

## SKUTECZNOŚĆ TERAPII PSYCHODYNAMICZNEJ

**Jonathan Shedler** *University of Colorado Denver School of Medicine*

Tekst ukazał się w *American Psychologist*. Tom 65 (2), Luty – Marzec 2010, s. 98-109

Oryginał dostępny pod adresem:

<http://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-shedler.pdf>

Z angielskiego przetłumaczył: Grzegorz Andreasik ([grzegorz\\_andreasik@yahoo.co.uk](mailto:grzegorz_andreasik@yahoo.co.uk))

*Dowody empiryczne potwierdzają skuteczność terapii psychodynamicznej. Wielkości efektu<sup>1</sup> dla terapii psychodynamicznej są takie same jak te opisane dla innych terapii, aktywnie promowanych, jako „potwierdzone empirycznie” i „oparte na dowodach”. Ponadto, pacjenci, którzy przebyli terapię psychodynamiczną zachowują zyski terapeutyczne i wygląda na to, że polepsza im się także po zakończeniu terapii. W końcu, terapie nie-psychodynamiczne mogą być skuteczne częściowo dlatego, że co bardziej zdolni praktycy wykorzystują techniki, które od dawna były zasadnicze dla teorii i praktyki psychodynamicznej. Stwierdzenie, że podejściom psychodynamicznym brak wsparcia empirycznego nie zgadza się z dostępnymi dowodami naukowymi i może wskazywać na selektywne rozpowszechnianie rezultatów badań naukowych.*

W pewnych kręgach istnieje przekonanie, że konceptom i kuracjom psychodynamicznym brak wsparcia empirycznego lub, że dowody naukowe wskazują, iż inne formy leczenia są bardziej efektywne. Przekonanie to wydaje się żyć swoim własnym życiem. Akademy powtarzają je jeden drugiemu, podobnie jak zarządzający opieką zdrowotną, a także osoby ta politykę tworzącą. Z każdym powtórzeniem pozorna wiarygodność tego stwierdzenia rośnie. W pewnym momencie, wydaje się, że istnieje mała potrzeba podważenia, bądź sprawdzenia go, gdyż „każdy wie, że tak jest”.

Dowody naukowe mówią co innego: Znacząca ilość badań potwierdza skuteczność i efektywność terapii psychodynamicznej. Rozbieżność pomiędzy odbiorem, a dowodami, może być częściowo spowodowana uprzedzeniami w rozpowszechnianiu wyników badań. Jednym z potencjalnych powodów tego uprzedzenia może być utrzymująca się w obszarze zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym niechęć do dawnej arogancji i autorytetu psychoanalityków. W minionych dekadach amerykańska psychoanaliza była zdominowana przez zhierarchizowany establishment medyczny, który odmawiał szkolenia nie-lekarzy i przyjął lekceważący stosunek do badań naukowych. Postawa taka nie zjednała sobie kręgów akademickich. Kiedy pojawiły się badania potwierdzające skuteczność kuracji innych niż psychodynamiczna, wielu naukowców przyjęło je entuzjastycznie i chętnie je omawiali oraz rozpowszechniali. Gdy dowody empiryczne potwierdzały teorie i kuracje psychodynamiczne, często były pomijane.

---

<sup>1</sup> wielkość efektu [effect size] - statystyczna miara siły związku między dwiema zmiennymi. (omówienie w j. ang.: [http://en.wikipedia.org/wiki/Effect\\_size](http://en.wikipedia.org/wiki/Effect_size)) [przyj. tłum.]

Niniejszy artykuł podsumowuje doniesienia z kilku prac empirycznych, traktujących o skuteczności leczenia psychodynamicznego. Na początku wymieniam charakterystyczne cechy terapii psychodynamicznej. Następnie dokonuję przeglądu dowodów empirycznych na skuteczność leczenia psychodynamicznego, włączając dowody na to, że pacjenci poddani terapii psychodynamicznej nie tylko utrzymują korzyści terapeutyczne, ale poprawa wciąż trwa z biegiem czasu. Na końcu biorę pod uwagę dowody, że psychoterapie nie-psychodynamiczne mogą być skuteczne częściowo dlatego, że zdolniejsi praktycy wykorzystują interwencje, które od dawna były zasadnicze dla teorii i praktyki psychodynamicznej.

## Charakterystyczne cechy Techniki Psychodynamicznej

Pojęcia *psychoterapia psychodynamiczna* bądź *psychoanalityczna*<sup>2</sup> odnoszą się do spektrum kuracji opartych na psychoanalitycznych konceptach i metodach, zakładających rzadsze spotkania i mogących trwać krócej, niż ma to miejsce w psychoanalizie właściwej. Częstotliwość sesji to zazwyczaj raz lub dwa w tygodniu, a czas trwania leczenia może być z góry określony lub nie. Istotą terapii psychodynamicznej jest eksploracja tych aspektów ja [self], które nie są w pełni poznane, szczególnie kiedy przejawiają się w relacji terapeutycznej i potencjalnie można na nie w tej sytuacji wpływać.

Podręczniki licencjackie zbyt często zrównują terapie psychodynamiczne bądź psychoanalityczne z niektórymi bardziej dziwnymi i nieprzystępnymi spekulacjami, które Sigmund Freud poczynił prawie sto lat temu, natomiast rzadko przedstawiają główne koncepcje psychodynamiczne w sposób, w jaki są one rozumiane i wcielane w życie obecnie. Takie opisy, na spółkę z karykaturalnym przedstawieniem w mediach popularnych, przyczyniły się do powszechnego niezrozumienia leczenia psychodynamicznego (omówienie tego, jak prezentowana i przeinaczana jest psychoanaliza w podręcznikach licencjackich zob. Bornstein, 1988, 1995; Hansell, 2005; Redmond & Shulman, 2008). Aby rozwiązać potencjalne mity i pomóc w zrozumieniu praktyki psychodynamicznej, w tej części dokonam przeglądu cech osiowych współczesnej techniki psychodynamicznej.

Blagys i Hilsenroth (2000) przeszukali bazę danych PsycLit celem wskazania badań empirycznych, porównujących proces i technikę podręcznikowej<sup>3</sup> terapii psychodynamicznej z podręcznikową terapią behawioralno – poznawczą (CBT). Jak określono poprzez empiryczną analizę prawdziwych nagrań z sesji oraz tran skryptów (zauważ, że wymienione niżej cechy dotyczą jedynie procesu i techniki, a nie zasad, które leżą u podstaw tych technik; omówienie konceptów i zasad, zob. Gabbard, 2004; McWilliams, 2004; Shedler, 2006a) siedem cech rzetelnie odróżniało terapię psychodynamiczną od innych:

1. **Zorientowanie na afekt i wyrażanie emocji.** Terapia psychodynamiczna zachęca do eksploracji i omawiania pełnego spektrum emocji pacjenta. Terapeuta pomaga pacjentowi opisać i ubrać w słowa uczucia, włączając te, które są problematyczne bądź zagrażające, a także te, których pacjent nie jest w stanie początkowo rozpoznać, bądź przyswoić (W

---

<sup>2</sup> Używam terminów *psychoanalityczny* i *psychodynamiczny* zamiennie.

<sup>3</sup> W oryginale występuje określenie *manualized treatment*, które tłumaczyć można również jako „leczenie standaryzowane”, jednakże ze względu na określone znaczenie słowa „standaryzowany” w statystyce, wybrano termin „podręcznikowy” ; w całym tekście określenie „podręcznikowy” będzie odnosiło się do terminu *manualized* [przyp. tłum.]

odróżnieniu od orientacji poznawczej, gdzie kładzie się większy nacisk na myśli i przekonania (Blagys & Hilsenroth, 2002; Burum & Goldfried, 2007). Uznaje się również, że wgląd intelektualny nie jest tym samym, co wgląd emocjonalny, rezonujący na głębokim poziomie i prowadzący do zmiany ( jest to jedna z przyczyn, dla których wielu inteligentnych ludzi o psychologizującym myśleniu potrafi znaleźć przyczynę swoich trudności, jednak ich zrozumienie nie pomaga im w ich przewyciężeniu).

2. **Eksploracja prób uniknięcia niepokojących myśli i uczuć.** Ludzie, umyślnie i nieumyślnie, robią bardzo dużo rzeczy aby uniknąć tych aspektów doświadczenia, które są problematyczne. To unikanie (w terminach teoretycznych obrony i opór) może przybrać proste formy, takie jak opuszczanie sesji, spóźnianie się, czy bycie wymijającym. Mogą to być też formy subtelne, trudne do rozpoznania w zwyczajnym dyskursie społecznym, na przykład subtelne zmiany tematu, gdy pojawią się określone idee, skupianie się na ubocznych aspektach doświadczenia, zamiast na tym co psychologicznie znaczące, odnoszenie się do faktów i zdarzeń z pominięciem afektów, skupianie się na okolicznościach zewnętrznych, zamiast swojej roli w kształtowaniu wydarzeń i tak dalej. Terapeuci psychodynamiczni aktywnie skupiają się na tych unikach i eksplorują je.
3. **Identyfikacja powtarzających się tematów i wzorców.** Terapeuci psychodynamiczni pracują nad identyfikacją i eksploracją tematów i wzorców powtarzających się w myślach i uczuciach pacjentów, ich obrazie siebie, związkach i doświadczeniach życiowych. W niektórych przypadkach, pacjent może być dotkliwie świadom powtarzających się wzorców, które są bolesne lub jałowe, ale nie potrafić od nich uciec (np. mężczyzna, którego ciągle pociągają partnerki, które są niedostępne emocjonalnie; kobieta nieustannie sabotująca swój własny sukces). W innych przypadkach, pacjent może być nieświadomy wzorców, dopóki terapeuta pomoże jemu lub jej rozpoznać je i zrozumieć.
4. **Omawianie doświadczeń z przeszłości (podejście rozwojowe).** Zrozumienie przeszłych doświadczeń jest związane z identyfikacją powracających tematów i wzorców. Szczególnie wczesne doświadczenia ważnych figur (osób), do których się było przywiązaniem wpływa na nasze teraźniejsze relacje i to jak ich doświadczamy. Terapeuci psychodynamiczni badają wczesne doświadczenia, związek pomiędzy przeszłością, a teraźniejszością, a także sposoby w jakie przeszłość „nadal żyje w teraźniejszości”. Nie chodzi o skupienie się na przeszłości dla niej samej, ale raczej o to, w jaki sposób przeszłość może wyjaśniać obecne trudności psychologiczne. Celem jest pomoc pacjentom w uwolnieniu się z ograniczeń przeszłego doświadczenia, aby mogli pełniej żyć w teraźniejszości.
5. **Koncentracja na związkach interpersonalnych.** Terapia psychodynamiczna kładzie duży nacisk na związki i doświadczenia interpersonalne pacjentów (w terminach teoretycznych relacje z obiektem i przywiązanie). Zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne aspekty osobowości i obrazu siebie tworzą się w kontekście związków i przywiązania, a trudności psychologiczne często pojawiają się, kiedy problematyczne wzorce interpersonalne zakłócają zdolność jednostki do zaspokojenia jej potrzeb emocjonalnych.
6. **Koncentracja na relacji terapeutycznej.** Relacja pomiędzy terapeutą a pacjentem jest sama w sobie ważnym związkiem interpersonalnym, który może stać się głęboko znaczący i naładowany emocjonalnie. Jeżeli w czyichś związkach i sposobach interakcji z innymi występują powtarzające się motywy, zazwyczaj pojawiają się też one w jakiejś formie w relacji terapeutycznej. Na przykład, osoba, która ma tendencję do nieufności wobec innych może być podejrzliwa wobec terapeuty; osoba która obawia się braku akceptacji, odrzucenia lub porzucenia może obawiać się odrzucenia przez terapeutę, świadomie bądź nie; osoba

borykająca się z gniewem i wrogością może zmagać się z gniewem skierowanym w stronę terapeuty; i tak dalej (są to dosyć zgrubne przykłady; powtarzanie wzorów interpersonalnych w relacji terapeutycznej jest często bardziej skomplikowane i subtelne niż te przykłady sugerują). Powracanie wzorów interpersonalnych w relacji terapeutycznej (w terminach teoretycznych przeniesienie i przeciwprzeniesienie) dostarcza wyjątkowej możliwości aby zbadać i zmienić je *in vivo*. Celem jest większa elastyczność w związkach interpersonalnych oraz zwiększona zdolność zaspokojenia potrzeb interpersonalnych.

7. **Eksploracja świata fantazji.** Inaczej niż w innych terapiach, gdzie terapeuta może aktywnie strukturuować sesje, lub poruszać się w określonym porządku, w terapii psychodynamicznej pacjenci są zachęceni do swobodnego mówienia o czymkolwiek myślą. Kiedy pacjenci to czynią (a większość pacjentów potrzebuje sporej pomocy terapeuty, zanim mogą naprawdę swobodnie mówić), ich myśli w naturalny sposób wędrują po wielu obszarach życia psychicznego, obejmując pragnienia, lęki, fantazje, sny i marzenia na jawie (z których wiele pacjent wcześniej nie próbował nazwać). Cały ten materiał stanowi bogate źródło informacji na temat tego, jak osoba postrzega siebie i innych, interpretuje i nadaje sens doświadczeniom, unika aspektów doświadczenia lub zakłóca swoją potencjalną zdolność do odnajdywania radości i znaczenia w życiu.

To ostatnie zdanie wskazuje na szerszy cel, który jest zawarty we wszystkich innych: Cele terapii psychodynamicznej uwzględniają, ale wychodzą poza remisję symptomów. Skuteczne leczenie powinno nie tylko złagodzić objawy (tj. pozbyć się czegoś), ale także zwiększyć pozytywną obecność zdolności i zasobów psychologicznych. W zależności od osoby i okoliczności, mogą one obejmować zdolność do bardziej satysfakcjonujących związków, czynienie użytku z czyichś talentów i umiejętności, utrzymywanie zakorzenionej w rzeczywistości samooceny, tolerowanie większego spektrum afektów, doświadczania bardziej satysfakcjonującego seksu, zrozumienie siebie i innych w bardziej złożony i subtelny sposób, a także stawianie czoła wyzwaniom życia z większą swobodą i elastycznością. Do celów tych dąży się poprzez samo-refleksję, samo-eksplorację i samo-poznanie zachodzące w warunkach bezpiecznej i głęboko autentycznej relacji pomiędzy terapeutą, a pacjentem. (Wolne od żargonu wprowadzenie do współczesnej myśli psychodynamicznej zobacz: *That Was Then, This Is Now: Psychoanalytic Psychotherapy for the Rest of Us* [Shedler, 2006a, do pobrania za darmo pod adresem: <http://psychsystems.net/shedler.html>]).

## Jak skuteczna jest psychoterapia w ogóle ?

W psychologii i ogólnie w medycynie meta-analiza jest powszechnie akceptowana metodą podsumowywania wyników niezależnych badań (Lipsey & Wilson, 2001; Rosenthal, 1991; Rosenthal & DiMatteo, 2001). Meta-analiza sprawia, że wyniki różnych badań są porównywalne poprzez konwersję wyników na wspólną miarę, pozwalając na agregację lub sumowanie wyników badań. Powszechnie stosowaną miarą jest *wielkość efektu*, która jest różnicą pomiędzy grupami leczonych, a kontrolnymi wyrażoną w jednostkach odchylenia standardowego<sup>4</sup>. Wielkość efektu wynosząca 1.0 oznacza, że przeciętny leczony pacjent jest o jedno odchylenie standardowe zdrowszy, przy rozkładzie

---

<sup>4</sup> Miara ta, znana jako *standaryzowana średnia różnica* [standardized mean difference], jest wykorzystywana do podsumowania wyników randomizowanych prób kontrolnych. Szerzej, koncept *wielkości efektu* [effect size] może odnosić się do jakiegokolwiek miary, która wyraża wielkość [magnitude] wyników badań (Rosenthal & Rosnow, 2008).

normalnym od przeciętnego pacjenta nie leczonego. Wielkość efektu wynosząca 0.8 jest uznawana za duży efekt w badaniach psychologicznych i medycznych, wielkość efektu wynosząca 0.5 za efekt umiarkowany, a wynosząca 0.2 za mały efekt (Cohen, 1988). Pierwsza duża meta-analiza badań nad skutkami psychoterapii uwzględniła 475 badań i dała wynik całościowej wielkości efektu o wysokości 0.85 (różne diagnozy i kuracje) dla pacjentów leczonych psychoterapią, w porównaniu z nieleczoną grupą kontrolną (Smith, Glass, & Miller, 1980). Kolejne meta-analizy w podobny sposób potwierdziły skuteczność psychoterapii. We wpływowym przeglądzie Lipsey i Wilson (1993) zestawili wyniki 18 meta-analiz ogólnych skutków psychoterapii co dało średnią wielkość efektu [median effect size] 0.75. Zestawili także wyniki 23 meta-analiz poświęconych wynikom CBT i terapii behawioralnej, co dało wynik [median effect size] 0.62. Meta-analiza Robinson, Berman i Neimeyer (1990) podsumowywała wyniki 37 badań nad efektami psychoterapii, skupiając się konkretnie na leczeniu depresji, co dało wynik całkowitej wielkości efektu 0.73. Są to względnie duże efekty. (Przegląd badań nad skutecznością i efektywnością psychoterapii, zob. Lambert & Ogles, 2004).

Aby mieć jakiś punkt odniesienia, pouczającym jest przyjrzenie się wielkościom efektu dla leczenia lekami antydepresyjnymi. Analiza baz danych (badań publikowanych i niepublikowanych) U.S. Food and Drug Administration (FDA) opisana w *New England Journal of Medicine* wykazała wielkości efektu 0.26 dla fluoksetyny (Prozac), 0.26 dla sertraliny (Zoloft), 0.24 dla citalopramu (Celexa), 0.31 dla escitalopramu (Lexapro) i 0.30 dla duloksetyny (Cymbalta). Całkowita średnia wielkość efektu dla leków przeciwdepresyjnych zatwierdzonych przez FDA pomiędzy 1987 a 2004 rokiem wyniosła 0.31 (Turner, Matthews, Linardatos, Tell, & Rosenthal, 2008)<sup>5</sup> Meta-analiza opisana w prestiżowej Cochrane Library (Moncrieff, Wessely, & Hardy, 2004) pokazała wielkość efektu 0.17 dla trójfazowych antydepresantów porównanych z aktywnym placebo (aktywne placebo naśladuje skutki uboczne leku przeciwdepresyjnego, ale nie jest antydepresantem).<sup>6</sup> Są to względnie małe efekty. Różnice metodologiczne pomiędzy badaniami nad lekami a badaniami nad psychoterapią są na tyle duże, że wielkości efektu mogą nie być porównywalne wprost, a powyższe wyniki nie mogą być interpretowane, jako niezbity dowód, że psychoterapia jest skuteczniejsza. Wielkości efektu dla leczenia antydepresantami zostały przytoczone jako punkty odniesienia, z którymi wielu czytelników może być już zaznajomiona (bardziej wyczerpująca lista takich punktów odniesienia, zob. np. Lipsey & Wilson, 1993; Meyer et al., 2001).

---

<sup>5</sup> Miarą wielkości efektu w tym badaniu było  $g$  Hedges'a (Hedges, 1982), a nie  $d$  Cohen'a (Cohen, 1988), która stosowana jest częściej. Te dwie miary opierają się na nieco różnych formułach obliczeniowych, jednakże w tym przypadku wybór formuły nie ma znaczenia: „Z powodu dużego rozmiaru próby (ponad 12,000), nie ma zmiany w przejściu z  $g$  do  $d$ ; obie wartości to .31 z dokładnością dwóch miejsc po przecinku” (osobista korespondencja R. Rosenthal'a do Marc'a Diener'a, Styczeń 2008).

<sup>6</sup> Chociaż próby z użyciem antydepresantów powinny być podwójnie ślepe, jest to często łatwo niweczone, ponieważ nieprzyjemne skutki uboczne leków antydepresyjnych są fizycznie widoczne i szeroko znane. W związku z tym uczestnicy badań i ich lekarze mogą rozpoznać, czy otrzymują lek, czy też placebo, a skutki przypisane działaniu leków mogą być zawyżone poprzez efekty oczekiwania. Wykorzystanie „aktywnych” placebo lepiej chroni ślepotę próby, a uzyskane tak wielkości efektu są około dwa razy mniejsze od innych.

## Jak skuteczna jest Psychoterapia Psychodynamiczna ?

Nowa, wyjątkowo rygorystyczna meta-analiza terapii psychodynamicznej, opublikowana przez Cochrane Library<sup>7</sup> objęła 23 randomizowanych prób kontrolnych na 1,431 pacjentach (Abbass, Hancock, Henderson, & Kisely, 2006). Badania porównywały pacjentów ze spektrum powszechnych zaburzeń psychicznych<sup>8</sup>, poddanych terapii psychodynamicznej, z grupą kontrolną (lista kolejkowa, kuracja minimalna, lub „leczenie jak zwykle”) i wskazały na całościową wielkość efektu 0.97 w ogólnym polepszeniu w zakresie symptomów. Wielkość efektu wzrosła do 1.51, kiedy pacjenci zostali ponownie zbadani po dłuższej przerwie (ponad 9 miesięcy po leczeniu). Meta-analiza pokazała, poza zmianą w obszarze ogólnych symptomów, wielkość efektu 0.81 w zmianie symptomów somatycznych, która wzrosła do 2.21 przy ponownym oszacowaniu; wielkość efektu 1.08 w zmianie natężenia niepokoju, która wzrosła do 1.35 przy ponownej ocenie, oraz wielkość efektu 0,59 w zmianie symptomów depresyjnych, która wzrosła do 0.98 przy ponownym badaniu.<sup>9</sup> Spójna tendencja do wzrostu wielkości efektu przy ponownym badaniu sugeruje, że terapia psychodynamiczna wprawia w ruch procesy psychologiczne prowadzące do trwającej zmiany, nawet po zakończeniu terapii.

Meta-analiza opublikowana w *Archives of General Psychiatry* obejmowała 17 wysokiej jakości randomizowanych prób krótkoterminowej terapii psychodynamicznej (średnio 21 sesji) i wykazała wielkość efektu 1.17 dla terapii psychodynamicznej, w porównaniu z grupami kontrolnymi (Leichsenring, Rabung, & Leibing, 2004). Wielkość efektu pomiędzy okresem przed, a po leczeniu wyniosła 1.39 i wzrosła do 1.57 przy badaniu po dłuższym okresie, które miało miejsce średnio 13 miesięcy po zakończeniu leczenia. Przekształcając te wielkości efektu na wartości procentowe, autorzy zauważyli, że pacjenci leczeni terapią psychodynamiczną „mieli się lepiej pod kątem leczonych problemów, niż 92 % pacjentów przed terapią” (Leichsenring et al., 2004, s. 1213).

Nowo opublikowana meta-analiza badała skuteczność krótkoterminowej terapii psychodynamicznej dla zaburzeń somatycznych (Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Objęła 23 badania z udziałem 1,870 pacjentów, cierpiących na szerokie spektrum chorób somatycznych (np. dermatologicznych, neurologicznych, naczyniowych, oddechowych, gastrycznych, mięśniowo-szkieletowych, moczowo-płciowych, immunologicznych). Badanie dało wielkości efektu 0.69 dla polepszenia ogólnych objawów psychiatrycznych i 0.59 dla polepszenia objawów somatycznych. Spośród badań zawierających dane o korzystaniu z opieki zdrowotnej, 77.8% donosiło o

---

<sup>7</sup> Cochrane Library, która jest bardziej znana w medycynie niż psychologii została stworzona aby promować praktykę opartą na dowodach i uznawana jest za wiodącą pod względem rygoru metodologicznego dla meta-analiz.

<sup>8</sup> Obejmowały one symptomy niepsychotyczne i zaburzenia zachowania powszechnie spotykane w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece psychiatrycznej, na przykład nie-dwubiegunowe zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, i zaburzenia manifestujące się pod postacią organiczną, często połączone z zaburzeniami relacji interpersonalnych lub zaburzeniami osobowości (Abbass i in. 2006).

<sup>9</sup> W meta-analizie obliczano wielkości efektu na różne sposoby. Wyniki opisane tutaj oparte są na jednej metodzie, która wydawała się najbardziej znacząca teoretycznie i statystycznie ( w tym przypadku, analiza komponentów wariacyjnych [random effects model] z wykluczeniem jednego elementu odstającego). Bardziej szczegółowa analiza, zob. źródło (Abbass i in. ,2006).

zmniejszonym korzystaniu z opieki zdrowotnej wynikającym z terapii psychodynamicznej – wynik o potencjalnie ogromnych implikacjach dla reformy opieki zdrowotnej.

Meta-analiza opisana w *American Journal of psychiatry* sprawdzała skuteczność zarówno terapii psychodynamicznej (14 badań), jak i behawioralno poznawczej – CBT (11 badań) w leczeniu zaburzeń osobowości (Leichsenring & Leibing, 2003). Meta-analiza opisywała wielkości efektu pomiędzy rozpoczęciem leczenia, a możliwie najdłuższym czasem po jej zakończeniu. Dla terapii psychodynamicznej (średnia długość leczenia wynosiła 37 tygodni), średni okres pomiędzy badaniami wynosił 1,5 roku, a wielkość efektu dla tego czasu to 1.46. Dla CBT (średnia długość leczenia 16 tygodni), średni okres pomiędzy badaniami wyniósł 13 miesięcy, a wielkość efektu 1.0. Autorzy składowali, że oba typy terapii okazały się skuteczne. Nowszy przegląd krótkoterminowej psychodynamicznej terapii zaburzeń osobowości (średnio 30.7 sesji) uwzględnił dane z siedmiu randomizowanych prób kontrolnych (Messer & Abbass, w druku). Badanie szacowało wynik przy możliwie najdłuższym okresie po leczeniu (średnio 18.9 miesięcy) i wykazało wielkości efektu 0.91 w ogólnej poprawie symptomów ( $N=7$  badań) i 0.97 w poprawie funkcjonowanie interpersonalnego ( $N=4$  badania).

Dwa niedawne badania badały skuteczność długoterminowego leczenia psychodynamicznego. Meta-analiza opisana w *Journal of the American Medical Association* (Leichsenring & Rabung, 2008) porównywała długoterminową terapię psychodynamiczną (ponad rok lub 50 sesji) z krótszymi terapiami złożonych zaburzeń psychicznych (określonych jako chroniczne zaburzenia psychiczne lub zaburzenia osobowości) i wykazała wielkość efektu 1.8 w całościowej poprawie.<sup>10</sup> Wielkość efektu pomiędzy badaniem przed, a po leczeniu wyniosła 1.03 w ogólnej poprawie i wzrosła do 1.25 przy ponownym badaniu po dłuższym czasie ( $p < .01$ ), średnio 23 miesiące po leczeniu. W czasie od zakończenia leczenia do ponownego badania, wielkości efektu wzrosły we wszystkich pięciu sferach ocenianych w badaniu (ogólna skuteczność, leczone problemy, symptomy psychiatryczne, funkcjonowanie osobowości i funkcjonowanie społeczne). Druga meta-analiza, opisana w *Harvard Review of Psychiatry* (de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009), badała skuteczność długoterminowej terapii psychodynamicznej (średnio 150 sesji) pacjentów ambulatoryjnych z różnymi diagnozami. Dla pacjentów z mieszaną/umiarkowaną patologią, wielkość efektu przed-po leczeniu wyniosła 0.78 w ogólnej poprawie symptomów i wzrosła do 0.94 przy badaniu po dłuższej przerwie, średnio 3.2 lata od zakończenia leczenia. Dla pacjentów z poważną patologią osobowościową, wielkość efektu przed-po leczeniu wyniosła 0.94 i wzrosła do 1.02 przy ponownym badaniu, średnio 5.2 roku od zakończenia leczenia.

Meta-analizy te reprezentują najnowsze, metodologicznie rygorystyczne ewaluacje terapii psychodynamicznej. Szczególnie warte odnotowania jest powtarzające się doniesienie, że korzyści z terapii nie tylko utrzymują się, ale też zwiększają wraz z upływem czasu, wynik, który pojawił się dotychczas w co najmniej pięciu niezależnych meta-analizach Abbass et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; de Maat et al., 2009; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring et al., 2004). W odróżnieniu, korzyści z innych (nie psychodynamicznych) terapii mających wsparcie empiryczne mają tendencję do zanikania z upływem czasu przy najczęstszych zaburzeniach (np. depresja, uogólniony lęk; de Maat, Dekker, Schoevers, & de Jonghe, 2006; Gloaguen, Cottraux, Cucharet, & Blackburn,

<sup>10</sup> Atypowa metoda wykorzystana do obliczenia tej wielkości efektu może skutkować zawyżonym oszacowaniem skuteczności, a wielkość efektu może nie być porównywalna do innych wielkości efektu, opisywanych w tym artykule ( omówienie, zob. Thombs, Bassel, & Jewett, 2009).

1998; Hollon et al., 2005; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004).<sup>11</sup>

**Tabela 1.**

Poglądowe Wielkości Efektu z meta-analiz badań nad efektami terapii.

<i>Rodzaj leczenia i literatura.</i>	<i>Opis</i>	<i>Wielkość efektu</i>	<i>Ilość badań lub meta-analiz</i>
<b>Psychoterapia ogólnie</b>			
Smith et al. (1980)	Różne terapie i zaburzenia	0.85	475 badań
Lipsey & Wilson (1993)	Różne terapie i zaburzenia	0.75 (Średnia wielkość efektu dla 18 meta-analiz (z Lipsey i Wilson, 1993, Tabela 1.1)	18 meta-analiz
Robinson et al. (1990)	Różne terapie depresji	0.73	37 badań
<b>CBT i terapie pokrewne</b>			
Lipsey & Wilson (1993)	CBT i terapia behawioralna, różne zaburzenia	0.62 (Średnia wielkość efektu dla 23 meta-analiz (z Lipsey i Wilson, 1993, Tabela 1.2)	23 meta-analizy
Haby et al. (2006)	CBT depresji, paniki i uogólnionego lęku	0.68	33 badania
Churchill et al. (2001)	CBT depresji	1.0	20 badań
Cuijpers et al. (2007)	Aktywacja behawioralna przy depresji	0.87	16 badań
Öst (2008)	Dialektyczna terapia behawioralna, głównie przy zaburzeniu osobowości borderline	0.58	13 badań
<b>Leczenie antydepresantami</b>			
Turner et al. (2008)	Zarejestrowane przez FDA badania nad lekami antydepresyjnymi zatwierdzonymi	0.31	74 badania

<sup>11</sup> Odstępstwo od tej prawidłowości stanowią specyficzne zaburzenia lękowe, takie jak zespół leku napadowego i specyficzne postacie fobii, przy których standaryzowane terapie krótkoterminowe wydają się mieć trwałe skutki (Westen i in., 2004)



	pomiędzy 1987, a 2004 rokiem		
Moncrieff et al. (2004)	Trójcykliczne leki antydepresyjne kontra aktywne placebo	0.17	9 badań
<b>Terapia psychodynamiczna</b>			
Abbass et al. (2006)	Różne zaburzenia, ogólna poprawa symptomów	0.97	12 badań
Leichsenring et al. (2004)	Różne zaburzenia, zmiana w zakresie problemów będących przedmiotem leczenia	1.17	7 badań
Anderson & Lambert (1995)	Różne zaburzenia i wyniki	0.85	9 badań
Abbass et al. (2009)	Zaburzenia somatyczne, zmiana w zakresie ogólnych objawów psychiatrycznych	0.69	8 badań
Messer & Abbass (w druku)	Zaburzenia osobowości, ogólna poprawa symptomów	0.91	7 badań
Leichsenring & Leibing (2003)	Zaburzenia osobowości, przed-po leczeniu	1.46 (Porównanie pomiędzy badaniami przed, a po leczeniu [wewnątrz grupy])	14 badań
Leichsenring & Rabung (2008)	Długoterminowa terapia psychodynamiczna kontra krótkoterminowe terapie złożonych zaburzeń psychicznych, całkowity efekt	1.8	7 badań
de Maat et al. (2009)	Długoterminowa terapia psychoanalityczna, przed-po leczeniu	0.78 (Porównanie pomiędzy badaniami przed, a po leczeniu [wewnątrz grupy])	10 badań

Tabela 1. podsumowuje wyniki meta-analiz opisane powyżej i zawiera dodatkowe badania, dla zapewnienia dalszych punktów odniesienia. Wielkości efektu wymienione w tabelce opierają się na porównaniach grup leczonych i kontrolnych i odzwierciedlają wyniki zebrane po zakończeniu leczenia (nie przy ponownym badaniu), chyba, że zaznaczono inaczej.

Badania potwierdzające skuteczność terapii psychodynamicznej obejmują wiele zaburzeń i populacji. Randomizowane próby kontrolne potwierdzają skuteczność terapii psychodynamicznej dla depresji, lęku, paniki, zaburzeń występujących pod postacią somatyczną, zaburzeń jedzenia, zaburzeń związanych z substancjami psychoaktywnymi oraz zaburzeń osobowości (Leichsenring, 2005; Milrod et al., 2007).

Wyniki dotyczące zaburzeń osobowości są szczególnie intrygujące. Niedawne badanie pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007) nie tylko wykazało korzyści z leczenia dorównujące, bądź przewyższające te osiągnięte przez inną opartą na dowodach kurację – dialektyczną terapię behawioralną (Linehan, 1993), lecz pokazało ponadto zmiany w mechanizmach psychologicznych (procesach intrapsychicznych) leżących u podłoża, o których sądzi się, że pośredniczą w zmianie symptomów u pacjentów borderline (dokładnie, zmianach w funkcji refleksyjnej i organizacji przywiązania; Levy et al., 2006). Te zmiany intrapsychiczne zaszły u pacjentów poddanych terapii psychodynamicznej, ale nie u pacjentów poddanych dialektycznej terapii behawioralnej.

Takie zmiany intrapsychiczne mogą odpowiadać za długoterminowe korzyści z leczenia. Nowo opublikowane badanie pokazało korzyści z terapii psychodynamicznej utrzymujące się pięć lat po zakończeniu leczenia (i osiem lat od jego rozpoczęcia). Przy badaniu po pięciu latach 87% pacjentów, poddanych „leczeniu jak zwykle” nadal spełniało kryteria diagnostyczne dla zaburzenia osobowości borderline, w porównaniu z 13% pacjentów poddanych terapii psychodynamicznej (Bateman & Fonagy, 2008). Żadne inne kuracje patologii osobowości nie wykazało tak trwałych korzyści. Te ostatnie doniesienia muszą zostać przyćmione zastrzeżeniem, że opierają się na dwóch badaniach i wobec tego nie mogą nieść takiej wagi dowodowej, jak wyniki replikowane w wielokrotnych studiach przeprowadzonych przez niezależne zespoły badawcze. Bardziej ogólnie, należy pamiętać, że jest o wiele więcej empirycznych badań efektów innych terapii niż psychodynamiczna, w szczególności CBT. Ten brak równowagi w ilości badań można częściowo wytłumaczyć obojętnością starszych pokoleń analityków na badania empiryczne, skazą, która wciąż trapi naszą dziedzinę, a nad usunięciem której pracują współcześnie badacze.

Drugim zastrzeżeniem jest, że wiele badań nad wynikami terapii psychodynamicznej obejmowało pacjentów ze spektrum symptomów i schorzeń, zamiast skupiać się na konkretnych kategoriach diagnostycznych (np. tych zdefiniowanych przez kryteria diagnostyczne określone w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [4th edition, *DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994]). Kwestia, do jakiego stopnia stanowi to ograniczenie jest otwarta. Często poruszanym zagadnieniem dotyczącym badań nad skutecznością psychoterapii jest, że wykorzystują one bardzo selektywne i niereprezentatywne próby pacjentów i, w związku z tym ich wyniki nie przekładają się na codzienną praktykę kliniczną (np. Western et. al., 2004). Nie ma też powszechnej zgody, co do tego, że kryteria diagnostyczne *DSM-IV* określają odrębne i homogeniczne grupy pacjentów (biorąc pod uwagę, że współwystępowanie symptomów psychiatrycznych jest normą, a

także, że pojedyncze diagnozowalne dolegliwości są często osadzone w syndromach osobowościowych; Blatt & Zuroff, 2005; Westen, Gabbard, & Blagov, 2006). Jakby nie było, coraz więcej badań nad kuracjami psychodynamicznymi skupia się na określonych diagnozach (np. Bateman & Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2007; Cuijpers, van Straten, Andersson, & van Oppen, 2008; Leichsenring, 2001, 2005; Milrod et al., 2007).

### **Róża pod inną nazwą: Procesy psychodynamiczne w innych terapiach.**

„Aktywne składniki” to niekoniecznie te założone przez teorię, albo model leczenia. Z tego powodu, randomizowane próby kontrolne oceniające terapię jako „pakiet” niekoniecznie dostarczają wsparcia dla jej przesłanek teoretycznych lub konkretnych interwencji z nich się wywodzących. Na przykład, dostępne dowody wskazują, że mechanizmy zmiany w terapii poznawczej (CT) to *nie* te, które zakłada teoria. Kazein (2007), dokonując przeglądu literatury empirycznej na temat czynników pośredniczących i mechanizmów zmiany w psychoterapii, konkludował: „ Być może możemy stwierdzić z większą, niż wcześniej pewnością, że cokolwiek stanowi podstawę zmian w terapii poznawczej, nie wydaje się, by były to poznania [cognitions], jak na początku zakładano” (s.8).

Istnieją także gruntowne różnice w praktyce terapeutów, nawet tych zapewniających pozornie takie samo leczenie. To, co dzieje się w gabinecie odzwierciedla cechy i styl konkretnego terapeuty, konkretnego pacjenta i niepowtarzalnych wzorców interakcji, tworzących się między nimi. Nawet w kontrolowanych badaniach, zaprojektowanych by porównywać podręcznikowe [manualized] kuracje, terapeuci wchodzi w interakcje z pacjentami w różny sposób, różnie uskuteczniają interwencje, a także wprowadzają procesy, które nie są określone przez podręczniki terapii (Elkin i in., 1989). W niektórych przypadkach badacze mieli trudność z określeniem, na podstawie dokładnych transkrypcji z zapisów sesji, która ze standaryzowanych terapii miała miejsce (Ablon & Jones, 2002).

Z tych powodów, badania nad „nazwami handlowymi” terapii mogą być wysoce mylące. Te badania, które sięgają poza nazwy handlowe poprzez analizę nagrań video i transkrypcji mogą powiedzieć więcej na temat tego, co pomaga pacjentom (Goldfried & Wolfe, 1996; Kazdin, 2007, 2008). Badania takie wskazują, że aktywne składniki różnych terapii obejmują elementy psychodynamiczne, o których się nie mówi.

Jedną z metod badania tego, co naprawdę dzieje się na sesjach terapeutycznych jest wykorzystanie Psychotherapy Process Q-Sort (PQS; Jones, 2000). Narzędzie to składa się ze 100 zmiennych oceniających technikę terapeuty i inne aspekty terapii, w oparciu o poszczególne czynności, zachowania i stwierdzenia poczynione w trakcie sesji. W serii badań metodą ślepej próby oceniano 100 zmiennych PQS z archiwalnych, dosłownych transkrypcji z setek godzin sesji terapeutycznych z badań nad efektami zarówno terapii psychodynamicznej, jak i CBT (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993).<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Badanie nad terapią poznawczą było randomizowaną, kontrolowaną próbą dla leczenia depresji; badania nad terapiami psychodynamicznymi były badaniami kohortowymi, odpowiednio, zaburzeń mieszanych oraz PTSD. Bardziej szczegółowy opis, zob. źródło (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993).

W jednym z badań badacze poprosili grupę światowo uznanych ekspertów w terapii psychodynamicznej oraz CBT, aby wykorzystali PQS do opisanie „idealnie” przeprowadzonych terapii (Ablon & Jones, 1998). Na podstawie ocen ekspertów, badacze stworzyli prototypy idealnie poprowadzonych terapii psychodynamicznej i CBT. Te dwa prototypy znacznie się od siebie różniły.

Prototyp psychodynamiczny kładł nacisk na nieustrukturyzowany, swobodny dialog (np. rozmowę o fantazjach i snach); identyfikowanie powtarzających się w doświadczeniu pacjenta tematów; łączenie odczuć i spostrzeżeń pacjenta z przeszłymi doświadczeniami; zwracanie uwagi na uczucia, których pacjent nie akceptuje (np. gniew, zazdrość, podniecenie); wskazywanie na manewry obronne; interpretowanie niedopuszczonych lub nieświadomych pragnień, odczuć bądź myśli; skupienie się na relacji terapeutycznej jako temacie rozmowy; a także ukazywanie związków pomiędzy relacją terapeutyczną, a innymi związkami z ludźmi.

Prototyp CBT kładł nacisk na dialog o bardziej określonym temacie, z terapeutą strukturyzującym dialog i wprowadzającym tematy; terapeutę funkcjonującego bardziej na sposób nauczyciela; oferującego bezpośrednią poradę; omawianie celów terapeutycznych pacjenta; wyjaśnianie racjonalnego uzasadnienia kuracji i technik; skupianie się na bieżącej sytuacji życiowej pacjenta; skupianie się na motywach poznawczych, takich jak myśli i system przekonań; a także omawianie zadań lub aktywności („zadań domowych”), które pacjent powinien wykonać poza sesjami terapeutycznymi.<sup>13</sup>

Badacze, wykorzystując trzy archiwalne zapisy sesji ( jeden z badań nad terapią poznawczą i dwa z badań nad krótkoterminową terapią psychodynamiczną ), mierzyli stosowanie się terapeuty do któregoś z prototypów terapii, bez odniesienia do tego, w stosowanie jakiego modelu *wierzyli* terapeuci (Ablon & Jones, 1998). *Stosowanie się terapeuty do prototypu psychodynamicznego było predykatorem pomyślnego wyniku zarówno terapii psychodynamicznej, jak i poznawczej.* Stosowanie się do prototypu CBT wykazało mały związek, lub jego brak z wynikiem którejkolwiek z terapii. Wyniki te stanowiły powtórzenie wyników wcześniejszego badania, wykorzystującego odmienną metodologię, które również pokazało, że to interwencje psychodynamiczne, a nie behawioralno-poznawcze były predykatorem udanego leczenia, zarówno poznawczego, jak i psychodynamicznego (Jones & Pulos, 1993).

Niezależny zespół badaczy, przy wykorzystaniu innych metod, również odkrył, że metody psychodynamiczne były predykatorem pomyślnego efektu terapii kognitywnej (Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996). Badanie to mierzyło skutki terapii kognitywnej przeprowadzonej zgodnie z modelem leczenia Becka (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), a jego wyniki zostały opisane, jako dowód na skuteczność kognitywnej terapii depresji (Hollon et al., 1992).<sup>14</sup>

Badacze szacowali trzy zmienne z dosłownych transkrypcji losowo wybranych sesji terapeutycznych z próby 64 pacjentów ambulatoryjnych. Jedna zmienna szacowała jakość pracującego przymierza ( koncepcja *pracującego przymierza* lub *przymierza terapeutycznego* jest obecnie

---

<sup>13</sup> Bardziej szczegółowe opisy obydwu prototypów terapii, zob. źródło (Ablon & Jones, 1998).

<sup>14</sup> To badanie jest jednym z archiwalnych badań analizowanych przez Jones i współpracowników (Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993).

powszechnie uznawana i często traktowana jako niespecyficzny, bądź „normalny” czynnik w wielu formach terapii; wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że koncept ten wywodzi się wprost z psychoanalizy i odgrywał zasadniczą rolę w teorii i praktyce psychodynamicznej przez ponad czterdzieści lat; zob. Greenson, 1967; Horvath & Luborsky, 1993). Druga zmienna szacowała stosowanie przez terapeutę modelu kognitywnego (tj. odnoszenie się do zaburzonej percepcji uznanej za przyczynę afektu depresyjnego). Trzecia zmienna, nazwana *doświadczeniem* w piękny sposób oddaje istotę procesu psychodynamicznego:

Na niższych poziomach [*doświadczenia*], klient mówi o wydarzeniach, ideach lub innych (Poziom 1) ; odnosi się do siebie, ale bez wyrażania emocji (Poziom 2); lub wyraża emocje, jednakże tylko w stosunku do okoliczności zewnętrznych (Poziom 3). Na wyższych poziomach, klient skupia się bezpośrednio na emocjach i myślach o sobie (Poziom 4); angażuje się w eksplorację swoich doświadczeń wewnętrznych (Poziom 5), oraz *zyskuje świadomość uprzednio ukrytych uczuć i znaczeń* [podkreślenie moje] (Poziom 6). Najwyższy poziom (7) odnosi się do trwającego procesu dogłębnego samopoznania. (Castonguay et al., 1996, p. 499)

Szczególnie godna uwagi jest fraza „zyskuje świadomość uprzednio ukrytych uczuć i znaczeń”. Termin *ukryty* odnosi się oczywiście do tych aspektów życia psychicznego, które nie są na początku świadome. Konstruktor mierzony przez tę skalę odnosi się do najwcześniejszych dni psychoanalizy i jej podstawowego celu uczynienia nieświadomego świadomym (Freud, 1896/1962).<sup>15</sup>

Z powyższego badania podręcznikowej terapii poznawczej depresji, wypłynęły następujące wnioski: (a) Pracujące przymierze było predykatorem poprawy u pacjenta na wszystkich skalach; (b) proces psychodynamiczny („doświadczenie”) było predykatorem poprawy u pacjenta na wszystkich skalach i (c) stosowanie się terapeuty do poznawczego modelu leczenia stanowiło predyktor *gorszego* efektu. Późniejsze badanie, wykorzystujące inną metodologię powtórzyło wynik, że interwencje zorientowane na zmianę kognitywną były predyktorami gorszego efektu (Hayes, Castonguay, & Goldfried, 1996). Jednakże omawianie związków interpersonalnych oraz eksploracja przeszłych doświadczeń z opiekunami z dzieciństwa – oba będące osiowymi cechami techniki psychodynamicznej – pozwalały przewidzieć pomyślny efekt.

Wyników tych nie należy interpretować jako wskazujących na to, że techniki kognitywne są szkodliwe, inne badania wykazały pozytywne związki pomiędzy techniką poznawczo-behawioralną, a efektem terapii (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Strunk,

DeRubeis, Chiu, & Alvarez, 2007; Tang & DeRubeis, 1999). Analiza jakościowa dosłownych transkrypcji z sesji sugerowała, że gorsze wyniki łączone z interwencjami poznawczymi, były związane ze stosowaniem poznawczego modelu leczenia w dogmatyczny, surowo nieczuły sposób przez określonych terapeutów (Castonguay et al., 1996). (Żadna szkoła terapii nie wydaje się posiadać monopolu na dogmatyzm lub terapeutyczną nieczułość. Z pewnością historia psychoanalizy pełna jest przykładów dogmatycznych nadużyć.) Z drugiej strony, wyniki *wskazują* na to, że skuteczniejsi terapeuci wspomagali procesy terapeutyczne, od dawna będące centralnymi, definiującymi wyznacznikami teorii i praktyki psychoanalitycznej.

---

<sup>15</sup> Chociaż termin „doświadczenie” wywodzi się z tradycji terapii humanistycznej, *zjawisko* szacowane przez skalę – trajektoria pogłębiającej się samo-eksploracji, prowadząca do zwiększonej świadomości ukrytego, bądź nieświadomego życia psychicznego – jest osiową cechą definicyjną psychoanalizy i terapii psychoanalitycznej.

Inne badania empiryczne także wykazały związki pomiędzy metodami psychodynamicznym, a pomyślnymi efektami terapii, niezależnie, czy badacze otwarcie określali te metody, jako „psychodynamiczne” (np. Barber, Crits-Christoph, & Luborsky, 1996; Diener, Hilsenroth, & Weinberger, 2007; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer, & Gagnon, 1998; Hayes & Strauss, 1998; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity, & Mooney, 2003; Høglend et al., 2008; Norcross, 2002; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003; Vocisano et al., 2004).

## **Lot ptaka Dodo**

Nagłówek tej sekcji stanowi aluzję do tego, co w literaturze badawczej na temat psychoterapii jest określane mianem *werdyktu ptaka Dodo*. Po dokonaniu przeglądu ówczesnej literatury na temat efektów terapii, Rosenzweig (1936), a następnie Luborsky, Singer i Luborsky (1975), doszli do wniosku ptaka Dodo z *Alicji w Krainie Czarów*: „Wszyscy wygrali i każdy musi otrzymać nagrodę.” Efekty różnych terapii okazały się być zaskakująco podobne, a żadna forma psychoterapii nie okazała się lepsza od innych. W rzadkich przypadkach, kiedy badania wykazywały różnice pomiędzy aktywnymi kuracjami, wyniki praktycznie zawsze okazywały się być na korzyść kuracji, których zwolennikami byli badacze (efekt lojalności badacza Luborsky i in., 1999).

Kolejne badania niewiele zmieniły w werdykcie ptaka Dodo (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, Minami, Baskin, & Callen Tierney, 2002). Na przykład, badania, które wprost porównywały terapię behawioralno-poznawczą z krótkoterminową terapią psychodynamiczną przy depresji nie wykazały większej skuteczności żadnej z nich (Cuijpers et al., 2008; Leichsenring, 2001). Leichsenring (2001) odnotował, że obie kuracje zdają się kwalifikować jako terapie wspierane empirycznie, według kryteriów określonych przez American Psychological Association’s Division 12 Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995; Chambless et al., 1998). Niektóre z badań uwzględniały kuracje psychodynamiczne trwające tylko osiem sesji, co większości praktyków uznała by za niewłaściwe, z terapiami behawioralno-poznawczymi o długości 16 sesji. Nawet w tych badaniach, efekty były porównywalne (Barkham et al., 1996; Shapiro et al., 1994).

Jest wiele powodów, dla których badania nad efektami terapii mogą nie wykazywać różnic, nawet jeśli istotne różnice rzeczywiście istnieją. Inni autorzy omawiają ograniczenia i nieuprawnione założenia bieżących metod badawczych (Goldfried & Wolfe, 1996; Norcross, Beutler, & Levant, 2005; Westen et al., 2004). W tym miejscu skupię się na najważniejszym ograniczeniu: rozbieżności pomiędzy tym, co stara się osiągnąć terapia psychodynamiczna, a tym, co badania nad efektami zazwyczaj mierzą.

Jak wspomniano wcześniej, cele terapii psychodynamicznej zawierają, ale nie są ograniczone do złagodzenia ostrych symptomów. Zdrowie psychologiczne to nie tylko brak symptomów; to pozytywna obecność wewnętrznych zdolności i zasobów, pozwalających ludziom żyć z większym poczuciem wolności i możliwości. Miary efektów terapii zorientowane na symptomy, powszechnie wykorzystywane w badaniach (np. Beck Depression Inventory [Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961] lub Hamilton Rating Scale for Depression [Hamilton, 1960]) nie próbują mierzyć takich wewnętrznych zdolności (Blatt & Auerbach, 2003; Kazdin, 2008). Być może werdykt ptaka Dodo odzwierciedla porażkę badaczy, zarówno psychodynamicznych, jak i innych, aby adekwatnie oszacować zakres zjawisk, które mogą podlegać zmianie w psychoterapii.

The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP; Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 1999a, 1999b) stanowi jedną z metod oceny tych typów wewnętrznych zdolności i zasobów, które psychoterapia może rozwijać. SWAP to narzędzie klinicznej oceny (nie samo-oceny) szacujące szeroki zakres procesów osobowościowych, zarówno zdrowych, jak i patologicznych. Narzędzie może zostać wykorzystane przez klinicystów jakiegokolwiek orientacji teoretycznej i wykazuje się wysoką trafnością i rzetelnością według szerokiego spektrum kryteriów (Shedler & Westen, 2007; Westen & Shedler, 2007). SWAP zawiera wywiedziony z badań empirycznych Indeks Zdrowego Funkcjonowania, na który składają się pozycje wymienione w Tabelce 2., które definiują i operacjonalizują zdrowie psychiczne, tak jak jest ono zgodnie rozumiane przez praktyków klinicznych różnych orientacji (Westen & Shedler, 1999a, 1999b). Wiele form leczenia, włączając farmakologię, może być skutecznych w łagodzeniu ostrych symptomów psychiatrycznych, przynajmniej na krótki czas. Jednakże nie wszystkie terapie są zorientowane na zmianę leżących u ich podstaw procesów psychologicznych, takich jak te mierzone przez SWAP. (Działającą wersję SWAP, która tworzy wykresy wartości *T* dla szerokiego spektrum cech osobowościowych i zaburzeń, można obejrzeć pod adresem [www.SWAPassessment.org](http://www.SWAPassessment.org).)

Badacze, włączając badaczy psychodynamicznych, muszą jeszcze przeprowadzić niepodważalne badania efektów terapii, które oceniałyby zmiany w zakresie wewnętrznych zdolności i zasobów, jednakże dwa badania podnoszą interesujące kwestie i sugerują kierunki przyszłych badań. Jedno, to pojedyncze studium przypadku kobiety, u której zdiagnozowano zaburzenie osobowości borderline, ocenionej przy pomocy SWAP przez niezależnych badaczy (nie przez prowadzącego klinicystę) na początku leczenia i ponownie po dwóch latach terapii psychodynamicznej (Lingiardi, Shedler, & Gazzillo, 2006). Poza znaczącym spadkiem na skalach SWAP mierzących psychopatologię, wyniki SWAP pacjentki wykazały zwiększoną zdolność do empatii i większą wrażliwość na potrzeby i uczucia innych; zwiększoną zdolność do rozpoznawania różnych punktów widzenia, nawet w stanie uniesienia emocjonalnego; zwiększoną zdolność do pocieszenia i uspokojenia siebie samej; zwiększone rozpoznawanie i świadomość konsekwencji swoich działań; zwiększoną możliwość wyrażenia siebie za pomocą słów; dokładniejsze i bardziej wyważone spostrzeżenia na temat osób i sytuacji; zwiększoną możliwość docenienia humoru i, co być może najważniejsze, poradziła sobie ona z bolesnymi doświadczeniami z przeszłości i odnalazła w nich znaczenie oraz skorzystała z nich. Wynik pacjentki w Indeksie Zdrowego Funkcjonowania SWAP zwiększył się w trakcie leczenia o około dwa odchylenia standardowe.

Drugie badanie wykorzystało SWAP aby porównać 26 pacjentów rozpoczynających psychoanalizę z 26 pacjentami ją kończącymi (Cogan & Porcerelli, 2005). Ta druga grupa nie tylko uzyskała niższe wyniki w pozycjach SWAP oceniających depresję, poczucie winy, wstyd, uczucia braku adekwatności i leku przed odrzuceniem, ale też znacząco wyższe wyniki w tych pozycjach SWAP, które szacują wewnętrzną siłę i zdolności (zob. Tabelka 2.). Wśród tych można wymienić większą satysfakcję z dążenia do długoterminowych celów, znajdowanie przyjemności w wyzwaniach i osiągnięciach, zdolność do wykorzystywania talentów i umiejętności, zadowolenie z aktywności życiowych, empatię dla innych, asertywność i skuteczność w relacjach interpersonalnych, zdolność do przyswojenia i skorzystania z zagrażających emocjonalnie informacji oraz poradzenie sobie z bolesnymi doświadczeniami. Dla grupy kończącej psychoanalizę, średni wynik w Indeksie Zdrowego Funkcjonowania SWAP był o jedno odchylenie standardowe wyższy.

Ograniczenia metodologiczne uniemożliwiają wyciągnięcie wniosków przyczynowo-skutkowych z tych badań, jednakże sugerują one, że terapia psychodynamiczna może nie tylko

łagodzić symptomy, ale także rozwijać wewnętrzne zdolności i zasoby, pozwalające na bogatsze i bardziej satysfakcjonujące życie. Miary takie jak SWAP mogą zostać włączone do przyszłych randomizowanych prób kontrolnych, będąc wypełniane przez niezależnych badaczy nie znających warunków terapii i wykorzystywane do oceny efektów tych terapii. Niezależnie od tego, czy wszystkie formy terapii mają na celu wymienione efekty, ani czy są one zgłębiane przez badaczy, są to z pewnością skutki pożądane przez wiele osób udających się na psychoterapię. Być może jest to powód, dla którego terapeuci, niezależnie od własnej orientacji teoretycznej, zwykle wybierają psychoterapię psychodynamiczną dla siebie (Norcross, 2005).

## Tabela 2.

Definicja zdrowia psychicznego: Pozycje z *Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP–200; Shedler & Westen, 2007)*

- Jest w stanie skutecznie i produktywnie wykorzystywać swoje talenty, umiejętności i energię.
- Lubi wyzwania; znajduje przyjemność w osiągnięciach.
- Jest w stanie utrzymać znaczący związek miłosny charakteryzujący się prawdziwą intymnością i troską.
- Odnajduje sens w przynależności i wkładzie w większą społeczność (np. organizację, kościół, sąsiedztwo).
- Jest w stanie odnaleźć sens i spełnienie w prowadzeniu, uczeniu i troszczeniu się o innych.
- Jest empatyczny/a; jest wrażliwy/a reaguje na potrzeby i uczucia innych osób.
- Jest w stanie skutecznie i adekwatnie ocenić siebie, kiedy zajdzie potrzeba.
- Docenia i reaguje na humor.
- Jest w stanie przyswoić informacje, które są emocjonalnie zagrażające (tzn. zagrażają wyznawanym poglądom, spostrzeżeniom i samo-ocenom) i potrafi z nich skorzystać.
- Zdaje się być pogodzony/a z bolesnymi doświadczeniami z przeszłości; odnalazł/a w nich znaczenie i skorzystał/a z nich.
- Potrafi wyrazić siebie za pomocą słów.
- Prowadzi aktywne i satysfakcjonujące życie seksualne.
- Dobrze odnajduje się w sytuacjach społecznych.
- Zasadniczo odnajduje zadowolenie i radość w aktywności życiowej.
- Wyraża afekt w sposób odpowiedni i o natężeniu adekwatnym do sytuacji.
- Posiada zdolność rozpoznawania odmiennych punktów widzenia, nawet w tematach budzących silne emocje.
- Posiada standardy moralne i etyczne i stara się im sprostać.
- Jest kreatywny/a; jest w stanie zobaczyć sprawy, lub podejść do problemów w oryginalny sposób.
- Jest raczej sumienny/a i odpowiedzialny/a
- Jest raczej energetyczny/a i otwarty/a
- Posiada wgląd psychologiczny; jest w stanie zrozumieć siebie i innych w subtelny i złożony sposób.
- Jest w stanie odnaleźć znaczenie i satysfakcje w dążeniu do długoterminowych celów i ambicji.
- Jest w stanie tworzyć bliskie i trwające przyjaźnie charakteryzujące się wzajemnym wsparciem i dzieleniem doświadczeń.



## BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamicpsychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. doi:10.1159/000228247
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83. doi: 10.1080/10503309812331332207
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775–783.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. doi:10.1016/0272-7358(95)00027-M
- Barber, J., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619–622. doi:10.1037/0022-006X.64.3.619
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., . . . Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079–1085. doi:10.1037/0022-006X.64.5.1079
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005). *Abnormal psychology: An integrative approach* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671–706. doi:10.1016/S0272-7358(01)00117-9
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268–307.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459–486. doi:10.1016/j.cpr.2005.03.001
- Bornstein, R. (1988). Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: The treatment of psychoanalytic theory in abnormal psychology texts. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 83–93. doi:10.1037/h0085122
- Bornstein, R. (1995, Spring). Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: An agenda for the psychoanalytic researcher. *Bulletin of the Psychoanalytic Research Society*, 4(1). Retrieved from [http://www.columbia.edu/\\$hc137/prs/v4n1/v4n112.htm](http://www.columbia.edu/$hc137/prs/v4n1/v4n112.htm)
- Bornstein, R. (2001). The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 3–20. doi:10.1037/0736-9735.18.1.3
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007). The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 407–413. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00100.x

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504. doi:10.1037/0022-006X.64.3.497
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5, 1–173. doi:10.3310/hta5350
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.922
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005). Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78, 235–248.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crews, F. (1996). The verdict on Freud. *Psychological Science*, 7, 63–67.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909–922. doi:10.1037/a0013075
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318–326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572. doi:10.1080/10503300600756402
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. doi: 10.1080/16073220902742476
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936–941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . Parloff, M. B. (1989). National Institutes of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578–582. doi:10.1037/0022-066X.67.4.578
- Freud, S. (1962). Further remarks on the neuro-psychoses of defence. In J. Strachey (Ed. and trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 157–185). London, England: Hogarth Press. (Original work published 1896)
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190–209. doi:10.1080/10503309812331332307
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51, 1007–1016. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1007
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.

- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9–19.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–61. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Hansell, J. (2005). Writing an undergraduate textbook: An analyst's strange journey. *Psychologist–Psychoanalyst*, 24(4), 37–38. Retrieved from <http://www.division39.org/pdfs/PsychPsychoanalyst1004c.pdf>
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 623–627. doi:10.1037/0022-006X.64.3.623
- Hayes, A., & Strauss, J. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of cognitive change in psychotherapy: An application of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 939–947. doi:10.1037/0022-006X.66.6.939
- Hedges, L. V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490–499. doi:10.1037/0033-2909.92.2.490
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., & Mooney, M. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349–357. doi:10.1097/00005053-200306000-00001
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlø, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., . . . Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, 165, 763–771.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, M. W., & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774–781.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., . . . Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417–422.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316. doi:10.1037/0022-006X.61.2.306
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146–159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kihlstrom, J. F. (1999). A tumbling ground for whimsies? *Contemporary Psychology*, 44, 376–378. doi:10.1037/002604
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401–419.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 841–868.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027–1040. doi:10.1037/0022-006X.74.6.1027
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lingardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006). Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment*, 86, 23–32.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181–1209. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1181
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D.,
- Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher’s own therapy allegiances: A “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106. doi:10.1093/clipsy.6.1.95
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner’s guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Messer, S. B., & Abbass, A. A. (in press). Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In J. Magnavita (Ed.), *Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., . . . Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128–165. doi:10.1037/0003-066X.56.2.128
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., . . . Shear, M. K. (2007). A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265–272. doi:10.1176/appi.ajp.164.2.265
- Moncrieff, J., Wessely, S., & Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Article No. CD003012. doi:10.1002/14651858. CD003012.pub2
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist’s own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850. doi:10.1037/0003-066X.60.8.840
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2005). *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007–1016. doi:10.1037/0022-066X.71.6.1007
- Redmond, J., & Shulman, M. (2008). Access to psychoanalytic ideas in American undergraduate institutions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 391–408. doi:10.1177/0003065108318639

- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30–49. doi:10.1037/0033-2909.108.1.30
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, 52, 59–82.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (2008). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. (Reprinted in *Journal of Psychotherapy Integration*, 2002, 12, 5–9. doi:10.1037/1053-0479.12.1.5)
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534. doi:10.1037/0022-006X.62.3.522
- Shedler, J. (2006a). That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us. Retrieved from <http://psychsystems.net/shedler.html>
- Shedler, J. (2006b). Why the scientist–practitioner schism won’t go away. *The General Psychologist*, 41(2), 9–10. Retrieved from <http://www.apa.org/divisions/div1/archive.html>
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41–55. Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. (2007). Patients’ competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523–530. doi:10.1037/0022-006X.75.4.523
- Tang, T., & DeRubeis, R. (1999). Sudden gains and critical session in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894–904. doi:10.1037/0022-006X.67.6.894
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3–23.
- Thombs, B. D., Bassel, M., & Jewett, L. R. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 301, 930.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., . . . Thase, M. E. (2004). Therapist variables that predict change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy*, 41, 255–265. doi:10.1037/0033-3204.41.3.255
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371. doi:10.1037/0033-2909.124.3.333
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 335–384). New York, NY: Guilford Press.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP %EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005). and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427–433. doi:10.1037/0033-2909.131.3.427

- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 810–822. doi:10.1037/0021-843X.116.4.810