

Sprawozdanie końcowe

**Studium ambulatoryjnej psychoterapii w
Szwajcarii**

Instytucji

Szwajcarskiej Karty dla Psychoterapii

wykonane dla

Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Część 2

obejmująca katamnezę i ocenę sesji terapeutycznych

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

Październik 2014

Tłumaczenie

Marta Zwierzchowska

SPIS TREŚCI

A. Wyniki katamnezy dla całej próby badawczej <i>PAP-S</i>	
1. Wstęp.....	3
2. Wyniki katamnezy.....	3
3. Podział próby.....	4
a. Porównania pre-follow-up.....	4
b. Porównania post-follow-up.....	4
4. Dlaczego wystąpiła tak duża liczba wypadnięć na etapie badania follow up?.....	6
5. Przewlekłość objawów i długoterminowe efekty terapii.....	10
6. Wyniki terapii przy podziale na grupy diagnostyczne.....	12
7. Podsumowanie badań kat amnestycznych.....	15
B. Wyniki katamnezy terapii Instytutu Terapii Procesowej (<i>IPA</i>)	
1. Wstęp.....	17
2. Podział próby.....	18
a. Porównania pre-follow-up.....	18
b. Porównania post-follow-up.....	19
3. Podsumowanie wyników katamnezy procesów terapeutyczny przeprowadzonych w ramach <i>IPA</i>	20
C. Interwencje terapeutyczne i przestrzeganie ich spójności z koncepcją terapeutyczną (treatment adherence)	
1. Wstęp.....	20
a. Uzasadnienie badania.....	20
b. Biorące udział w badaniu ośrodki i ich sposoby leczenia.....	22
2. Próba ogólna.....	23
a. Terapeuci i pacjenci	23
3. Wyniki analiz spójności interwencji terapeutycznych z deklarowaną koncepcją terapeutyczną.....	24
D. Terapeutyczne interwencje Instytutu Terapii Procesowej.....	28
E. Ogólne i specyficzne interwencje – szczegółowa analiza na przykładzie 92 pacjentów.....	29

1. Wstęp

Niniejsze sprawozdanie stanowi ogólny jak i uwzględniający specyfikę instytucjonalną raport końcowy Szwajcarskiej Karty dla Psychoterapii (*Schweizer Charta für Psychotherapie*) powstały w ramach projektu PAP-S. Raport obejmuje wyniki badania katamnesticznego przeprowadzonego rok po zakończeniu procesów terapeutycznych. Sprawozdanie nawiązuje w zakresie podstawowych zagadnień metodologicznych (procedura badawcza, narzędzia diagnostyczne itp.) [1] do pierwszego raportu końcowego przedłożonego w lutym 2013 roku [2]. Zawierał on jedynie wyniki analiz pre/post testów czyli porównań pomiędzy wynikami pacjentów przed terapią i bezpośrednio po jej zakończeniu.

Raport z przeprowadzonej katamnezy ma za zadanie sprawdzenie trwałości efektów terapii. Obejmuje on zmianę, która zaszła pomiędzy rozpoczęciem terapii, a czasem katamnezy czyli stanem pacjentów rok po zakończeniu terapii dla całej próby badawczej PAP-S (A). Ponadto obejmuje on również analizę przypadków leczenia wprowadzonych do badania przez Instytut Terapii Procesowej (IPA) (B)

Raport zawiera także sprawozdanie z próbki wszystkich nagranych sesji psychoterapeutycznych (C). Na zakończenie przedstawiono analizę sesji terapeutycznych Instytutu Terapii Procesowej (IPA) (D).

2. Wyniki badania katamnesticznego

Wyniki dotychczasowych badań w obszarze psychoterapii wskazują przeważnie na trwałość zmian uzyskanych na skutek psychoterapii. Możliwa jest też dalsza poprawa po jej zakończeniu, nawet bez oddziaływania terapeutycznego {3}. Choć klasyczna metaanaliza Smitha i współpracowników [4] wskazuje, że 80% wszystkich pacjentów czuje się lepiej po przebytej terapii niż pacjenci, którzy się psychoterapii nie poddali, to jednak prawidłowość ta nie dotyczy wszystkich pacjentów. Niektórzy nie korzystają z terapii lub nie są w stanie utrzymać wypracowanych efektów. Dotychczas nie udało się odpowiedzieć w wyczerpujący sposób na pytanie, dlaczego u niektórych pacjentów ,pomimo początkowych korzyści wynoszonych z leczenia, występuje trudność w utrzymaniu efektów terapii po jej zakończeniu {3}.

Niniejszy raport z badania PAP-S opisuje i analizuje zmiany uzyskane w trakcie ambulatoryjnych terapii indywidualnych zebranych od 10 współpracujących ze sobą instytucji/nurtów w rok po zakończonej pracy terapeutycznej. Zmiany powstałe u pacjentów w trakcie terapii (pre/post testy) zostały opisane w raporcie z 2013 roku. Znajdują się tam również informacje nt. charakterystyki osób badanych oraz terapeutów biorących udział w badaniu {2}. Aktualny raport końcowy katamnezy dotyczy tylko opisu zmiany po zakończeniu terapii w okresie katamnezy wynoszącym rok (porównania pre-follow-up i post-follow-up).

3. Podział próby

Z przyjętych wstępnie do badania PAP-S 379 pacjentów, uzyskano dane dla 241 pacjentów z trzech pomiarów: t1 (pre) t2 (post) i t3 (follow up). Komplet danych umożliwiających porównania wyników czterech kwestionariuszy w czasie poprzedzającym terapię i w rok po jej zakończeniu, uzyskano jedynie dla 143 do 146 pacjentów.

a. Porównania pre-folllow-up

W Tabeli 1 zaprezentowano rezultaty porównań wyników pacjentów przed podjęciem terapii (pre) i rok po jej zakończeniu (kat) we wszystkich czterech kwestionariuszach (*Brief Symptom-Inventory* (BSI), *Outcome Questionnaire-45-2*, *Całościowa Skala Oceny Funkcjonowania* (GAF), *Skala Depresji Becka* (BDI II)).

Tabela pokazuje, które wyniki 146 pacjentów zmieniły się od momentu poprzedzającego terapię (pre) do momentu katamnezy rok po jej zakończeniu. Niestety w porównaniu z testami pre-post, których wyniki przedstawiono w sprawozdaniu w 2013 (s.22), liczna grupa pacjentów wypadła z dalszych analiz i nie została objęta badaniem katamnestycznym (w porównaniu z analizami pre-post liczba osób badanych pomniejszyła się o 105-121 pacjentów). Dla 143 do 146 pacjentów, dla których uzyskano komplet wyników z wszystkich czterech kwestionariuszy, stwierdzono poprawę pomiędzy stanem w momencie rozpoczęcia terapii, a stanem rok po jej zakończeniu. Uzyskane efekty mają zasadniczo dużą siłę, przekraczającą znacząco wielkość efektu terapii (patrz raport końcowy 2013, s.22).

Tabela 1. Porównanie wyników pre testu i katamnezy dla czterech kwestionariuszy wraz z wielkością efektów (N=143-146)

Efekty terapii	M	N	S	t	P	Wielkość efektu	
BSI-GSI post	0,78	146	0,51	12,08	.0001		1,00
BSI-GSI kat	0,31	146	0,33				
OQ-45 post	59,13	145	20,79	12,67	.0001		1,05
OQ-45 Kat	36,81	145	18,95				
GAF post	64,62	144	13,59	- 13,41	.0001		1,12
GAF Kat	81,61	144	12,37				
BDI post	13,61	143	9,29	12,34	.0001		1,03
BDI Kat	4,61	143	5,81				

Wyniki wskazują, że przynajmniej w przypadku opisanych 143-146 pacjentów doszło do znaczącej poprawy i stabilizacji wypracowanych efektów psychoterapii po jej zakończeniu,

czego dowodzą znacznie wyższe wartości efektów dla wszystkich czterech testów (obliczenia siły efektów {d Cohena} dla porównań wyników przed terapią i rok po jej zakończeniu).

b. Porównanie post-follow-up

Tabela 2 pokazuje dalsze zmiany w okresie od zakończenia terapii do roku po jej zakończeniu. Wielkość efektów dokonanych porównań jest stosunkowo mała, jednak pokazują one dalsze pozytywne oddziaływanie terapii nawet po jej zakończeniu. Wysoko istotne statystycznie efekty uzyskano dla porównania klinicznych ocen niezależnych ekspertów (*GAF*) i oceny objawów (*BSI*). Również istotne okazały się efekty porównań poziomu depresyjności (*BDI*). Podtrzymanie efektów uzyskanych po zakończeniu terapii i/lub dalsza lekka poprawa dotyczy średnio całej badanej próby.

Tabela 2. Porównanie wyników post testu i katamnezy dla czterech kwestionariuszy wraz z wielkością efektów (N=142-145)

Efekty terapii	M	N	S	T	P	Wielkość efektu
BSI-GSI post	0,37	145	0,36	2,65	.009	.22
BSI-GSI kat	0,31	145	0,32			
OQ-45 post	37,89	144	20,02	1,10	.272	.09
OQ-45 Kat	36,45	144	18,50			
GAF post	78,20	143	12,75	-3,59	.0001	.30
GAF Kat	81,69	143	12,38			
BDI post	5,77	142	6,50	2,46	.015	.21
BDI Kat	4,48	142	5,62			

Oczywiście istnieją, obok pacjentów doznających dalszej poprawy po zakończeniu terapii, również pacjenci nie doświadczający takiej poprawy lub nawet doznających pogorszenia wyników w chwili pomiaru follow-up. Warto jednak podkreślić, że właściwie przeprowadzona przez doświadczonych terapeutów psychoterapia „prawdziwych” pacjentów w ambulatoryjnym settingu (w odróżnieniu od warunków laboratoryjnych z udziałem „statystycznego pacjenta”) przynosi znaczące pozytywne efekty utrzymujące się w czasie. Tym samym potwierdzono dotychczasowe wyniki metaanaliz w literaturze mówiąc, że dla większości pacjentów psychoterapia niesie ze sobą znaczący klinicznie efekt utrzymujący się po zakończeniu terapii, a nawet ulegający dalszemu wzmocnieniu (3).

4. Dlaczego wystąpiła tak duża liczba wypadnięć na etapie badania follow-up?

Istotnym zagadnieniem w badaniach na temat skuteczności psychoterapii jest stabilność w czasie uzyskanych efektów. Mówiąc o stałości efektów terapii badacze odwołują się do różnych kryteriów czasowych po jej zakończeniu. W większości badań ten przedział czasowy stanowi rok, czasem 2, 3 lata, a w niektórych badaniach nawet 10 lat. Trudnością w przeprowadzaniu tego typu badań jest często fakt, że projekty naukowe trwają krócej niż czas katamnezy i brakuje funduszy na ponowne przeprowadzenie badań. Poza tym pacjenci wyrażają również mniejszą gotowość do udziału w badaniu, im dłuższy czas mija od zakończenia terapii. Szczególnie pacjenci z gorszymi wynikami leczenia wyrażają istotnie mniejszą gotowość do współpracy niż pacjenci odwołujący się do pozytywnych doświadczeń związanych z udaną terapią.

Niska stopa zwrotu ankiet w momencie katamnezy badania PAP-S wydaje się wynikać z podobnych czynników. Z początkowej liczby 241 pacjentów, po roku 143-146 wypełniło kwestionariusze i/lub wzięło udział w wywiadzie prowadzonych przez niezależnych ekspertów (test GAF), co oznacza, że dla ok. 60% pacjentów możliwa była obserwacja efektów terapii po jej zakończeniu.

Porównano grupę pacjentów wyrażających zgodę na udział w badaniu z grupą pacjentów odmawiających współpracy w celu zidentyfikowania możliwych czynników determinujących gotowość do udziału w badaniach katamnestycznych. Analizy ANOVA i testu Scheffé wykazały, że liczba odbytych sesji przez pacjentów w obu grupach różni się istotnie statystycznie (Tabela 3)

Tabela 3. Porównanie międzygrupowe w zakresie liczby odbytych sesji (ANOVA; Scheffé-Test)

	N	M	s	Odchylenie standardowe	P
Poprawa wyników względem pre testu lub stabilny wynik względem post testu	119	39,3	33,0	21,59	0,0001
Brakujący pacjenci	93	60,9	41,3		

Pacjenci, którzy wypadli z badania katamnestycznego wzięli udział w istotnie większej liczbie sesji niż pacjenci, dla których dostępny jest komplet wyników. Jedną z przyczyn może być fakt, że pacjenci, którzy odmówili udziału w ostatnim etapie badania jeszcze

nie zakończyli swojego procesu terapeutycznego, Ta grupa pacjentów korzystała z średnio 61 sesji terapeutycznych (co oznacza, że ich terapia trwała ok. 20 tygodni dłużej) a druga grupa pacjentów biorących udział w katamnezie z 39 sesji zatem część pacjentów mogła być jeszcze dłużej w terapii i dlatego nie zakwalifikowała się do badania katamnesticznego.

Powyższe wytłumaczenie nie stanowi jednak jedynego czynnika związanego z wysokim wskaźnikiem rezygnacji z badania. Poddano również analizie pacjentów ze względu na ich odpowiedź na podjęte leczenie badając przewlekłość psychicznych objawów, wiek pacjentów, wiek terapeutów, doświadczenie zawodowe terapeutów, diagnozę według ICD -10 jak i jakość relacji terapeutycznej. Nie znaleziono jednak żadnych różnic w zakresie badanych zmiennych pomiędzy grupą pacjentów rezygnujących z badania katamnesticznego i tych biorących w nim udział.

Tabela 4 pokazuje porównanie grupy pacjentów wykazujących w momencie badania follow -up znaczącą poprawę samopoczucia względem stanu poprzedzającego terapię oraz utrzymujących poprawę w momencie katamnezy względem pomiaru po zakończeniu terapii, grupy pacjentów doświadczających w momencie zakończenia terapii (post) pogorszenia stanu względem początku terapii (pre) terapii oraz grupę pacjentów nie biorących udziału w katamnezie.

Tabela 4. Porównania międzygrupowe w zakresie obciążeń psychicznych oraz efektów terapii.

	N	Pre	Post		Katamneza	
BSI		M	M	p	M	p
Pacjenci z poprawą względem pre- lub na stabilnym poziomie względem post (A)	119	0,75	0,38	0,059* (A/B)	0,24	0,0001**** (A/C)
Pacjenci nie biorący udziału w katamnezie (B)	97	0,86	0,50		0,62	
Pacjenci z pogorszeniem wyników względem pre lub post(C)	25	0,88	0,34			
	N	Pre	Post		Katamneza	

OQ-45		M	M	p	M	p
Pacjenci z poprawą względem pre- lub na stabilnym poziomie względem post (A)	119	58,43	38,49	0,018** (A/B)	33,81	0,0001**** (A/C)
Pacjenci nie biorący udziału w katamnezie (B)	97	66,17	47,03			
Pacjenci z pogorszeniem wyników względem pre-lub post.(C)	25	61,88	35,38		49,00	
	N	Pre	Post		Katamneza	
GAF		M	M	p	M	p
Pacjenci z poprawą względem pre- lub na stabilnym poziomie względem post (A)	119	64,88	77,82	0,342 (A/B)	83,22	0,005**** (A/C)
Pacjenci nie biorący udziału w katamnezie (B)	97	63,24	75,18			
Pacjenci z pogorszeniem wyników względem pre-lub post.(C)	25	64,92	80,56		74,29	
	N	Pre	Post		Katamneza	
BDI		M	M	p	M	P
Pacjenci z poprawą względem pre- lub na	119	13,41	6,12		3,42	

stabilnym poziomie względem post (A)				0,067* (A/B)		0,0001**** (A/C)
Pacjenci nie biorący udziału w katamnezie (B)	97	16,08	8,70			
Pacjenci z pogorszeniem wyników względem pre-lub post.(C)	25	13,52	3,68		9,24	

* $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,0001$

Jako pierwsze zwraca uwagę, że brakujący na ostatnim etapie badania pacjenci charakteryzowali się w momencie rozpoczęcia terapii (pre) nieznacznie gorszymi wynikami na wszystkich mierzonych skalach, z wyjątkiem oceny ekspertów na skali *GAF*. Wyniki, choć nieistotne statystycznie, wskazują na wyższy stopień obciążenia psychicznego na wstępie terapii. Ta grupa pacjentów wykazuje gorsze wyniki w momencie zakończenia terapii (post) w porównaniu z grupą pacjentów deklarujących stabilne wyniki w momencie katamnezy (istotne statystycznie dla skali *OQ-45*, tendencja dla skal *BSI* i *BDI*), a nawet z grupą pacjentów, których efekty względem post testu zaniknęły w rok po terapii (follow-up) lub nawet się pogorszyły względem początku terapii (istotne statystycznie różnice dla skali *BDI*, tendencja dla skali *BSI* i *OQ-45*, brak efektu dla skali *GAF*).

Grupę pacjentów wypadających z badania katamnestycznego stanowili prawdopodobnie pacjenci o większym obciążeniu psychicznym, wykazujący w momencie zakończenia terapii gorsze wyniki niż pacjenci objęci katamnezą, niezależnie czy stanowili oni grupę skutecznie wyleczonych czy też grupę doświadczających przejściowej poprawy (w momencie badania post), których efekty terapii w mniejszym lub większym stopniu zaniknęły.

Można zatem podsumować, że ok. 40% pacjentów odmawiających udziału w trzecim etapie badania po roku (*follow up*) stanowi grupę bardziej obciążoną psychicznie (istotnie lub na poziomie trendu), którzy prawdopodobnie ze względu na gorsze efekty pod koniec terapii oraz, być może, na skutek dalszego pogorszenia w rok po jej zakończeniu, nie mieli gotowości lub nie byli w stanie wziąć udziału w badaniu. Część pacjentów prawdopodobnie nadal była w procesie terapii, co wykluczało ich z możliwości wzięcia udziału w katamnezy. Potwierdziły się zatem wyniki innych badań katamnestycznych, które wskazywały na mniejszą gotowość do udziału w badaniach

katamnesticznych u pacjentów z gorszymi wynikami w terapii, co zniekształca wyniki badań nad psychoterapią.

Warto zauważyć, że formalna diagnoza psychiatryczna według ICD-10 nie miała znaczenia dla oceny poziomu obciążenia psychicznego. Poziom obciążenia psychicznego pacjentów ustalano jedynie na bazie wyników końcowych czterech 4 kwestionariuszy.

5. Przewlekłość objawów i długoterminowe efekty terapii

Długość trwania objawów pacjentów przed rozpoczęciem terapii stanowiła czynnik kontrolowany w badaniu nad skutecznością terapii. Uzyskano wyniki dla 223 z 241 pacjentów. Mają one rozpiętość od nagłego wystąpienia objawów (0 lat występowania objawów) aż po wystąpienie pierwszych objawów 48 lat temu. 14 pacjentów, którzy doświadczyli pierwszych objawów 30- 48 lat temu stanowiło jedynie 5,8% całości badanej próby, a moment pojawienia się objawów został ustalony wspólnie z terapeutą/tką obierając jako punkt odniesienia moment rozpoczęcia terapii. Większość pacjentów zgłasza się na terapię w ciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów (41,3%). 62,3% podejmuje terapię w ciągu 4 lat od pierwszego wystąpienia objawów. Trzeba jednak zaznaczyć, że 148 z 220 pacjentów (67,3%) przed udziałem w badaniu objęta była przynajmniej raz leczeniem psychiatrycznym lub psychoterapeutycznym (ambulatoryjnie i/lub stacjonarnie), stąd ich objawy można uznać jako chroniczne. Długość trwania objawów mieści się w przedziale 0-48 lat, przy czym w przypadku 50% pacjentów długość trwania objawów wynosi od 0-2 lat, a dla 20% pacjentów od 10 do 48 lat.

72 z 220 pacjentów (32,7%) nie podejmowało w ostatnich dwóch latach przed zgłoszeniem się na terapię, jakiegokolwiek leczenia psychiatrycznego lub psychoterapeutycznego. Problemy psychiczne w tej grupie wystąpiły nagle tuż przed zgłoszeniem się lub, na drugim krańcu kontinuum, wystąpiły aż 37 lat temu. Około 20% pacjentów wskazuje na przedział czasowy pomiędzy 10 a 37 lat od pierwszego wystąpienia objawów, a 50% pacjentów cierpi na problemy psychiczne w okresie nie przekraczającym dwóch lat.

Tabela 5 pokazuje porównanie poziomu obciążenia psychicznego na podstawie ustalonego na podstawie wszystkich czterech kwestionariuszy w grupie nie będącej objętej leczeniem na dwa lata przed badanie oraz w grupie osób objętej w tym czasie oddziaływaniem psychiatrycznym i/lub psychoterapeutycznym.

Tabela 5 Obciążenia psychiczne i efekty terapii w grupie osób objętych terapią (tak) i nie podejmujących terapii (nie) psychiatrycznej i/lub psychoterapeutycznej na dwa lata przed rozpoczęciem terapii.

Psychiatryczne/psychoterapeutyczne oddziaływanie na 2 lata przed badaniem		N	M	s	F	p
BSI pre	Tak	166	0,75	0,51	5,178	0,024**
	Nie	77	0,91	0,50		
BSI post	Tak	160	0,36	0,34	12,705	0,0001****
	Nie	76	0,57	0,57		
BSI katamneza	Tak	102	0,29	0,30	1,855	0,175
	Nie	43	0,37	0,40		
OQ-45 pre	Tak	160	59,78	21,58	4,433	0,036**
	Nie	77	66,06	21,36		
OQ-45 post	Tak	160	38,79	20,29	7,364	0,007***
	Nie	76	47,11	25,27		
OQ-45 katamneza	Tak	101	36,10	18,64	0,563	0,454
	Nie	43	38,70	19,91		
GAF pre	Tak	160	65,50	13,87	3,644	0,057*
	Nie	77	61,86	13,51		
GAF post	Tak	160	78,61	12,21	6,925	0,009***
	Nie	76	73,83	14,67		
GAF katamneza	Tak	100	82,97	11,29	3,918	0,050**
	Nie	77	78,53	14,37		
BDI pre	Tak	160	13,84	0,75	3,018	0,084*
	Nie	77	16,13	1,09		
BDI post	Tak	160	6,07	7,34	4,801	0,029**
	Nie	76	8,55	9,61		
BDI katamneza	Tak	99	4,10	5,47	2,552	0,112
	Nie	43	5,79	6,51		

* $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$ **** $p \leq 0,0001$

Zaskakuje na wstępie fakt, że pacjenci którzy podejmowali leczenie psychiatryczne i/lub psychoterapeutyczne w ostatnich dwóch latach przed ponownym zgłoszeniem się do terapii, wykazywali niższe obciążenie psychiczne niż pacjenci nie objęci w okresie ostatnich dwóch lat żadnym leczeniem. Pacjenci z pierwszej grupy wykazują niższe obciążenie na skali objawów (*BSI*) oraz na skali *OQ-45*, stanowiącej pomiar objawów psychicznych, funkcjonowania interpersonalnego oraz kompetencji społecznych. Ponadto uzyskują istotnie niższe wyniki depresyjności (*BDI*) i wyższy poziom ogólnego psychicznego funkcjonowania (ocena na skali *GAF* niezależnych ekspertów)

Jak można wyjaśnić uzyskane wyniki? Jeżeli chcemy poczynić założenie, że pacjenci objęci leczeniem na dwa lata przed niniejszym badaniem stanowią grupę pacjentów z bardziej przewlekłymi objawami niż pacjenci bez wcześniejszego leczenia i właśnie z tego względu

byli wcześniej również objęci leczeniem, to nie znajdziemy na nie potwierdzenia w obecnych wynikach. Pacjenci bez leczenia w okresie dwóch lat poprzedzającym zgłoszenie do terapii wykazywali statystycznie istotnie wyższy poziom obciążenia psychicznego. Czy to oznacza, że pacjenci, objęci wcześniejszym leczeniem uzyskali odpowiednie efekty w terapii, które potem zostały wzmocnione poprzez terapię w ramach badania PAP-S? Nie tłumaczy to jednak faktu, że pacjenci bez wcześniejszego leczenia w okresie po zakończeniu terapii bez dalszych oddziaływań, uzyskiwali tak znaczące zmiany, większe niż pacjenci objęci wcześniejszym leczeniem.

Na ten moment brakuje jednoznacznych wyjaśnień uzyskanych wyników i potrzebne są dalsze badania w tym zakresie. Udało się natomiast potwierdzić obiektywnymi wynikami konsolidację efektów terapii czy nawet poprawę efektów poprzednich procesów terapeutycznych.

6. Wyniki terapii przy podziale na grupy diagnostyczne

Dalsze analizy dotyczące długotrwałych efektów terapii zostały poczynione przy podziale osób badanych na 3 najważniejsze, bo najczęściej występujące, zaburzenia psychiczne diagnozowane wg ICD-10.

Tabela 6 pokazuje długotrwałe efekty terapii dla pacjentów z diagnozą z grupy F3 (zaburzenia afektywne). Zaburzenia afektywne występują wśród znacznej liczby pacjentów *Charta*[2] i to oni stanowią 50% pacjentów dla których autorzy badania dysponują kompletem danych z badania follow-up.

Wszystkie mierzone siły efektów lokują się na wysokim poziomie tzn. trwałość zmian (pre-katamneza) mierzona rok po zakończeniu terapii, może być oceniona jako bardzo dobra. Siły efektów są silniejsze niż dla porównań pre-post na wszystkich skalach oraz istotne statystycznie i klinicznie.

Na wszystkich czterech skalach zanotowano również stabilizację wyników i/lub dalszą poprawę w rok po zakończeniu psychoterapii (post-katamneza), chociaż wyniki te nie osiągają poziomu istotności statystycznej.

Tabela 6 Porównania wyników na wszystkich skalach w badaniu pre-post-katamneza dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. (N=65-67)

Efekty terapii dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi	N	M	S	Wielkość efektu pre-kat	Wielkość efektu post-kat
BSI-GSI pre	67	0,86	0,52	0,96	0,16
BSI-GSI post	67	0,45	0,43		
BSI-GSI	67	0,39	0,39		

katamneza					
OQ-45 pre	67	62,62	19,40	1,07	0,15
OQ-45 post	67	42,35	20,20		
OQ-45 katamneza	67	39,72	19,27		
GAF pre	65	61,60	13,46	1,07	0,23
GAF post	65	77,17	12,25		
GAF katamneza	65	79,95	12,90		
BDI pre	65	15,25	9,66	1,04	0,17
BDI post	65	7,35	7,87		
BDI katamneza	65	6,05	6,84		

Kolejną co do liczebności grupę pacjentów badania PAP-S stanowią pacjenci z zaburzeniami lęgowymi i adaptacyjnymi (kategoria F4 wg klasyfikacji ICD -10). Tabela 7 pokazuje wyniki trzech pomiarów dla wszystkich czterech kwestionariuszy wraz z siłami efektów w tej grupie pacjentów.

Wielkości efektów można ocenić jako wyjątkowo duże w zakresie wszystkich mierzonych skal (porównania pre-katamneza) (Tabela 7). Oznacza to, że pacjenci z zaburzeniami lęgowymi uzyskują dobre efekty zarówno w trakcie terapii (2, s.22), jak i doświadczają dalszej poprawy po zakończeniu terapii, na co wskazują robiące wrażenie siły efektów w zakresie 0,12 do 0,57. Założono brak oddziaływania terapeutycznego w okresie katamnezy, co dotyczy zapewne większości pacjentów.

Tabela 7. Porównania wyników na wszystkich skalach w badaniu pre-post-katamneza dla pacjentów z zaburzeniami lęgowymi i adaptacyjnymi. (N=42-43)

Efekty terapii dla pacjentów z zaburzeniami lęgowymi ii adaptacyjnymi	N	M	S	Wielkość efektu pre-kat	Wielkość efektu post-kat
BSI-GSI pre	43	0,76	0,51	1.15	0.50
BSI-GSI post	43	0,36	0.30		
BSI-GSI kat	43	0,25	0,24		
OQ-45 pre	42	56,79	21,74	1.15	0,12
OQ-45 post	42	35,12	19,33		
OQ-45 kat	42	33,84	17,48		
GAF pre	43	66,35	12,84	1,64	0,57
GAF post	43	79,26	11,81		
GAF kat	43	85,42	8,95		
BDI pre	43	12,86	8,70	1,09	0,36
BDI post	43	5,19	5,05		

BDI kat	43	3,41	4,21		
---------	----	------	------	--	--

Skuteczność terapii wydaje się w grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi i adaptacyjnymi jeszcze wyższa niż w przypadku pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Wnioski można oczywiście wysnuć jedynie w odniesieniu do pacjentów z kompletem zebranych danych w badaniu follow-up . Zatem dalsze wnioski nie dotyczą grupy 97 pacjentów nie objętych katamnezą.

Kolejną grupą pacjentów objętych badaniem długoterminowych efektów terapii stanowią pacjenci z zaburzeniami osobowości (kategoria F6 klasyfikacji ICD-10). Tabela 8 pokazuje wyniki obciążeń psychicznych mierzonych za pomocą czterech kwestionariuszy w 3 pomiarach. Wyniki katamnezy uzyskano dla 21-22 z 27 pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Tabela 8. Porównania wyników dla wszystkich skal w badaniu pre-post-katamneza dla pacjentów z zaburzeniami osobowości wraz z odpowiadającymi siłami efektów (N=21-22)

Efekty terapii dla pacjentów z zaburzeniami osobowości	N	M	s	Wielkość efektu pre-kat	Wielkość efektu post-kat
BSI-GSI pre	22	0,59	0,48	0,90	0,06
BSI-GSI post	22	0,22	0,19		
BSI-GSI kat	22	0,21	0,18		
OQ-45 pre	22	51,75	20,49	0,97	0,05
OQ-45 post	22	31,60	19,78		
OQ-45 kat	22	30,73	20,52		
GAF pre	22	67,86	13,71	0,99	0,31
GAF post	22	78,86	14,24		
GAF kat	22	82,00	13,51		
BDI pre	22	10,43	7,97	1,07	0,04
BDI post	22	3,19	4,39		
BDI kat	22	3,00	3,21		

Na początku zwraca uwagę, że ta grupa pacjentów posiada wyjściowo znacznie niższy poziom obciążenia psychicznego (niższe wartości na skalach *BSI*, *OQ-45*, *BDI*) niż pozostałe dwie grupy diagnostyczne pacjentów. Może to wynikać z ogólnie niższego natężenie objawów u pacjentów z zaburzeniami osobowości (z wyjątkiem *GAF* pozostałe 3 skale obejmują obciążenia objawami z różnych obszarów).

Siły efektów w tej grupie pacjentów dla porównań wyników pre-katamneza są wyjątkowo wysokie porównując je do ogólnych miar efektów psychoterapii [3, s.170]. Taki efekt może być bardzo satysfakcjonujący dla pacjentów z tej grupy, jednak warto zaznaczyć, że pacjenci z

zaburzeniami osobowości uzyskują istotnie mniejsze efekty w przebiegu terapii niż pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi i adaptacyjnymi.

Wyniki w Tabeli 8 pokazują również, że pacjenci z zaburzeniami osobowości, w odróżnieniu od pacjentów z zaburzeniami afektywnymi, lękowymi i adaptacyjnymi, nie doświadczali prawie żadnej dalszej poprawy w rok po zakończeniu terapii (wyjątek stanowi ocena niezależnych ekspertów na skali GAF) na co wskazują miary efektów dla porównań post-katamneza. Prawdopodobnie w tej grupie, po zakończeniu leczenia, nie zachodzą dalsze procesy zdrowienia prowadzące do dalszych postępów terapeutycznych. Jednak efekty osiągnięte w chwili zakończenia terapii pozostają dla tej grupy na stałym poziomie i nie ulegają erozji.

7. Podsumowanie badań katamnesticznych

W porównaniu ze wskaźnikami uzyskanymi w międzynarodowych badaniach, wskaźniki zdrowienia w badaniu *PAP-S* można uznać za wysokie. Lambert, w swoim najnowszym przeglądzie obejmującym ponad tysiąc badań i setki metaanaliz stwierdza, że ok. 65% wszystkich pacjentów psychoterapii osiąga pozytywne efekty leczenia. [3], podając wielkość efektów w przedziale 0,40 do 0,80 (średnia wartość ok. 0,60). Siły efektów uzyskane w badaniu *PAP-S* przekraczają większość przytaczanych w literaturze przedmiotu wartości efektów. Oznacza to, że uzyskane wielkości efektów leczenia w procesach terapeutycznych objętych badaniem *PAP-S* są średnio nieco wyższe niż raportowane w innych badaniach. Dotyczy to zarówno wyników raportu z 2013 [2] obejmującego porównania wyników pre-post testów, jak i wyniki niniejszego sprawozdania uwzględniającego efekty długoterminowe w rok po zakończeniu terapii.

Wyniki 146 pacjentów, dla których uzyskano wyniki w katamnezie, o różnych diagnozach i różnym czasie trwania objawów okazały się nie tylko stabilne w rok po zakończeniu terapii, ale uległy ponadto dalszej poprawie względem momentu zakończenia terapii dla większości pacjentów.

Psychoterapia okazuje się skuteczna, gdy jest przeprowadzana przez profesjonalnie wyszkolonych, doświadczonych psychoterapeutów z udziałem "prawdziwych" pacjentów, nawet wówczas gdy doszło do utrwalenia problemów ze zdrowiem psychicznym. Skuteczność oddziaływań terapeutycznych musi być znacząca zważając na chroniczność objawów w badanej próbie oraz jednocześnie uzyskane wielkości efektów > 1,00 (dla zaburzeń osobowości >0,90) w porównaniach wyników z przed terapii oraz rok po jej zakończeniu (dla zaburzeń afektywnych średnio 1,04; dla zaburzeń lękowych średnio 1,26, dla zaburzeń osobowości średnio 0,98). Szczególnie, że doszło do dalszego wzmocnienia efektów leczenia w rok po zakończeniu terapii, w czasie w którym pacjenci nie byli już poddawani żadnym oddziaływaniom terapeutycznym.

Dla lepszego zobrazowania wyników: siła efektów psychoterapii, ustalonej najczęściej na podstawie metaanalizy Smitha i in. [4] na poziomie 0,85, przewyższa 14-krotnie efekt

skuteczność uznanych leków przeciwważowych [5]. Podczas gdy jedno z leków uzyskało wielkość efektu na poziomie 0,04 [6], inny lek - Aspiryna - zmniejszyła ryzyko wystąpienia zawału z efektem mierzonym na poziomie 0,034 [7]. Grawe i in. uznali, że nawet w przypadku uzyskanego efektu o nieznaczonej sile 0,03-0,04, 3 do 4 pacjentów na 100 uzyska pożądaną efekt więc można uznać efekty działania leku za satysfakcjonujące. Skuteczna psychoterapia może w niektórych sytuacjach również ratować ludzkie życia. Kolejny przykład: intensywne kursy czytania i ortografii dla uczniów z problemami szkolnymi wykazały w przedziale kilku tygodni do kilku miesięcy efekty nauczania na poziomie 0,40 do 0,60. Analizy wielkości efektów muszą być zatem rozpatrywane i interpretowane w określonym kontekście żeby móc właściwie zrozumieć badaną moc oddziaływania.

Uwzględniając powyższe rozważania, uzyskane w badaniu *PAP-S* siły efektów dla pomiaru katamnesticznego należy uznać za wyjątkowo dobre. Szczególnie że uzyskane efekty dotyczą różnych grup diagnostycznych: zaburzeń afektywnych, lękowych i zaburzeń osobowości, nawet jeżeli różnice pomiędzy tymi grupami są nieznaczone. Najlepiej wypadają zaburzenia lękowe i adaptacyjne, uzyskując wysokie wartości efektów. Ta grupa pacjentów wykazała wyjątkowo dużą poprawę, wykraczającą poza czas trwania samego procesu terapeutycznego. Również pacjenci z zaburzeniami afektywnymi korzystają wyjątkowo dobrze z terapii, a jej wyniki poprawiają się również po jej zakończeniu.

Pacjenci z zaburzeniami osobowości (jako diagnoza główna lub dodatkowa) również korzystają w wysokim stopniu z leczenia psychoterapeutycznego jednak nie zyskują dodatkowo po jej zakończeniu. Badania wykazywały wielokrotnie, że pacjenci z diagnozą zaburzenia osobowości są szczególnie narażeni na nawroty objawów. W jednym z badań w grupie pacjentów z zaburzeniami afektywnymi oraz dodatkową diagnozą w osi II DSM-III (co odpowiada zaburzeniom osobowości wg ICD-10) zagrożenie nawrotem choroby było 7,4 krotnie wyższe[8]. Jako że w niniejszym badaniu nie zanotowano pogorszenia wyników pacjentów z tej grupy rok od zakończenia terapii, można uznać że pacjenci ci uzyskali doskonałe wyniki w terapii.

Zasadniczo wydaje się, że psychiatryczne diagnozy nie stanowią istotnego czynnika prognostycznego. Znacznie większą rolę dla skuteczności terapii odgrywa poziom obciążenia psychicznego pacjentów przed terapią jak i inne charakterystyki pacjenta i psychoterapeuty. Z tego powodu zaplanowano w ramach badania *PAP-S* szczegółową analizę procesu psychoterapeutycznego. Pierwsze wyniki zostały już opublikowane w prasie międzynarodowej [9].

Nierozstrzygniętą kwestią pozostaje wysoki wskaźnik rezygnacji z badania follow-up. Jednym z możliwych wytłumaczeń jest fakt nieukończenia przez część pacjentów terapii w momencie katamnezy. Inna grupa pacjentów, u których procesy terapeutyczne trwały dłużej, mogła nie osiągnąć w momencie badania katamnezy wymaganego okresu roku od zakończeniu terapii.

Innym wytłumaczeniem może być brak dalszej poprawy lub utrzymania się efektów terapii w okresie katamnezy przez co pacjenci ci odmówili udziału w ostatniej części badania. Nie można tutaj jednak mówić o niepowodzeniu terapii, ponieważ dla 251 do 264 pacjentów zanotowano satysfakcjonujące efekty dla porównań pre-post [1; s.22] o sile efektów w przedziale od 0,78 do 0,99. Wielkości efektów porównań pre –post (czyli wyników w czasie t1 i t2) są umiarkowane, jednak słabsze od efektów przytoczonych w mniejszym raporcie obejmującym porównania wyników początkowych (t1) i wyników katamnezy (t3). Na podstawie wyników można wysnuć dwa wnioski: albo efekty terapii stabilizują się i wzmacniają po jej zakończeniu wraz z upływem czasu nawet bez dalszego oddziaływania terapeutycznego bądź też pacjenci wyrażający zgodę na udział w badaniu katamnestycznym stanowili grupę pacjentów korzystających w większym stopniu z terapii i stąd ich większa gotowość do współpracy. Oznaczałoby to, że pacjenci którzy odmówili udziału w badaniu odnosili mniejsze korzyści z terapii i/lub w okresie po jej zakończeniu doświadczyli lekkiego pogorszenia wyników.

Ze względu na niewielką liczebność próby, nie ma możliwości dokonania porównań pomiędzy procesami przeprowadzanymi przez poszczególne placówki i/lub w ramach poszczególnych nurtów terapeutycznych. Nie uwzględniając zmiennych w postaci rodzaju instytucji i paradygmatu pracy można mówić o dużej skuteczności terapii sięgającej 50% i 10% wskaźniku braku skuteczności w okresie objętym katamnezą. Uzyskane wyniki wpisują się w wyniki badań międzynarodowych gdzie średnio 5-10% wszystkich uczestników psychoterapii odnotowało brak efektów terapii lub pogorszenie wyników, podczas gdy 60% badanych wykazywało poprawę wyników w efekcie psychoterapii, o czym wspomniano już w tekście powyżej.

W niniejszym badaniu zastosowano bardzo konserwatywne kryteria analizy i nie można wykluczyć, że w grupie 97 badanych, którzy zostali wyeliminowani z analiz z powodu braków danych, również znajdują się pacjenci doświadczający pozytywnych efektów terapii.

B. Wyniki katamnezy terapii Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

1. Wstęp

Poniższy fragment sprawozdania dotyczy wyników procesów psychoterapeutycznych Instytutu Terapii Procesowej (IPA), włączonych do badania PAP-S przeprowadzonego przez Szwajcarską Kartę dla Psychoterapii (*Schweizer Charta für Psychotherapie*).

Dalsza część raportu obejmuje wyniki badania katamnestycznego przeprowadzonego rok po zakończonych procesach terapeutycznych. Sprawozdanie nawiązuje w zakresie podstawowych założeń metodologicznych (procedura badawcza, narzędzia diagnostyczne itp.) do pierwszego raportu końcowego[2] przedłożonego w lutym 2013 roku jak i do ogólnego raportu badania katamnestycznego uwzględniającego pacjentów ze wszystkich zrzeszonych ośrodków (patrz część A). Pierwsze sprawozdanie zawierało jedynie wyniki analiz pre-post testów czyli porównań pomiędzy wynikami pacjentów przed terapią i

bezpośrednio po jej zakończeniu, podczas gdy w tym raporcie uwzględniono również zmiany wyników w przeciągu roku od zakończenia terapii.

2. Podział próby

Z całej zebranej do badania PAP-S próby ($N=379$), 60 pacjentów prowadzonych przez 11 terapeutów Instytutu Terapii Procesowej (IPA) zostało włączonych do badania PAP-S. Do ostatecznych analiz wykorzystano dane jedynie 28 pacjentów, których komplet danych był dostępny dla wszystkich 3 pomiarów w czasie t1 (pre), t2 (post) i t3 (follow-up). Dla 27-28 pacjentów uzyskano komplet danych umożliwiającymi porównania wyników z początku terapii i badania katamnestycznego. Z kolei dla 26-27 pacjentów możliwe były porównania wyników z pomiarów t2 (post) i t3 (follow-up).

a. Porównanie wyników pre-follow-up

Tabela 1 pokazuje efekty terapii dla porównań wyników przed rozpoczęciem terapii (pre) i w rok po jej zakończeniu (kat) dla wszystkich czterech skal: *Brief Symptom-Inventory (BSI)*, *Outcome Questionnaire-45-2*, *Całościowa Skala Oceny Funkcjonowania (GAF)*, *Skala Depresji Becka (BDI II)*.

Wyniki w tabeli pokazują rozkład wyników pacjentów przed rozpoczęciem terapii (pre) i w momencie katamnezy rok po jej zakończeniu.

Dla 27 – 28 pacjentów, dla których dostępny był komplet danych, stwierdzono znaczącą poprawę kondycji od momentu rozpoczęcia terapii do roku po jej zakończeniu. Siły efektów lokują się w większości na wysokim poziomie.

Tabela 1. Porównania wyników dla czterech kwestionariuszy w badaniach pre-katamneza wraz z wielkością efektów ($N=27-28$)

Efekty terapii	M	N	s	T	p	Wielkość efektu
BSI-GSI pre	0,79	28	0,43	5,30	0,0001	1,00
BSI-GSI kat	0,42	28	0,35			
OQ-45 pre	61,30	27	20,50	5,42	0,0001	1,04
OQ-45 kat	40,72	27	20,84			
GAF pre	65,48	27	13,21	- 6,51	0,0001	1,25
GAF kat	81,56	27	13,47			
BDI pre	14,15	27	8,43	4,22	0,0001	0,81
BDI kat	6,04	27	6,42			

Ten wynik wskazuje, że w porównaniu do raportu końcowego z 2013 [2], 27 - 28 pacjentów odnotowało znaczącą stabilizację i poprawę wyników jeszcze po zakończeniu terapii, co udowadniają wysokie wartości uzyskanych efektów.

Przy założeniu, że 27-28 pacjentów po zakończeniu objętych badaniem terapii procesowych nie podejmowało dalszego leczenia można uznać przeprowadzone terapie procesowe za bardzo skuteczne, niezależnie od formalnej diagnozy pacjentów, stopnia utrwalenia objawów, poziomu obciążenia psychicznego przed terapią czy doświadczenia zawodowego terapeutów. Wymienione czynniki nie mogą zostać włączone do analiz z powodu zbyt małej liczebności próby. Stąd analizy dotyczyły jedynie ogólnych wyników dla wszystkich pacjentów w badanej próbie.

b. Porównanie wyników post-follow-up

Tabela 2 podsumowuje zmianę wyników pacjentów pomiędzy zakończeniem terapii (post), a upływem roku od jej zakończeniu (follow-up). Porównywane średnie wyników w obu pomiarach nie różnią się od siebie istotnie statystycznie, a siły efektów są bardzo niskie. Wynik wskazuje, że nie dochodziło do znaczących zmian po zakończeniu terapii.

Tabela 2. Porównanie wyników dla czterech kwestionariuszy w badaniach post -katamneza wraz z wielkością efektów (N=26-27)

Efekty terapii	M	N	s	T	P	Wielkość efektu
BSI-GSI post	0,39	27	0,31	0,19	0,849	0,04
BSI-GSI kat	0,37	27	0,28			
OQ-45 post	39,58	26	18,50	0,21	0,836	0,04
OQ-45 kat	38,87	26	18,83			
GAF post	79,85	26	11,22	-0,85	0,403	0,16
GAF kat	82,00	26	13,54			
BDI post	6,12	26	5,25	0,62	0,542	0,12
BDI kat	5,38	26	5,56			

Należy w tym miejscu podkreślić, że profesjonalna psychoterapia przeprowadzana przez doświadczonych psychoterapeutów, obejmująca „prawdziwych” pacjentów, w codziennych, ambulatoryjnych warunkach (w przeciwieństwie do warunków laboratoryjnych ze „statystycznym” pacjentem”) przynosi z reguły znaczące, wysoko istotne korzyści, utrzymujące się w czasie. Potwierdzają to wyniki większości metaanaliz w literaturze przedmiotu, z których wynika, że większość pacjentów osiąga w wyniku psychoterapii klinicznie istotną poprawę, która utrzymuje się na stałym poziomie po jej zakończeniu lub nawet ulega dalszemu wzmocnieniu [3].

Na podstawie analizy 27 pacjentów objętych terapią przez *IPA*, dla których uzyskano komplet danych, można wyciągnąć wniosek, że przeprowadzone oddziaływania terapeutyczne były bardzo efektywne, a wypracowane rezultaty uległy utrwaleniu po zakończeniu terapii w rocznym okresie katamnezy. Chociaż nie stwierdzono dodatkowej poprawy w okresie katamnezy można stwierdzić, że bardzo dobre wyniki terapii pozostały na stabilnym poziomie i nie uległy erozji w rok po jej zakończeniu.

3. Podsumowanie wyników katamnezy procesów terapeutycznych przeprowadzonych w ramach *IPA*

Dla 27 – 28 pacjentów z próby 60 pacjentów wprowadzonych do badania przez instytut *IPA* (odrzucono przypadki z brakami danych) można wysnuć wniosek, że uzyskane efekty terapii utrzymują się na stabilnym poziomie również po zakończeniu terapii.

Podsumowując można stwierdzić, że terapie przeprowadzone przez terapeutów procesowych z *IPA* były bardzo efektywne, na co wskazuje wielkość efektu na średnim poziomie 1,03, wykraczająca tym samym nieznacznie poza siły efektów przytaczane przez badania nad efektywnością terapii w literaturze przedmiotu. Wielkość efektu dla samego okresu katamnezy (czyli okresu pomiędzy zakończeniem terapii a upływem roku bez oddziaływania terapeutycznego) jest nieznaczna i wynosi 0,09. Psychoterapie przeprowadzone przez *IPA* wydają się być bardzo skutecznie w trakcie ich trwania. Jednak w okresie po zakończeniu terapii nie zanotowano dalszych zmian w wynikach pacjentów – ani poprawy wyników ani ich pogorszenia.

C. Interwencje terapeutyczne i przestrzeganie ich spójności z koncepcją terapeutyczną (treatment adherence)

1. Wstęp

a. Uzasadnienie badania

Tło oraz szczegóły badania dotyczącego interwencji terapeutycznych zostały zawarte w głównej części sprawozdania końcowego [2] Studium Ambulatoryjnej Psychoterapii w Szwajcarii (*PAP-S*). Raport ogólny został sporządzony w 2013 roku i został przedstawiony biorącym udział w badaniu instytucjom.

Ten fragment raportu projektu *PAP-S* dotyczy jedynie oceny nagrań sesji terapeutycznych, udostępnionych przez terapeutów różnych instytucji biorących udział w badaniu *PAP-S*. Każdy z terapeutów został na wstępie poproszony żeby za zgodą pacjenta prowadzić nagrania dźwiękowe regularnie, tzn. możliwie każdej sesji z pacjentami wprowadzonymi do badania. Terapeuci uzyskali wsparcie techniczne w zakresie możliwości rejestrowania spotkań (sposób nagrywania, dostępny sprzęt, odpowiednie ustawienie sprzętu nagrywającego itd.). Nagrywane procesy terapeutyczne powinny obejmować możliwie wszystkie odbyte sesje.

Uzasadnienia analizy nagranych sesji terapeutycznych należy szukać w podstawowych założeniach psychoterapii i badań w zakresie psychoterapii. Psychoterapia jest rozumiana jako inwazyjne działanie ingerujące w osobowość pacjenta poddającego się psychoterapii. Skutkiem ingerencji jest zmiana w zakresie istotnych części osobowości, sposobu przeżywania lub zachowania pacjenta. Profesjonalna psychoterapia jest uznaną dyscypliną w obszarze opieki medycznej, a techniki terapeutyczne opierają się na odpowiednich teoriach i paradygmatach. Ich skuteczność musi zostać potwierdzona odpowiednimi badaniami (patrz termin *evidence-based medicine*) żeby mogły zostać włączone do świadczeń refundowanych przez kasy chorych. Psychoterapia, której skuteczność została potwierdzona właściwymi badaniami, stanowi część systemu opieki zdrowotnej zachodniej cywilizacji i powinna być poddawana systematycznej i obiektywnej ewaluacji. Celem jest udowodnienie swojej ogólnej skuteczności bądź skuteczności w odniesieniu do specyficznych zaburzeń w celu odróżnienia się od technik szamańskich lub ezoterycznych oferowanych na rynku usług.

Oznacza to, że wybór koncepcji terapeutycznej przez psychoterapeutów determinuje sposób rozumienia ludzkiej psychiki, jej etiologii i sposobu rozwoju jak i pojęcie zdrowia oraz zaburzenia. Z tego paradygmatu wywodzą się konkretne techniki nakierowane na korektę błędów w rozwoju osobowości lub zachowania. W przypadku psychoterapii, podobnie jak w dziedzinach medycyny, niezbędne jest odwoływanie się do paradygmatów w celu uzasadnienia stosowanych technik i metod leczenia (np. medycyna wewnętrzna odwołuje się do zasad dotyczących powstawania komórek, metabolizmu, mutacji i apoptozy w celu uzasadnienia podejmowanych oddziaływań leczniczych – terapii lekowych, chirurgicznych interwencji, chemioterapii lub naświetlania. Podobnie ortopedia przy leczeniu stawów wykorzystuje techniki fizjoterapeutyczne, chiropraktykę, operacje czy stosuje leki). W psychoterapii, przy wykorzystaniu słów, dialogu i czynników wynikających z relacji międzyludzkich, aktywacji ulegają konkretne obszary w mózgu odpowiedzialne za procesy poznawcze i emocjonalne. Poprzez te procesy psychoterapia wpływa na korekcyjne doświadczenia, doprowadzając ostatecznie do pożądanых przez klienta, trwałych zmian w strukturach neuronalnych.

Każda forma psychoterapii odwołuje się u swoich podstaw do określonych teorii, z których wywodzą się techniki i narzędzia psychoterapeutyczne, których skuteczność z kolei może być sprawdzana badaniami. Bazując na teorii, wywodzącej się z niej wizji człowieka i jego psychiki oraz technikach terapeutycznych, nurty psychoterapeutyczne uzasadniają właściwy dla siebie sposób pracy. Poprzez badanie skuteczności poszczególnych interwencji, sprawdzeniu podlega również skuteczność samej koncepcji leżącej u ich podstaw.

Powyzsze wnioskowanie stanowi podwaliny badań porównawczych w zakresie skuteczności psychoterapii w ostatniej dekadzie. Do tego dołączył w USA, w latach 90 ubiegłego wieku, paradygmat *evidence-based medicine* (medycyny opartej na dowodach *EBM*), który z kolei wywodził się z narastającej ekonomizacji medycyny i służby zdrowia [10]. Ten paradygmat badawczy staje również coraz bardziej popularny w naszym kraju (*Szwajcarii*; przypis

tłumacza) wpływając niekorzystnie na badania w zakresie psychoterapii. Skutkiem jest wysyp badań na planie randomizowanej, kontrolnej próby (*randomized-controlled trial RCT* przypis tłumacza) . Badania te polegają na losowym przydzielaniu osób badanych do dwóch grup. Jedna grupa zostaje poddana oddziaływaniu, którego skuteczność badacz chce sprawdzić, druga grupa zostaje poddana innemu leczeniu lub działaniu placebo . Zakładano, że paradygmat terapii, którą została objęta grupa eksperymentalna jest bardziej „prawdziwy” niż paradygmat terapii grupy kontrolnej. Doprowadziło to do zredukowania psychoterapii do leżącej u jej podstaw teorii, bez uwzględnienia dodatkowych, niezwykle ważnych zmiennych jakimi jest np. relacja terapeutyczna, osobowość poszczególnych pacjentów, zespół objawów pacjenta, czas trwania objawów, wpływ czynników środowiskowych czy czynników związanych z osobowością terapeuty itd.

Obecne badania dotyczące psychoterapii zmierzają w stronę przypisywania specyficznym paradygmatom i wywodzącym się z nich specyficznych technik znacznie mniejszego znaczenia niż zakładają współczesne szkoły psychoterapii [11-14]. Nowsza publikacja wstępnych wyników badania *PAP-S* obejmująca pacjentów i terapeutów z niniejszego badania, potwierdza wyniki innych badań mówiących o niewielkim bezpośrednim wpływie koncepcji terapeutycznej na efekty psychoterapii [9]. Wydaje się, że obrany paradygmat ma wpływ pośredni, dyskretny , co opisano bardziej szczegółowo w dalszej części sprawozdania.

Z wyżej wymienionych powodów badanie *PAP-S* objęło analizą nagrania sesji terapeutycznych. Badanie *PAP-S* ma zadanie sprawdzenie znaczenia koncepcji terapeutycznych i wywodzących się z nich specyficznych technik terapeutycznych. Oczywiście prowadzenie terapii bez osadzenia w odpowiedniej teorii nie jest możliwe. Można by wtedy mówić o niespecyficznym (bo nie wywodzącym się z żadnej teorii) nawiązywaniu relacji pomiędzy terapeutą i pacjentem. Należałoby wtedy się zastanowić, jakie cele miałby terapeuta w swojej pracy, skoro nie wywodzi ich z żadnej określonej szkoły myślenia. Wykonanie analiz udostępnionych nagrań miało jeszcze jedną przyczynę: w statucie Szwajcarskiej Karty dla Psychoterapii (*Schweizer Charta für Psychotherapie*) zawarta jest funkcja zrzeszająca dla różnych koncepcji i metod pracy, opierających się na wspólnym naukowym założeniu, że poszczególne nurty w psychoterapii powinny udowadniać swoją skuteczność za pomocą badań . Stąd też zainteresowanie poszczególnych ośrodków sprawdzeniem czy ich sposoby pracy posiadają porównywalną do innych koncepcji skuteczność leczenia.

b. Biorące udział w badaniu ośrodki i ich sposoby leczenia

Jak wynika z ogólnych danych raportu końcowego, w badaniu *PAP-S* wzięło udział 10 ośrodków Szwajcarskiej Karty dla Psychoterapii (*Schweizer Charta für Psychotherapie*).. Terapeuci z tych ośrodków zadeklarowali, w różnej liczbie, gotowość, żeby w ramach badania pytać nowych pacjentów o zgodę na włączenie rozpoczynającego się procesu leczenia do badania *PAP-S*. Wiązało się to z koniecznością poddania się przez pacjentów badaniom za pomocą testów psychologicznych przed rozpoczęciem terapii, po jej

zakończeniu i po upływie roku od zakończenia terapii oraz pomiarom niektórych zmiennych w trakcie trwania procesu terapeutycznego (zmiennych dotyczących relacji terapeutycznej oraz jednego kwestionariusza końcowego OQ-45). Terapeuci zostali zapytani o zgodę na przeprowadzanie przez nich badań kwestionariuszowych, bieżącą ocenę toczącego się procesu (ocenę relacji terapeutycznej, subiektywną ocenę i spójności własnych interwencji z deklarowanym nurtem pracy) jak i regularne nagrywanie sesji terapeutycznych.

W badaniu wzięły udział niżej wymienione ośrodki:

- ASAT/SGTA)
- EGIS
- GLE
- IBP
- IPA
- ILE
- Psa
- SGAP
- SGABT/DÓK
- SVG

Nie udało się, pomimo usilnych starań, nakłonić do udziału w badaniu przedstawicieli takich znaczących nurtów terapeutycznych jak psychoterapia skoncentrowana na kliencie, terapia systemowa czy terapia behawioralna.

2. Próba ogólna

a. Terapeuci i pacjenci

W badaniu brało udział 81 terapeutów z 10 ośrodków reprezentujących różne nurty psychoterapeutyczne. Terapeuci ci, wprowadzili do badania *PAP-S* 379 pacjentów. Na jednego terapeutę przypadało średnio od 1 do 12 pacjentów . 25 z 81 terapeutów nie zdecydowało się na nagrywanie swoich sesji (30,9%),jednak aż 56 terapeutów wniosło do badania nagrane przez siebie spotkania z pacjentami (69,1%), co stanowi godny uznania odsetek. Z 379 osób badanych, udało się uzyskać ≥ 3 nagranych sesji dla 231 pacjentów (60,9%). Można podsumować, że większość wszystkich biorących udział w badaniu terapeutów wprowadziło do analiz trzy lub więcej nagrań sesji terapeutycznych.

Tabela 1. Liczba nagrań przypadających na jednego pacjenta (81 terapeutów, 349 pacjentów, 243 nagrań sesji terapeutycznych z czego 231 nagrań w liczbie ≥ 3 sesje).

Liczba sesji przypadających na pacjenta	N	Procent
Bez angrania	111	29,3
1 nagranie	2	0,5

2 nagrania	5	1,3
3 nagrania	113	29.8
4 nagrania	15	4.0
5 nagrań	6	1.6
6 nagrań	13	3.4
7 nagrań	6	1.6
8 nagrań	4	1.1
9 nagrań	4	1.1
10 nagrań	4	1.1
>10 nagrań	66	17.4
Brak danych	30	7,9

Tabela 1 podsumowuje ogólną liczbę wprowadzonych do badania pacjentów, nagranych i poddanych analizie sesji oraz liczbę nagranych sesji przypadających na jednego pacjenta. Biorące udział w badaniu ośrodki oraz współpracujący terapeuci zostali poproszeni o nagrywanie możliwie każdego biorącego udziału w badaniu pacjenta. Terapeuci zostali również proszeni o nagrywanie możliwie każdej sesji pacjentów z tych biorących udział w badaniu. Z całego zbioru nagrań, 3 sesje miały zostać wybrane losowo przez badaczy (możliwie jedną z pierwszego kwartału, jedną z drugiego kwartału i jedną z trzeciego kwartału pracy) i poddane analizie. Zabieg ten miał za zadanie kontrolowanie możliwości wpływu terapeutów na wybór sesji poddawanych obiektywnej analizie. Pozwoliłoby to na uniknięcie systematycznego błędu wynikającego z możliwości wpływu faktu nagrywania na pracę terapeutów, jeżeli ci mieliby świadomość, że akurat te sesje będą poddane ocenie. Nie można wykluczyć, że świadomość bycia nagrywanym i ocenianym wpływa nieświadomie na sposób zachowania i pracy terapeutów.

Niestety część terapeutów spełniło jedynie minimalny wymóg 3 nagranych sesji, stąd 66% nagrań obejmowało jedynie 3 lub mniej sesji. 31,8% terapeutów nie wyraziło w ogóle zgody na nagrywanie sesji. Nie można zatem wykluczyć wystąpienia systematycznego wpływu świadomości bycia ocenianym na zachowanie terapeutów w sesjach objętych nagraniami.

3. Wyniki analiz spójności interwencji terapeutycznych z deklarowaną koncepcją terapeutyczną

Szczegóły dotyczące kryteriów oceny otrzymanych nagrań zawarte są w głównym raporcie końcowym badania [2] oraz już opublikowanym podręczniku do analiz [15].

Dla dziewięciu ośrodków/nurtów terapeutycznych udało się obliczyć średnie. Instytut Logoterapii i Analizy Egzystencjalnej (*ILE*) przedstawił niestety tylko jedną nagraną sesję, pomimo że dwóch terapeutów z tego ośrodka wniosło do badania aż 12 procesów terapeutycznych. Dla większej czytelności wyników i ułatwienia analiz statystycznych, połączono wyniki uzyskane z *ILA* i *GLE*.

Raport katamnezy i analiza interwencji terapeutycznych i terapeutów Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Wykonano również zbiorcze analizy dla wyników transakcyjnych instytutów ASAT z francuskojęzycznej części Szwajcarii oraz SGTA z niemieckojęzycznej części Szwajcarii. Ze względu na niewielką liczebność procesów prowadzonych w ramach terapii psychoanalitycznych, połączono również wyniki pochodzące z Instytutów SGAP i od terapeutów psychoanalitycznych niezrzeszonych w żadnej organizacji. Połączenie tych wyników umożliwiło wykonanie statystycznych analiz dla psychoterapii określonej jako „psychoanalityczna”.

Pierwsze wyniki opublikowano w renomowanym międzynarodowym czasopiśmie *Psychotherapy Research* {9}. Publikację oparto na wynikach analiz 81 procesów terapeutycznych prowadzonych w ośmiu różnych koncepcjach terapeutycznych. Reprezentowane koncepcje obejmują w różnym stopniu specyficzne interwencje terapeutyczne: od 4,3% (terapię IPA) po 27,6% (terapię IBP).

Poniżej zostaną opisane wyniki analiz 134 procesów terapeutycznych, przeprowadzonych przez 51 terapeutów. Tabela 2 przedstawia liczbę terapeutów wraz z liczbą wprowadzonych do analiz pacjentów, przy uwzględnieniu ich przynależności instytucjonalnej i/lub koncepcyjnej.

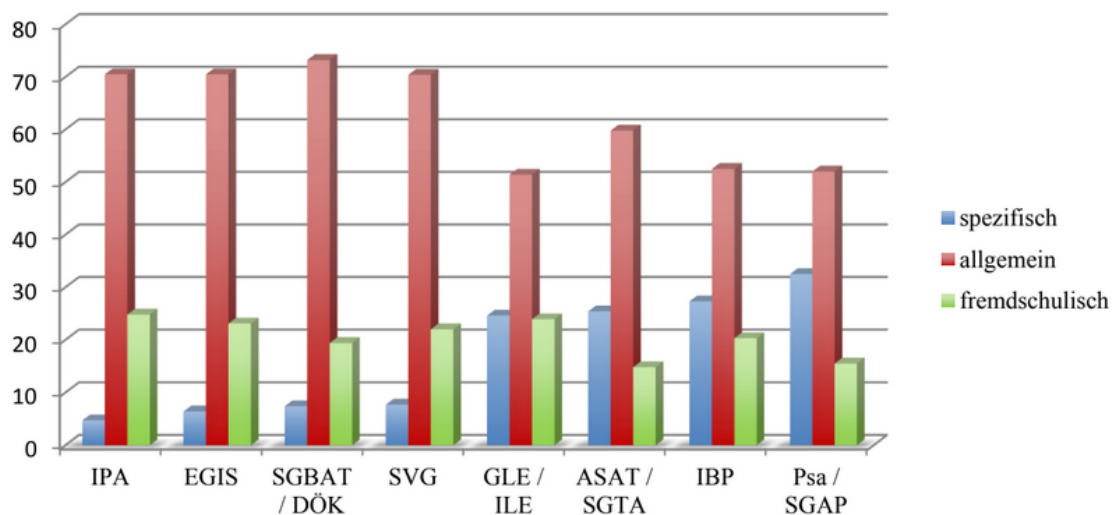
Tabela 2. Liczba terapeutów wraz z przypadającymi na nich liczbą pacjentów.

Koncepcja/organizacja	N terapeutów	N pacjentów
Bioenergetyczna analiza (SGBAT / DÖK)	6	14
Terapia sztuką i terapia wyrazu (EGIS)	4	12
Terapia Gestalt (SVG)	9	18
Integracyjna terapia ciała (IBP)	7	29
Instytut terapii procesowej (IPA)	7	24
Stowarzyszenie terapii egzystencjalnej i logoterapii (GLE) i Instytut terapii egzystencjalnej i logoterapii (ILE)	5	11
Psychoanaliza/Terapia analityczna (SGAP)	5	9
Analiza transakcyjna (ASAT/SGTA)	8	20
Suma	51	137

Liczba specyficznych interwencji terapeutycznych przynależnych do danej koncepcji różni się znacząco w zależności od nurtu psychoterapeutycznego. Jak pokazano w pierwotnych analizach [9] przeważają ogólne, niespecyficzne interwencje.

Wykres 1 pokazuje procentowy udział specyficznych technik, ogólnych technik i technik zaczerpniętych z innych nurtów przy podziale na poszczególne koncepcje/institucje.

Wykres 1 Procentowy udział specyficznych, ogólnych i pochodzących z innych nurtów technik terapeutycznych dla poszczególnych koncepcji terapeutycznych (SGBAT z DÖK; GLE z ILE; SGTA z ASAT, SGAP z Psa)



Kolor niebieski – interwencje specyficzne

Kolor czerwony - ogólne

Kolor zielony – zaczerpnięte z innych nurtów

Interwencje terapeutów *IPA* wskazują na najniższy udział specyficznych technik terapeutycznych, czyli wywodzących się bezpośrednio z deklarowanej koncepcji terapeutycznej (4,7%). Również niski odsetek specyficznych technik poniżej 10 % wykazano dla terapii prowadzonych w ramach instytutów/ nurtów *EGIS*, *SGBAT / DÖK* i *SVG*. Znacznie więcej specyficznych dla danego nurtu technik stosują instytuty *GLE / ILE* (24,6%), *ASAT / SGTA* (25,4%), *IBP* (27,3%) i *psychoanalityczne terapie/SGAP* (37,9%). Specyficzne i ogólne interwencje są ze sobą istotnie negatywnie skorelowane. Oznacza to, że im częściej terapeuta stosuje specyficzne dla swojego nurtu interwencje tym rzadziej sięga po ogólne, niespecyficzne interwencje. Odpowiednio nurty terapeutyczne charakteryzujące się przewagą specyficznych technik terapeutycznych wykorzystują ogólnie mniej ogólnych interwencji. Terapeuci koncepcji *GLE / ILE*, *IBP* i *Psa / SGAP* korzystają w ok. 50% z ogólnych, niespecyficznych interwencji, a terapeuci nurtów *IPA*, *EGIS*, *SGBAT / DÖK* i *SVG* w ok. 70%. Można jednak stwierdzić, że niezależnie od nurtu pracy, przeważają techniki niespecyficzne. Tym samym udało się potwierdzić na próbie 134 pacjentów wyniki pierwotnych analiz obejmujących 81 procesów terapeutycznych. Również zaczerpnięte od innych koncepcji techniki terapeutyczne stanowią znaczący odsetek wszystkich interwencji i sięgają od 10,4% (*Psa / SGAP*) do 24,8% (*IPA*).

Raport katamnezy i analiza interwencji terapeutycznych i terapeutów Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

Jak widać wbrew często czynionym w badaniach a priori i nie testowanemu założeniu [12], proces psychoterapii nie stanowi sztywnego odzwierciedlenia koncepcji terapeutycznych. Taki wniosek można oczywiście wysnuć na podstawie uzyskanych wyników jedynie dla opisanych w badaniu nurtów i nielicznej grupy terapeutów pochodzących z danych nurtów.

Skoro psychoterapeuci wywodzący się z różnych szkół terapeutycznych korzystają w zbliżonym stopniu z ogólnych technik terapeutycznych, nie dziwi występowanie w dotychczasowych badaniach nad psychoterapią tzw. paradoksu równoważności (również zwanym *Dodo Bird Verdict*), który stwierdza zbliżone końcowe efekty terapii, niezależnie od nurtu w którym pracuje terapeuta {11, 16, 18-19}. W części C tego raportu przedstawiono bardziej szczegółowo używane przez przedstawicieli poszczególnych nurtów terapeutycznych ogólne techniki terapeutyczne.

Nowsze badania sugerują że nie chodzi o samą w sobie koncepcję terapeutyczną, której używa terapeuta/ka ponieważ można jej i specyficznym dla niej technikom terapeutycznym przypisać jedynie 1%-15% ogólnej wariacji wyników psychoterapii [11, 18]. Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, większa część wariacji wyników jest tłumaczona osobowością pacjentów, tłem socjologicznym, bieżącymi wydarzeniami w trakcie trwania terapii (ok. 40%), jakością relacji terapeutycznej (ok. 30%) i efektem placebo (czyli niespecyficznym czynnikiem leczącym takim jak nadzieja, zaufanie (15%)).

Ponadto kompetencje terapeuty zdają się być kluczowe dla udanej/nieudanej terapii [13, 19-20].

Nawet jeżeli wyniki badania wskazują, że nieznaczną część interwencji stanowią interwencje specyficzne dla określonego nurtu terapeutycznego, nie należy wyciągać wniosków, że szkolenie psychoterapeutyczne w określonym nurcie jest zbędne.

Po pierwsze na podstawie naszych wyników można stwierdzić, że terapeuci wykazują dużą zmienność w zakresie wykorzystywania specyficznych dla danego nurtu technik terapeutycznych (*within therapist variation*). Zdarza się, że ten sam terapeuta w procesie terapeutycznym z tym samym pacjentem, znacząco się różni ze spotkania na spotkanie w zakresie używania specyficznych technik. W trakcie jednego spotkania terapeuta może posługiwać się wyłącznie specyficznymi technikami pracy, z kolei podczas kolejnego sięgać jedynie po ogólne, niespecyficzne techniki lub takie zaczerpnięte z innych nurtów terapeutycznych.

Po drugie ilościowe analizy liczby specyficznych interwencji nie stanowią automatycznie dowodu, że nurt pracy terapeuty nie jest istotny. Sytuacyjne dopasowanie specyficznych interwencji może być bardziej istotne niż np. częstotliwość ich używania. Ten aspekt pracy terapeutycznej powinien być związany z aspektem profesjonalizmu terapeutów i zostanie włączony do kolejnych analiz badania PAP-S.

D. Terapeutyczne interwencje Instytutu Terapii Procesowej

Ilościowym analizom można było poddać 22 z 60 opisów procesów terapeutycznych wprowadzonych do badań przez 7 terapeutów Instytutu IPA. Spośród 22 nagrań wybrano losowo 3 sesje, które zostały poddane analizom. 65 sesji zostało ocenionych przez odpowiednio przeszkolonych ekspertów, którzy po przebytych treningu wykazywali satysfakcjonujący poziom zbieżności ocen. Każdy proces terapeutyczny został oceniony przy uwzględnieniu takich samych kryteriów.

Biorący udział w badaniu terapeuci używali zaledwie w 4,7% technik specyficznych dla IPA. W 70,6% używali natomiast niespecyficznych, ogólnych technik terapeutycznych. 24,8% wszystkich interwencji stanowiły techniki zapożyczone z innych nurtów. Rozkład procentowy zapożyczeń z innych koncepcji terapeutycznych przedstawia tabela 3.

Tabela 1 przedstawia wartości bezwzględne dla częstości użycia technik zapożyczonych z innych nurtów przez terapeutów procesowych (IPA) w 22 procesach terapeutycznych (65 sesjach)

Tabela 1. Interwencje zaczerpnięte z innych nurtów przez terapeutki/terapeutów Instytutu Terapii Procesowej (IPA) (wartości bezwzględne z 65 sesji)

Nurt psychoterapii z którego dokonano zapożyczenia	Liczba interwencji	Procent
Psychoanaliza, terapia analityczna	332	35,0
Terapia Gestalt	166	17,5
Terapia skoncentrowana na kliencie	133	14,00
Analiza bioenergetyczna	112	11,8
Integracyjna Psychoterapia ciała	99	10,4
Terapia egzystencjalna i logoterapia	29	3,1
Terapia behawioralna	29	3,1
Terapia systemowa	25	2,6
Terapia sztuką i psychoterapia skoncentrowana na sposobie wyrazu	17	1,8
Analiza transakcyjna	6	0,6
	948	

Okazuje się, że interwencje *psychodynamiczne* stanowią najliczniejszą grupę „zapożyczonych” interwencji. Na kolejnym miejscu są techniki z nurtów *Gestalt*, *Terapii skoncentrowanej na kliencie*, *Bioenergetycznej analizy* i *Integracyjnej terapii z ciałem*. Jeżeli

Raport katamnezy i analiza interwencji terapeutycznych i terapeutów Instytutu Terapii Procesowej (IPA)

terapeuci procesowi używają technik innych nurtów, zdecydowanie najczęściej sięgają po techniki wywodzące się z nurtów *psychodynamicznych*. 35% interwencji zapożyczonych stanowią interwencje pochodzące z nurtów *Terapii skoncentrowanej na kliencie*, *Terapii behawioralnej* i *Terapii systemowej*. Biorący udział w badaniu terapeuci IPA stosowali w 5% techniki specyficzne dla terapii procesowej, a w 20% techniki pochodzące z innych nurtów (z czego 35% pochodziło z nurtów *psychodynamicznych*. Przeliczając w proporcji do ogólnej liczby specyficznych interwencji, techniki *psychodynamiczne* stanowiły 8,7% czyli porównywalny odsetek interwencji stanowiły interwencje *psychodynamiczne* i interwencje specyficzne dla *terapii procesowej*). W przeważającej mierze terapeuci stosowali jednak techniki niespecyficzne, wspólne dla wszystkich nurtów psychoterapii.

E. Ogólne i specyficzne interwencje – szczegółowa analiza na przykładzie 92 pacjentów.

Poniższy opis stanowi wgląd w szczegóły procesu oceny sesji terapeutycznych [15], na podstawie którego wysnuto dalsze wnioski. Ponadto poniższy fragment raportu pokazuje precyzyjnie, na jak podobnych i niewielkiej liczbie technik koncentrują się terapeuci z różnych nurtów podczas swojej pracy terapeutycznej.

Przedstawione wyniki obejmują analizy 422 sesji terapeutycznych z 92 różnymi pacjentami/pacjentkami, przeprowadzonymi przez 42 terapeutów/ terapeutki (szczegółowy rozkład zmiennych pokazuje tabela 1). Średnio na jednej sesji terapeuci przeprowadzali 43 interwencje (SD = 17.7; Min. 8;Max. 173) tzn. nieco mniej niż jedna interwencja na minutę.

Analizy objęły w sumie 18.542 interwencji w trakcie 342,5 godzin psychoterapii. 18,2% interwencji stanowiły te pochodzące z terapii transakcyjnych (*ASAT* i *SGTA*), 21,8% z terapii procesowych (*IPA*, wcześniejsza nazwa *FGPOP*), 14,8% terapie Gestalt (*SVG*), 17,8% integracyjna terapia ciała i psychiki (*IBP*), 2,6% egzystencjalno – analityczno-logoterapeutyczne nurty (*GLE*), 9,1% terapie sztuką i terapie bazujące na wyrażaniu (*EGIS*), 3,3% terapie psychoanalityczne (*Psa*), 1,2% terapie analityczne wg C.G. Junga (*SGAP*) i 11,1% bioenergetyczne analizy (*GBAT* i *DÖK*).

10 najczęstszych interwencji (dwie z nich stanowiły interwencje ogólne, pięć można zaklasyfikować jako ogólne i specyficzne, a trzy to metody specyficzne) stanowią 67% wszystkich analizowanych interwencji. 10 najdłuższych interwencji (obejmujące te same kategorie interwencji) wypełniało 71 % czasu (patrz lewa kolumna Tabeli 2). Interwencje używane najczęściej i te najdłuższe obejmują te same kategorie interwencji. Procentowy udział poszczególnych kategorii różni się nieznacznie jedynie dla najmniejszych częstości (czyli rzadziej występujące, mniej zajmowanego czasu) (Tabela 2).

Interwencje dłuższe niż dwie minuty czyli przekraczające typową długość, miały miejsce:

- W trakcie niemalże wszystkich sesji (N = 416 z 422; w sumie 2542 interwałów na 18 542, pomiędzy 1 – 12razy na sesji)
- W pracy wszystkich terapeutów/terapeutek (pomiędzy 17, a 231 razy)

- W odniesieniu do wszystkich pacjentów/pacjentek (pomiędzy 1, a 110 razy)

10 najczęstszych interwencji pociągających za sobą interwały przekraczające 2 minuty przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wartości procentowe najczęstszych i najbardziej czasochłonnnych kategorii interwencji (w procentach)

10 najczęstszych kategorii interwencji			%	10 interwencji angażujących najwięcej czasu		
1	55	Klaryfikacja, dopytanie (ogólna, GLE, Psa)	15,02	55	Klaryfikacja, dopytanie (ogólna, GLE, Psa)	21,71
2	52	Przekazanie informacji (ogólna, IBP)	11,26	52	Przekazanie informacji (ogólna, IBP)	13,35
3	46	Wsparcie (ogólna, TA)	10,88	46	Wsparcie (ogólna, TA)	8,89
4	30	Pogłębienie wglądu w problemowe zachowanie (ogólna, GLE)	7,91	30	Pogłębienie wglądu w problemowe zachowanie (ogólna, GLE)	7,51
5	31	Empatia (ogólna, GLE)	6,12	31	Empatia (ogólna, GLE)	4,83
6	60	Konfrontacja (psa)	4,81	60	Konfrontacja (psa)	3,56
7	19	Przekierowanie uwagi na aktualnie przeżywane emocje (ogólna, Gestalt)	3,84	27	Przekierowanie uwagi na aktualnie przeżywane emocje (ogólna, Gestalt)	2,95
8	27	Interpretacje (Psa)	3,68	19	Interpretacje (Psa)	2,91
9	8	Praca nad subiektywnym przeżyciem/odczuciem (ogólna)	3,34	56	Praca nad subiektywnym przeżyciem/odczuciem (ogólna)	2,91
10	56	Uświadomienie odczuć z ciała (Gestalt, IBP, SGBAT)	2,25	8	Uświadomienie odczuć z ciała (Gestalt, IBP, SGBAT)	2,62
Suma Procent wszystkich interwencji			67,11	71,05		

Jeżeli jednak uwzględnimy interwencje, które pociągały za sobą najdłuższe odstępy czasowe do kolejnych interwencji, wówczas inne kategorie uplasują się wyżej. Należą do nich wyłącznie interwencje specyficzne, przy czym uwzględniano jedynie interwencje występujące nie rzadziej niż 10 razy, tzn. prawdopodobieństwo ich wystąpienia przekraczało 0,05%.

Tabela 2. 10 interwencji pociągających za sobą najdłuższe odstępy czasowe do kolejnej interwencji.

Nr kategorii		Rodzaj interwencji	Średni czas trwania interwencji
1	62	Przejęcie odpowiedzialności twórczo – estetycznej (EGIS)	00:04:00
2	33	Omówienie technik relaksacyjnych (IBP, VT)	00:03:53
3	58	Praca z ciałem (SGBAT)	00:02:32
4	14	Praca twórcza, wzmagająca kreatywność (EGIS, SGAP)	00:02:17
5	25	Praca z charakterem i stylem obronnym (IBP)	00:02:01
6	77	Techniki samopomocy (IBP)	00:01:52
7	56	Zwiększanie świadomości ciała (Gestalt, IBP, SGBAT)	00:01:49
7	91	Pytania o różnicę (Systemowa szkoła)	00:01:49
9	11	Praca na materiale przedświadomym (Psa)	00:01:43
10	67	Tworzenie nowych znaczeń (EGIS)	00:01:41

Wyniki pokazują, że szczególnie terapie kreatywne (*EGIS*) i/lub nurty pracujące z ciałem (*SVG*, *IBP*, *SGBAT*) wykorzystują techniki obejmujące najwięcej czasu podczas sesji terapeutycznych. Interwencje ogólne nie należą do interwencji zajmujących najwięcej czasu, pomimo że mają największy procentowy udział pośród wszystkich stosowanych interwencji.