczeniem może być fakt, że pacjenci bardziej obciążeni, krytyczniej oceniają własny proces terapeutyczny pomimo że obiektywnie im pomagają. Większe cierpienie zdaje się stanowić motywacyjną siłę, która z kolei - sic! - zwiększa napięcie odbijające się negatywnie na relacji terapeutycznej, co wymaga podjęcia odpowiednich działań przez terapeutów.

h) Podsumowanie

Dziesięciu terapeutów z *IPA* biorących udział w badaniu posiada długi staż pracy wynoszący średnio 13,9 lat. W przeciągu ok. 36 sesji osiągają bardzo dobre efekty terapeutyczne w opisanych 60 procesach terapeutycznych z średnio obciążonymi psychicznie pacjentami (25 lekki, 13 średni, 16 ciężki poziom obciążenia psychicznego; 6 braków danych). Większość diagnoz stanowią zaburzenia afektywne, lękowe i adaptacyjne (51= 81%).

Efekty 39 do 44 z 60 procesów psychoterapeutycznych prowadzonych przez 10 terapeutów *IPA* biorących udział w badaniu, mogą zostać ocenione jako bardzo dobre. Siły uzyskanych efektów mieszczą się w przedziale 0,70 do 0,96, o przeciętnej mocy 0,85. Pacjenci z zaburzeniami afektywnymi wydają się uzyskiwać gorsze efekty terapii niż pacjenci z zaburzeniami lękowymi. Jednak pacjenci z afektywnymi zaburzeniami wykazują wyjściowo wyższy poziom obciążenia psychicznego niż pacjenci z lękowymi lub adaptacyjnymi zaburzeniami.

Jedynym istotnym predyktorem jest poziom obciążenia psychicznego. Im wyższy poziom obciążenia na początku terapii tym większa korzyść dla późniejszego efektu pracy terapeutycznej. Jednak poziom obciążenia psychicznego wpływa również negatywnie na sojusz terapeutyczny: im wyższy poziom obciążenia, tym wyższy poziom krytycyzmu pacjentów wobec terapii. Wydaje się jednak, że terapeutom udaje się pomimo tego osiągać z tymi pacjentami sukcesy w pracy terapeutycznej.

Relacja terapeutyczna jest oceniana przez pacjentów na wysokim poziomie: poziom zadowolenia z procesu leczenia i relacji z terapeutą pozostaje na tym samym poziomie lub nawet nieznacznie wzrasta w miarę trwania terapii.

3. Podsumowanie i wnioski

IPA wprowadził do badaniem *PAP-S* 60 procesów terapeutycznych. Z tych 60 przypadków do ostatecznych analiz włączono 39-44 psychoterapeutycznych procesów (ograniczenie liczby ze względu na braki danych).

Wyniki terapii są bardzo dobre. Za pomocą średnio 39 sesji możliwe jest osiągnięcie bardzo dobrych efektów o mocy oscylującej wokół wartości 0,85. Wśród pacjentów objętych badaniem przeważają osoby o przeciętnym obciążeniu psychicznym, z dominującymi zaburzeniami afektywno-lękowymi.

Najlepsze efekty osiągane są w pracy z zaburzeniami lękowymi i adaptacyjnymi.

Można zakładać, że terapeuci biorący udział w badaniu wykazywali się wysoką jakością pracy, co stanowi potwierdzenie ich profesjonalizmu. Dowodzi tego utrzymująca się na stałym, wysokim poziomie relacja terapeutyczna z pacjentami. Wyniki analiz dotyczące przestrzegania przez terapeutów procedur zgodnych z deklarowanym nurtem pracy, zostaną opublikowane w możliwie najkrótszym czasie w oddzielnym raporcie.

Sprawozdanie końcowe studium ambulatoryjnej psychoterapii w Szwajcarii (PAP-S) dla Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Znaczenie precyzyjnego przestrzegania technik wywodzących się z określonego nurtu terapeutycznego dla sukcesu psychoterapii wywołuje nadal zagorzałe dyskusje [4-5]. Ile specyficznych technik jest wymaganych w pracy terapeutycznej oraz czy ich stosowanie jest niezbędne w przebiegu całego procesu terapeutycznego pozostaje niewyjaśnione. Wyniki niniejszego projektu badawczego przyczynią się do lepszego zbadania tego zagadnienia [6]. Analizy dotyczące spójności koncepcyjnej terapeutów *IPA* zostaną zaprezentowane w oddzielnym raporcie w jak najkrótszym terminie.

Można się spodziewać, również w nawiązaniu do literatury przedmiotu, że uzyskane w terapii efekty utrwalą się i pozostaną na podobnym poziomie w przyszłości (wyniki katamnezy nie zostały uwzględnione w niniejszym raporcie, mogą jednak zostać przesłane biorącym udział w badaniu instytucjom w formie krótkiego raportu).