

Lech Kalita

Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych

Czym są psychoterapie psychoanalityczne

Psychoterapia psychoanalityczna jest jedną ze współcześnie stosowanych metod psychoterapeutycznych. Pochodzi od klasycznej psychoanalizy, czyli pierwszej metody „leczenia rozmową”, stworzonej przez Zygmunta Freuda na przełomie XIX i XX wieku. Współczesne psychoterapie psychoanalityczne stanowią szeroką rodzinę podejść terapeutycznych (np. długoterminowe terapie psychoanalityczne o różnym stopniu intensywności, mniej intensywne terapie psychoanalityczne czy psychodynamiczne, krótkoterminowe psychoterapie czy nawet poparte podręcznikami tzw. „protokoły terapeutyczne”, jednak dwie najważniejsze cechy wspólne pozwalają zaliczyć je do jednej grupy. Są to: 1) uznanie istnienia treści nieświadomych 2) skupienie pracy klinicznej na rozumieniu i badaniu treści nieświadomych podczas spotkania pacjenta z terapeutą (Frosh, 2012).

Terapie psychoanalityczne opierają się na złożonym systemie teorii dotyczących dynamicznej nieświadomości; seksualności i bliskich związków; popędów i potrzeb relacyjnych; rozwoju człowieka; mechanizmów obronnych i struktury umysłu. Niezależnie od szczegółowych różnic w orientacjach teoretycznych, terapeuci psychoanalityczni posługują się jednolitą techniką pracy, obejmującą: skupienie na afekcie; badanie sposobów wyrażania niewygodnych myśli i uczuć; określanie nawracających wątków i uczuć; omawianie przeszłych doświadczeń z perspektywy rozwojowej; skupienie na relacjach interpersonalnych; skupienie na relacji terapeutycznej (Blagys i Hilsenroth, 2000). Na poziomie techniki pracy psychoterapie psychoanalityczne wydają się tworzyć względnie jednorodny sposób postępowania klinicznego.

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

psychodynamiczne”¹.

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

Ogólne uwagi na temat badania skuteczności psychoterapii

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

Jakie są zatem „zamierzone efekty” w przypadku psychoterapii? Odpowiedź na to pytanie jest bardziej złożona, niż może się to zdawać. Zamierzony efekt psychoterapii okazuje się zależny

1 Fonagy, psychoanalityk zajmujący się badaniem skuteczności psychoterapii używa ogólnego terminu „terapia psychodynamiczna”, którą definiuje jako „postawę otwartości wobec ludzkiej subiektywności, skoncentrowaną na rozumieniu zależności między różnymi aspektami relacji jednostki ze środowiskiem wewnętrznym i zewnętrznym”. W swoich pracach stawia znak równości między „psychoanalizą” (klasyczną terapią na kozetce, 4-5 razy w tygodniu) a „intensywną, długoterminową terapią psychodynamiczną” (2015, s. 139). Leichsenring i Rabung, autorzy jednej z obszerniejszych meta-analiz skuteczności długoterminowych psychoterapii psychodynamicznych/psychoanalitycznych, w podobnym duchu deklaruje, że podczas doboru badań do analiz uwzględniali terapie opisane jako: „psychodynamiczne”, „dynamiczne”, „psychoanalityczne”, „skupione na przeniesieniu” (2008, s. 1552). Zaznaczam wyraźnie tę perspektywę ze względu na specyficzną dla polskiego środowiska terapeutycznego tendencję do podkreślania różnic między podejściem „psychodynamicznym” i „psychoanalitycznym”. Nie negując niuansów klinicznych, uzasadniających różnicowanie tych perspektyw, w tym artykule zgodnie z globalnym trendem zaliczam je do jednej kategorii.

od wielu czynników (zob. np. Leiper i Maltby, 2004). Po pierwsze, określona perspektywa może zmieniać wizję zamierzonego efektu: pacjent może szukać ulgi od cierpienia, terapeuta realizować w dobrej wierze własną wizję leczenia, rodzina pacjenta może chcieć, żeby pacjent stał się przyjemniejszy w obyciu, a płatnik, by terapia trwała jak najkrócej. Dobrego przykładu rozbieżności perspektyw ujmowania zamierzonego efektu psychoterapii dostarcza terapia adolescentów.

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

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

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

W badaniach nad skutecznością psychoterapii najczęściej przyjmuje się wizję zamierzonych efektów opartą na ilościowym badaniu perspektywy objawowej. Powyższe akapity pokazują, iż nie jest to jedyny możliwy sposób ujmowania skuteczności psychoterapii, jednak rozważania nad skutecznością psychoterapii psychoanalitycznej bez wątplenia trzeba osadzić właśnie w tym najpowszechniejszym kontekście. Warto jednak wskazać na poważne ograniczenia ilościowego badania zmian objawowych. Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii obciążone są heterogenicznością badanych grup, różnicami w wykształceniu i umiejętnościach terapeutów oraz różnorodnością środowisk klinicznych. Wśród badaczy nie ma zgody co do adekwatnych sposobów konceptualizowania i mierzenia skuteczności poszczególnych psychoterapii. Przegląd badań nad skutecznością psychoterapii wskazuje, iż użyto w nich ponad 800 narzędzi pomiaru, przy czym najczęstsze z nich – Skala Depresji Becka – pojawia się zaledwie w 8% projektów (Sadock, Sadock i Ruiz, 2009). Tak ogromna liczba stosowanych metod pokazuje, że ich dobór zależny jest od

punktu widzenia badacza oraz że narzędzia pomiaru skuteczności mają różną jakość psychometryczną.

Ogólne wnioski ze współczesnych badań nad skutecznością psychoterapii wskazują, iż terapie psychologiczne pozwalają skutecznie leczyć zaburzenia psychiczne. Psychoterapia – zarówno osobno, jak i w połączeniu z farmakoterapią – jest skuteczniejsza niż placebo, zaś psychoterapie są przynajmniej równie skuteczne co farmakoterapie, mogą też wzmacniać korzystny efekt farmakoterapii (np. Smith, Glass, Miller, 1980; Lipsey i Wilson, 1993; Norcross i Wampold, 2011; Huhn i in., 2014;.).

Obecnie toczy się debata na temat tego, czy istnieją mniej i bardziej skuteczne podejścia psychoterapeutyczne. Zwolennicy koncepcji wspólnych czynników leczących we wszystkich psychoterapiach przedstawiają wyniki badań, z których wynika, że modalność terapeutyczna miałaby odpowiadać jedynie za 8% wielkości efektu², zaś czynniki wspólne – za 70% (Wampold, 2001). Przeciwnicy tego poglądu odwołują się do wyników badań skuteczności poszczególnych podejść terapeutycznych i wskazują na różnice między nimi bądź na brak badań skuteczności niektórych rodzajów psychoterapii. Psychoterapia psychoanalityczna obecnie dysponuje licznymi naukowymi dowodami na rzecz swojej skuteczności także w tym drugim ujęciu, akcentującym potrzebę zgłębiania siły skuteczności poszczególnych rodzajów leczenia, a nie psychoterapii ogólnie. Należy jednak przyznać, że baza dowodów powstaje od stosunkowo niedawna.

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

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

2

Wielkość efektu – ilościowa miara siły zjawiska (np. różnica między grupą kontrolną a grupą eksperymentalną) obliczana na podstawie zgromadzonych danych. Wielkość efektu (*d* Cohena) w zakresie 0.2 do 0.3 może oznaczać "małą" wielkość efektu, około 0.5 oznacza "średnią", a od 0.8 oznacza "dużą" wielkość efektu, przy czym *d* Cohena może osiągać wartości większe od jedności.

Publikacje systematyzujące i przeglądy badań

Brytyjski psychoanalityk, Peter Fonagy, jest redaktorem jednej z najważniejszych publikacji poświęconych badaniom skuteczności terapii psychoanalitycznych. Publikacja zatytułowana *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (2002) zawiera przegląd wyników ponad 80 projektów badawczych dotyczących skuteczności psychoanalizy (26) i psychoterapii psychoanalitycznej (55). Autor we wstępie stwierdza: „To prawda, że psychoanalityczne badania empiryczne rozpoczęły się później, niż w przypadku wielu innych szkół. Jednak nie sposób ignorować faktu, że tam, gdzie sprawiedliwie i adekwatnie oceniano skuteczność tej metody, osiągała ona efekty porównywalne z innymi podejściami terapeutycznymi” (2002, s. ix).

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

Sandell i in. (2000) przedstawili wyniki badania skuteczności psychoanalizy i psychoterapii psychoanalitycznej, realizowanego od 1988 w Szwecji. Projekt opierał się na badaniu kohortowym, obejmującym 765 osób (z których 418 wypełniło wszystkie kwestionariusze). Badano osoby korzystające z długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej (331 osób w terapiach trwających min. 3 lata, 1-2 sesje w tygodniu), psychoanalizy (74 osoby w analizach trwających min. 3 lata, 4-5 sesji w tygodniu) i krótkoterminowej terapii psychoanalitycznej (tutaj grupa osób badanych okazała się zbyt mała, by wyciągać statystycznie istotne wnioski – 13 osób).

W momencie ukończenia terapii wśród badanych we wszystkich grupach wystąpiła istotna zmiana w zakresie objawów psychopatologii mierzonych za pomocą kwestionariusza SCL-90. Pacjenci rozpoczęli leczenie z średnim nasileniem wskaźnika ogólnego (GSI – *general severity index*) na poziomie 1.1 (według norm referencyjnych oznaczającym psychopatię), natomiast w chwili zakończenia leczenia ów wskaźnik średnio wynosił 0.8 (według norm referencyjnych – norma kliniczna). Po 3 latach od zakończenia terapii nastąpiła dalsza redukcja wskaźnika, do 0.4 w przypadku psychoanalizy i do 0.8 w przypadku długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej. Wielkość efektu w przypadku psychoanalizy wyniosła 1.55, w przypadku długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej – 0.6.

Przegląd proponowany przez Fonagy'ego pozwala zapoznać się ze szczegółami ponad 80 szeroko zakrojonych projektów badawczych o zasięgu podobnym do przytoczonego przykładu. Stanowią one solidną podstawę dociekań w zakresie skuteczności terapii psychoanalitycznych.

Najbardziej aktualnym suplementem do przedstawionej wyżej pracy Fonagy'ego jest artykuł

opublikowany w *World Psychiatry* (Fonagy, 2015). Fonagy uwzględnia wyniki badań prowadzonych w kolejnej dekadzie, uwypuklając wnioski z meta-analiz i badań typu RCT (którym poświęcę kolejne akapity). Zauważa, że „w porównaniu z grupami kontrolnymi (lista oczekująca, placebo, niespecyficzna pomoc psychologiczna) terapie psychodynamiczne zazwyczaj okazują się skutecznym podejściem w leczeniu depresji, zaburzeń odżywiania i zaburzeń psychosomatycznych (...). Najsilniejsze dowody dotyczą skuteczności długoterminowych psychoterapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń osobowości, zwłaszcza zaburzenia osobowości typu borderline (...)”. Fonagy zaleca, by „konserwatywną strategię porównywania heterogenicznych grup psychoterapii [zastąpić] (...) korzystaniem z osiągnięć neuropsychologii i neurobiologii i twórczo zgłębiać wartość (...) łączenia specyficznych elementów leczenia w celu dotarcia do problemów indywidualnych pacjentów” (Fonagy, 2015).

Obok prac Fonagy'ego warto wymienić też opracowany przez Maat i współpracowników (2009) systematyczny przegląd badań poświęconych skuteczności długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej. Matt przyjrzała się wynikom 27 badań, obejmujących łącznie 5063 pacjentów. Zarówno w przypadku umiarkowanych, jak i głębokich zaburzeń wielkość efektu wynosiła średnio 0.78 w momencie zakończenia terapii i 0.94 w badaniach typu follow-up. Matt wnioskuje, iż zgromadzone przez nią dane „pokazują, iż długoterminowa psychoterapia psychoanalityczna jest skutecznym leczeniem szerokiego spektrum patologii”.

Obok wymienionych publikacji w ostatnich latach powstaje coraz więcej prac przeglądowych i systematyzujących (zob. np. Shedler, 2010; Gaskin, 2014; Leichsenring i Klein, 2014), gromadzących i upowszechniających dowody na rzecz skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych.

Badania typu RCT i meta-analizy

We współczesnych badaniach skuteczności leczenia za najwyższy możliwy standard uznaje się randomizowane, kontrolowane badania (ang. RCT – *randomized controlled trials*). Osoby badane losowo przydzielają się do jednej z grup otrzymujących leczenie lub do grupy kontrolnej (placebo lub kolejka oczekujących). Pozostałe warunki pozostają jednakowe dla wszystkich badanych, niezależnie od przydziału do grupy. Celem takiego postępowania jest określenie relacji przyczynowo-skutkowej i wskazanie wyizolowanych efektów danego sposobu leczenia.

Przykładem podejścia RCT może być projekt grupy badaczy z Helsinek (Knekt i in., 2008). Badanie objęło 326 pacjentów, przydzielanych w losowy sposób do grup terapeutycznych i grupy

kontrolnej. W grupach terapeutycznych proponowano trzy metody leczenia: terapię skoncentrowaną na rozwiązaniu (TSR, ok. 10 sesji w ciągu 8 miesięcy), krótkoterminową terapię psychodynamiczną (KTP, ok. 20 sesji w 6 miesięcy) oraz długoterminową terapię psychoanalityczną (DTP, ok. 230 sesji w 31 miesięcy). Badanie nasilenia objawów depresyjnych (mierzonych skalą Becka) prowadzono w 3, 7, 9, 18, 24 i 36 miesiącu od rozpoczęcia terapii u wszystkich pacjentów niezależnie od przydziału do grupy (a więc w niektórych grupach terapeutycznych także długo po zakończeniu leczenia). We wszystkich grupach terapeutycznych odnotowano wysoką wielkość efektu: od 0.8 do 1,5. W pierwszym roku od rozpoczęcia terapii w grupach TSR i KTP objawy depresyjne złagodniały istotnie silniej niż w przypadku DTP, w drugim roku – różnice wyrównały się, zaś w trzecim – w grupie DTP redukcja objawów okazała się istotnie skuteczniejsza niż w dwóch pozostałych.

W ostatnich piętnastu latach powstało wiele badań typu RCT, podnoszących rangę empirycznych dowodów na rzecz skuteczności terapii psychoanalitycznych. Wzrost liczby badań o zbliżonej konstrukcji metodologicznej pozwolił na przeprowadzenie meta-analiz, czyli porównywanie ze sobą wyników poszczególnych badań RCT i sformułowanie na ich podstawie ogólniejszych wniosków. Meta-analizy badań RCT to jedne z najsilniejszych dostępnych dowodów empirycznych w obszarze metodologii ilościowej i perspektywy objawowej. Najobszerniejsze i najdokładniejsze metodologicznie meta-analizy dotyczące skuteczności psychoterapii psychoanalitycznych przedstawili np. Leichsenring (2001; wykazano brak istotnych różnic w wielkości terapeutycznego efektu między krótkoterminową terapią psychodynamiczną a terapią behawioralno-poznawczą i behawioralną), Leichsenring, Rabung i Leibing (2004; wykazano, że wielkość efektu krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej wynosi od 0.8 do 1.39), Cujipers i in. (2008; wykazano brak różnic między podejściem psychoanalitycznym a innymi podejściami w leczeniu depresji), czy Leichsenring i Rabung (2008). Ogólnie rzecz ujmując, wyniki meta-analiz potwierdzają, iż psychoterapie psychoanalityczne są skutecznym sposobem leczenia o średniej lub dużej wartości efektu. Dla przykładu można przytoczyć wyniki ostatniej z wymienionych prac.

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

Meta-analiza wykazała, że DTP okazała się istotnie skuteczniejsza niż krótsze psychoterapie w obszarze „ogólnej skuteczności”, „rozwiązywania kluczowych problemów” i „funkcjonowania osobowości”. Po ukończeniu DTP średnio 96% pacjentów z głębokimi zaburzeniami (zaburzeniami

chronicznymi i łączonymi) doświadczało słabszych objawów niż w grupie kontrolnej (czyli po ukończeniu krótszych terapii). W podgrupie 274 pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe i depresyjne wielkość efektu DTP wyniosła od 0.99 do 1.3.

Dyskusja

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

Wydaje się jednak, że istnieją dodatkowe, bardziej złożone powody trudności w badaniu skuteczności leczenia psychoanalitycznego. Definicja skuteczności, jak zaznaczyłem wyżej, wymaga określenia zamierzonych efektów. W przypadku terapii psychoanalitycznych formułowano bardzo różne koncepcje celu leczenia, jak np. stosunkowo nieskrępowana zdolność do osiągnięć i do radości; osiągnięcie genitalności; przystosowanie do rzeczywistości; rozwinięcie samodzielnego funkcjonowania ego; zdolność do stabilnych relacji z obiektem; pragnienie rodzicielstwa; cieszenie się zdrowym narcyzmem (za: McDougall, 2014;) łagodzenie rozszczepień; rozwój prawdziwego self; konstruowanie lepszych narracji; konfrontacja z ograniczeniami pragnień (za: Frosh, 2011); i tak dalej.

Mimo tej mnogości wariantów celu psychoterapii ogólnie można powiedzieć, że cechą specyficzną dla podejścia psychoanalitycznego jest przesunięcie akcentu z redukcji objawów na proces zmiany psychicznej. Każda z przytoczonych wersji wydaje się na swój sposób akcentować znaczenie zakresu i stabilności zmiany psychicznej. Specyficzna dla terapii psychoanalitycznych koncentracja na przeniesieniu i powtarzalności sesji terapeutycznych pozwala badać zakres i stabilność zmiany na żywo w sytuacji klinicznej, a dialog z pacjentem pozwala na bieżąco sprawdzać i omawiać możliwy zakres dalszej zmiany. Próby badania tak rozumianego pojęcia skuteczności wymagają zmian zarówno w zakresie metodologii (uzupełnienie badań jakościowych podejściem ilościowym) jak i obiektu badań (skupienie na procesie zmiany psychicznej, nie tylko

na redukcji objawów). Obecnie powstaje coraz więcej prób tego rodzaju dociekań, np. Nilson i in., 2007 – jakościowe badanie procesu zmiany z perspektywy pacjenta; Bucci (2007) – badania „procesu referencyjnego”, aktywującego różne poziomy świadomości i różne obszary mózgu podczas sesji terapeutycznej; Gullestad i in., (2013) – związki między zdolnością do mentalizowania a możliwością korzystania z terapii zaburzeń osobowości. Być może tego rodzaju podejście stanowi – obok zalecanego przez Fonagy'ego wykorzystania osiągnięć neurobiologii – najbardziej twórczy i rozwojowy kierunek badań nad skutecznością psychoterapii.

Bibliografia

Blagys, M., Hilsenroth, M. (2000). Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7: 167-188.

Bucci, W. (2007). Four Domains Of Experience In The Therapeutic Discourse. *Psychoanalytic Inquiry*, 27, 617-639

Cuijpers, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76: 909-922

Fonagy, P. (red.). (2002). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Londyn: IPA

Fonagy, P. (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*, 14 (2): 137-150.

Frosh, S. (2011). *Psychoanaliza. Za i przeciw*. Przeł. D. Golec, L. Kalita, M. Lipińska. Warszawa: Ingenium.

Frosh, S. (2012). *A brief introduction to psychoanalytic theory*. London: Palgrave.

Gaskin, C. (2014). *The effectiveness of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy: A literature review of recent international and Australian research*. Melbourne: PACFA

Gullestad, F. (2013). Mentalization as a moderator of treatment effects: findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*. 23 (6): 674-89

Huhn, M., i in. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric

disorders: a systematic overview of meta-analyses. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 71 (6): 706-715

Knekt, P. (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 38 (5):689-703

Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioural therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21: 401-419.

Leichsenring, F., Rabung, S., Leibing, E. (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300: 1551-1565

Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*. 300(13): 1551-1565.

Leichsenring, F., Klein, S (2014). Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28: 4-32.

Leiper, R., Maltby, M. (2004). Sage Therapeutic Change Series: The psychodynamic approach to therapeutic change. London: SAGE

Lipsey, M., Wilson, D. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist* 48 (12): 1181-1209.

McDougall, J. (2014). *Wiele twarzy erosa*. Przeł. L. Kalita, M. Lipińska. Warszawa: Ingenium

Nilsson, T. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17 (5), 553-566

Norcross, J., Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chic)*. 48 (1): 98-102

Sadock, B., Sadock, V., Ruiz, P. (2009). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Handbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *International Journal of Psychoanalysis*. 81(5): 921-942

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65: 98-109.

Smith M., Glass, G., Miller, T. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates