

WŁADYSŁAW JACEK PALUCHOWSKI

MIERZYĆ PSYCHOTERAPIĘ – CZYLI CO, JAK I KIEDY MIERZYĆ?

Jadwiga M. Rakowska jest autorką jedynej chyba w polskiej literaturze kompendium wiedzy na temat badań nad skutecznością psychoterapii, więc trudno jest się z nią nie zgodzić co do propozycji analizowania skuteczności procesu psychoterapii na podstawie badania indywidualnego przypadku (por. też dalej). Autorka zresztą nie tyle nakłania do polemiki, lecz taką polemikę sprawozdaje.

Na postawione pytania odpowiedzi są – w moim odczuciu – dość jednoznaczne, ale też budzą wiele refleksji. Stąd mój tekst podzielę na dwie części – odpowiedzi na postawione pytania oraz skojarzenia, jakie przychodziły mi do głowy, gdy zastanawiałem się nad tymi odpowiedziami.

ODPOWIEDZI

Medycyna oparta na dowodach empirycznych (EBM) akcentuje to, że jej celem jest bronienie pacjentów (i ubezpieczycieli) przed nieskutecznymi (a nawet szkodliwymi) praktykami terapeutycznymi. Stąd wskazuje się tam zarówno na wiarygodne procedury zdobywania dowodów naukowych (o charakterze ilościowym) oraz ich upowszechniania (recenzowane czasopisma naukowe), jak i na reguły postępowania w praktyce klinicznej, a także postuluje się odpowiednie sposoby kształcenia i samokształcenia (Jaeschke i in., 2000; Paluchowski, 2010). Za najbardziej poprawne i wiarygodne procedury zdobywania owych dowo-

dów uważane są randomizowane badania kliniczne z podwójnie lub potrójnie ślepią próbą (kliniczne badania eksperymentalne), potem kolejno badania kohortowe, kliniczno-kontrolne, przekrojowe oraz opisy przypadków (Jaeschke, Cook, Guyatt, 1998a, 1998b; Szajewska, 2004). Jest więc w interesie klientów profesjonalnych usług psychologicznych, by do praktyki klinicznej wprowadzane były wyłącznie interwencje wsparte dowodami empirycznymi (*empirically supported therapies*; ESTs¹) w postaci wyników klinicznych badań eksperymentalnych. Dzięki temu praktyka psychologiczna staje się elementem systemu naukowej psychologii². Oczywiście skuteczność interwencji jest tylko jedną z rzeczy, które można badać – obok osoby terapeuty, klienta i procedur interwencyjnych (Whiston, Sexton, 1993) – jednak badanie skuteczności jest z punktu widzenia interesu społecznego najważniejsze. Badania, co przyczynia się do skuteczności interwencji, mają – poza poznawczym – wymiar kształcący i pozwalają terapeutom doskonalić swój warsztat.

Czy wprowadzane interwencje powinny być najpierw testowane w naturalnych warunkach? Moim zdaniem – nie, najpierw powinny być badania w kontrolowanych warunkach. Jednocześnie jest dla mnie jasne, że wprowadzane terapie powinny także być badane w warunkach naturalnych. Przyjmując, że badania eksperymentalne to badania typu *efficacy*, a badania w naturalnych warunkach to badania typu *effectiveness* (por. też dalej) można powiedzieć, że te drugie mogą być zarówno źródłem hipotez (weryfikowanych potem w badaniach typu *efficacy*), jak i sposobem potwierdzania wyników badania typu *efficacy* (Jaworska, 2004, s. 125). Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy bardziej użytecznych informacji może dostarczyć praktykom porównanie aktualnie ocenianej interwencji z interwencjami stosowanymi rutynowo czy porównanie z wynikami badań kontrolowanych, uważam, że mimo wszystko to drugie kryterium jest lepsze, gdyż wychodzi poza lokalność (i geograficzną, i historyczną).

Rozważać można odpowiedzi na dwa pytania. Ogólne: czy psychoterapia jest skuteczna, oraz szczegółowe: która psychoterapia wobec kogo (choroba, jednostka o określonych cechach psychodemograficznych) jest skuteczna?³ Metaanalizy

¹ Używa się też innych terminów: „evidence-based psychotherapy” i „empirically validated treatments”. Istnieje subtelna różnica między terapią opartą na dowodach a terapią potwierdzoną empirycznie, ale nie jest to miejsce, by ją rozważać.

² Naukowe badania psychoterapii w kontrolowanych warunkach i wskazywanie na praktyczne konsekwencje tych badań jest skutecznym sposobem przy staraniu się o granty na te badania (Moras, 2002), co pokazuje, że nie tylko dobro pacjentów jest motywatorem „naukowienia psychoterapii”.

³ Przy okazji, z całą ostrością natychmiast pojawia się problem trafnej diagnozy klasyfikacyjnej, ze wskazaniem na rodzaj adekwatnej interwencji (Paluchowski, 2007, s. 156; także pojęcie profilowania pacjenta – Lutz, 2003).

(Lambert, Bergin, 1994) pokazują, że dowolna psychoterapia jest lepsza niż jej brak (średnia siła efektu $ES = 0,82$), jest trochę lepsza od placebo ($ES = 0,48$), a placebo lepsze niż brak terapii ($ES = 0,42$). Wynika też z tego, że terapie są względnie ekwiwalentne⁴. Skoro wiadomo, że interwencja jest skuteczna dla grupy pacjentów, to należy sprawdzić, czy jednostka jest podobna do typowego przedstawiciela tej grupy. Istotnym elementem sensownej odpowiedzi na pytanie, „Czy ta interwencja jest skuteczna dla tego konkretnego pacjenta?”, jest zastosowanie odpowiednich narzędzi diagnostycznych. Wynik odniesiony do odpowiedniej próby referencyjnej (norm obliczonych dla jednolitej grupy pacjentów) i wyrażony na skali standardowej pozwoli oszacować prawdopodobieństwo przynależności konkretnej jednostki do tej grupy (Paluchowski, 2001, s. 123, 2007, s. 117) i na tej podstawie podejmować decyzje o sensowności stosowania danej interwencji wobec tej jednostki⁵.

Można też to pytanie rozumieć tak, że chodzi o to, czy stosowana interwencja przynosi u konkretnego pacjenta kolejne przyrosty poprawy. Powstaje więc zupełnie inny problem – jak monitorować postępy terapii, by czynić to w sposób naukowy (empiryczny). Czym innym jest poszukiwanie naukowej weryfikacji hipotez o skuteczności danej procedury (interwencji), a czym innym monitorowanie przebiegu konkretnej psychoterapii. Przypomnę, że celem diagnozowania jest nie tylko określenie aktualnego poziomu funkcjonowania jednostki i natury jej problemu oraz wskazanie jego przyczyn i konsekwencji, nie tylko weryfikowanie hipotez odnośnie do istoty problemu i jego uwarunkowań, prognozowanie zachowania, ale także tworzenie planu interwencji oraz monitorowanie postępów i ocena efektów interwencji (Paluchowski, 2007, s. 12). Monitorowanie przebiegu interwencji pozwala zarówno na określenie, jak blisko (daleko) jesteśmy od stanu pożądanego, jak i czy kierunek zmian jest zgodny z oczekiwanym oraz podjęcia na tej podstawie decyzji o zakończeniu interwencji lub zmianie jej charakteru.

Monitorowanie przebiegu interwencji i kontrolowanie postępu u konkretnego pacjenta jest formą badania naukowego za pomocą analizy przypadku i ma wynikające z tego oczywiste ograniczenia (Hilliard, 1993). Jest to niewątpliwie metoda (metodyka?) pozwalająca zastąpić pytanie, „Jak można pomóc większości ludziom mającym problem danej klasy”, bliższym praktykom pytaniem, „Jak ja

⁴ I – co za tym idzie – że o skuteczności terapii decydują czynniki wspólne (niespecyficzne), a nie specyficzne.

⁵ NB – jeżeli jednostka jest podobna do typowego przedstawiciela danej grupy, o której wiadomo, że zastosowanie danej interwencji kończy się w 30% sukcesem i w 70% niepowodzeniem, to decyzja o podjęciu interwencji obciążona jest małym ryzykiem etycznym. Gdy natomiast jest ona do takiej grupy niepodobna, to – niezależnie od intuicyjnie szacowanego prawdopodobieństwa sukcesu – podjęcie interwencji będzie nieetyczne (w odniesieniu do etyki zawodowej).

mogę pomóc osobie siedzącej naprzeciwko mnie, w tych konkretnych warunkach i okolicznościach”⁶. Pozwala brać pod uwagę czynniki, które słabo lub wcale nie występują w badaniu laboratoryjnym (np. przymierze terapeutyczne). Jednocześnie takie badania wymagają powtarzalnych pomiarów (monitorowania) i powtarzalnych interwencji oraz jakiegoś ipsatywnego punktu odniesienia (*baseline*), by można było wyciągać wnioski przyczynowo-skutkowe. Russell B. Hilliard (1993) wskazywał na niską trafność wewnętrzną tego planu badawczego, głównie – jak można sądzić – z powodu wpływu (stronniczego) badacza na analizowany przez niego proces i wyniki pomiaru (por. też dalej). Nie jest więc to metoda alternatywna dla metod opartych na porównaniu grup. Nie jest, gdyż uogólnianie wiedzy uzyskiwanej z analizy przypadków nie uwzględnia wariacji klientów i okoliczności oraz nie wprowadza wariacji związanej z interweniującą osobą (zakładając, że terapeutą badaczem jest ta sama osoba).

Jest pytaniem otwartym, czy i kiedy badania w kontrolowanych (laboratoryjnych) warunkach pozwalają znajdować prawidłowości, które nie są artefaktem i występują też w warunkach naturalnych. Zależy to od kilku czynników (Frankfort-Nachmias, Nachmias, 2001): reprezentatywności badanej próby, uwrażliwiającego wpływu warunków badania (*reactive arrangements*), w tym realizmu sytuacyjnego (*mundane realism*) i psychologicznego (motywacyjnego). Można patrzeć na ten problem technicznie i sprawdzać, czy, w jakim obszarze i w jakim stopniu warunki sztuczne (ze względu na kontrolowanie różnych czynników) są podobne do warunków naturalnych. Można jednak zadać sobie pytanie, dlaczego badanie (eksperyment) trafne wewnętrznie jest (miało by być) nietrafne zewnętrznie? Innymi słowy, jakie warunki powodują, że prawidłowość nie występuje (lub odwrotnie – dlaczego występuje, w co zdaje się wierzyć wielu praktyków)? Jeśli nie kontrolujemy wszystkich (podstawowych, głównych) działających czynników, to oczywiście nie potrafimy na to pytanie odpowiedzieć. Ale gdybyśmy je kontrolowali, to jaka mogłaby być odpowiedź? Więcej da nam tu odnośnienie się do prac Leszka Nowaka (1977) niż do Donalda Thomasa Campbella i Juliana Cecila Stanleya (1966). Przystępując do badania w warunkach laboratoryjnych, przyjmujemy kontrfaktycznie idealizujące założenia co do interesującej nas prawidłowości i tak budujemy warunki badania. Badanie takie pozwala na sformułowanie prawa idealizującego o charakterze warunkowym. Uchylając kolejno te warunkowe założenia (co do braku wpływu określonych czynników), konkretyzujemy to prawo i formułujemy je w postaci coraz bliższej temu, co obserwujemy w warunkach naturalnych. Nie jest więc tak, że „warunki naturalne”

⁶ Inaczej mówiąc, zastąpić pytanie dotyczące wiedzy operacyjnej pytaniem, na które odpowiedź może być wyrowadzana z wiedzy prakseologicznej (Paluchowski, 2001, s. 163, 2007, s. 81).

znoszą działanie prawidłowości, ale tak, że – przyjmując idealizujące założenia – tworzymy takie warunki badania, by najsilniej przejawiało się w nich to, co jest przedmiotem naszego badania.

Czy praktycy będą wprowadzali do swojej praktyki interwencje wsparte empirycznie? Patrząc na historię tego, jak to się działo w innych obszarach, można przypuszczać, że proces ten przyspieszą oczekiwania świadomych konsumentów usług psychologicznych, nadzór Narodowego Funduszu Zdrowia i towarzystw ubezpieczeniowych.

REFLEKSJE

Rozumiane dosłownie oparcie praktyki klinicznej na wynikach naukowych (EBM) może nas prowadzić na manowce, jeżeli przyjmiemy, że – podobnie jak kiedyś fizyka dla psychologii – wzorem dla badania skuteczności psychoterapii może być badanie skuteczności farmakoterapii. Zarówno postulowanie postępowania analogicznego, jak w badaniu leków, jak i porównywanie skuteczności psychoterapii z farmakoterapią wydaje mi się dyskusyjne. Działanie leków (Danysz, Buczko, 2008) polega albo na działaniu przyczynowym (etioterapeutycznym), czyli usunięciu przyczyny zaburzenia (np. przez stymulowanie organizmu do wydzielania brakującej substancji lub do jej imitowania), albo na działaniu objawowym (zmniejszaniu dolegliwości skutków zaburzenia i/lub blokowaniu patomechanizmu; czasami także – zmniejszania korzystnych objawów, jak w wypadku farmakoterapii uzależnień). Efekt farmakologiczny leku zależy od dawki (stężenia), co pozwala wyróżnić dawkę leczniczą, minimalną i maksymalną leku (Danysz, Buczko, 2008). Badając działanie leku, określa się też efekty długotrwałego stosowania leku (tolerancje i uzależnienie). Aby rozumieć działanie leku, trzeba poznać jego mechanizm. To, co wydaje się oczywiste w przypadku badania mechanizmu działania leku, jest trudne do przeniesienia na obszar psychoterapii (por. Stiles, Shapiro, 1994). Psychoterapia nie leczy w takim samym sensie, jak leczy farmakoterapia (por. Aleksandrowicz, 2010).

Szczególnie istotnym problemem jest – moim zdaniem – skupienie uwagi badaczy nie na skuteczności (efekcie) czy na tym, co robią terapeuci, ale na wyjaśnianiu relacji działań psychoterapeuty i ich skutków przez wskazanie mechanizmu zmian zachodzących podczas psychoterapii (mikroprocesów – Grzesiuk, 1994). Analiza efektów ma wszelkie cechy badań korelacyjnych, analiza procesu jest badaniem nastawionym na wykrywanie związków przyczynowo-skutkowych. Różnica przedmiotu badania wyznacza też różnice w sposobie badania – do wy-

kazywania związków przyczynowo-skutkowych niezbędna jest procedura eksperymentalna (czy quasi-eksperymentalna). Znalezienie na drodze badań naukowych mechanizmu skutecznego oddziaływania psychoterapii (szerzej – danej procedury interwencyjnej) nie czyni z niej oczywiście odrębnej nauki, stąd pojęcie „naukowej psychoterapii” jest pewnym skrótem myślowym. To psychologia może być naukowa (w opozycji do „potoczna” czy „naiwna”), a psychoterapia jest jej stosowaniem. Nie wyklucza to oczywiście czerpania z praktyki inspiracji do budowania koncepcji czy teorii i ich weryfikowania w badaniach kontrolowanych, trudno jednak traktować to jako zadanie psychoterapeutów (i wskazywanie jako wzorców Zygmunta Freuda, Carla R. Rogersa czy Milтона Ericksona).

Sytuację utrudnia jeszcze i to, że w badaniu psychoterapii (która wcale nie jest wyjątkiem) mamy do czynienia z pomiarem reaktywnym (Webb i in., 1966; Lee, 2000). Reaktywność pomiaru⁷ to zjawisko wrażliwości mierzonych atrybutów na sam proces pomiaru – np. oceny terapeuty czy jego klienta (Patterson, 1983). Typowe procedury, podczas których uzyskuje się miary reaktywne, to rozmowa, badanie projekcyjne i eksperymentalne. Miary nieinwazyjne (*unobtrusive measure*), znane także pod nazwą miar niereaktywnych, to informacje (dane) już istniejące i powstałe bez udziału badacza. Ich źródłem najczęściej jest obserwacja bez interwencji lub tzw. analiza śladów (*physical trace evidence*). Dane te powstały albo nie w tych celach, które stawia sobie badacz i są w sposób naturalny obecne podczas badania (miary pośrednie) albo które powstały pod nieobecność badacza i bez związku z badaniem (dane wtórne). Także analiza treści pozwala uzyskać miary niereaktywne, bo realizowana jest jakby *off-line*. Reasumując – badacz nie ma żadnego wpływu na warunki, w jakich powstały te dane, nie było jego intencją ich powstanie i/lub powstały pod jego nieobecność. Szczególnie brak interakcji badający–osoba badana pozwala przypuszczać, że takie dane nie są intencjonalnie modyfikowane ani przez osobę badaną, ani przez badacza. Reaktywność pomiaru powoduje obniżenie zewnętrznej trafności badań, stąd sugestia (Patterson, 1983), by uzupełniać tradycyjne pomiary o miary nieinwazyjne.

Łatwo o nieporozumienia, gdy mówi się o badaniu efektów terapii dwojakiemu rodzajowi – typu *effectiveness* i typu *efficacy*. Nie tyle bowiem chodzi o różne typy efektu (jak efektywność eksperymentalna i skuteczność kliniczna), ile o różne sposoby ich badania i różne miary skuteczności terapii. Uważam także, że przeciwstawianie trafności wewnętrznej planu badawczego trafności zewnętrznej (sugerujące, że są badania nastawione na trafność zewnętrzną – typu *effectiveness* i wewnętrzną – typu *efficacy*) może być mylące. To rozróżnienie jest zresztą sto-

⁷ Najbardziej znane przykłady to ukryte wymagania sytuacji badawczej i tzw. efekt Hawthorne.

sunkowo świeże; kiedyś używano ich zamiennie (Lambert, Goates, 2002). Przyjmując klasyczne terminy: „badanie trafne wewnętrznie stwarza możliwość uzyskania potwierdzenia hipotezy, jeżeli jest ona prawdziwa, i jej odrzucenia, jeżeli jest ona fałszywa” (Brzeziński, 1996, s. 67-68), natomiast „trafność zewnętrzna planu [...] związana jest z pytaniem o zakres wniosków, które badacz sformułował na podstawie wyników [...]” (Brzeziński, 1996, s. 318; por. też Brzeziński, 2004). Uważam, że każdy badacz stara się, by jego badanie było trafne wewnętrznie i uzyskane w nim wyniki trafne zewnętrznie, bo chce uogólniać wyniki dotyczące prawdziwych prawidłowości na sytuacje pozbawione kontekstu lokalnego i historycznego⁸. Badacze koncentrujący się na badaniu psychoterapii w rutynowych warunkach korzystania z niej mogą (starają się) kontrolować czynniki zakłócające (o ile są one faktycznie zakłócające!) przez pomiar lub eliminację (wyrównanie wartości). Badacze inspirowani często tym, co obserwuje się w naturalnych dla praktyki psychologicznej warunkach, starają się sprawdzić, czy działają interwencje w swej możliwie czystej formie, odtwarzając ich istotę w możliwie wierny sposób. Gdyby nie odtwarzali rzeczywistych warunków, wystarczyłoby badanie podstawowe. A badania podstawowe mają stosunkowo niski status wśród kryteriów wiarygodności dowodów empirycznych (EBM). Mówiąc metaforycznie – jeżeli przyjąć że badaniem podstawowym jest obserwacja efektów stosowania substancji leczącej wobec preparatu tkankowego, to przeniesienie tych wyników do realnej praktyki jest możliwe tylko wtedy, gdy kontrfaktycznie przyjmujemy, że czynniki „kontekstowe” (inne tkanki, żywy organizm o określonych cechach psychospołecznych) mają charakter losowego zakłócenia.

Autorka czasami zamiennie używa terminu „warunki laboratoryjne” i „kliniczne badania kontrolowane”. Lepszym określeniem – zamiast „w warunkach laboratoryjnych” – byłoby „w kontrolowanych warunkach”, bo „laboratorium” to już raczej metafora, gdyż chodzi o badania rzeczywistych pacjentów w rzeczywistych warunkach przy – z jednej strony – doborze ze względu na (objawowe) rozpoznanie i sproceduralizowanym postępowaniu psychoterapeutów (standaryzujące podręczniki instruktażowe⁹), a z drugiej – przy korzystaniu z quasi-eksperymentalnego planu badawczego i pomiaru zmiany poziomu objawów¹⁰. Można mówić o trzech aspektach badania naukowego, które zawarte są w sformułowaniach „badanie eksperymentalne”, „badanie kontrolowane” i „badanie labora-

⁸ I nie ma tu znaczenia, czy mówimy o trafności wewnętrznej i zewnętrznej, nawiązując do procedur eksperymentalnych, czy też o wiarygodność (“credibility”) i możliwość generalizacji (“transferability”), nawiązując do procedur jakościowych.

⁹ Przy akceptowanym braku kontroli nad realizacją przez klientów „zadań domowych”.

¹⁰ Trudno tu jednak – za pomocą podwójnie ślepego badania – kontrolować wpływ nastawienia badaczy i pacjentów.

toryjne”. „Badanie eksperymentalne” to takie badanie, w którym – dzięki manipulowaniu przez badacza wartościami jednego czynnika (wyjaśniającego) i rejestrowaniu zmian wartości drugiego czynnika (wyjaśnianego) – możemy wyprowadzać wnioski o charakterze przyczynowo-skutkowym (co do przyczyn lub konsekwencji interesującego nas zjawiska). Eksperyment może być zarówno eksperymentem naturalnym, jak i laboratoryjnym¹¹. „Badanie laboratoryjne” to badanie w sztucznych warunkach (odmiennych od tych, w jakich interesujące nas zjawisko występuje), często w pomieszczeniach, które izolują osoby badane od wpływu czynników zdefiniowanych jako zakłócenia i w których możliwa jest rejestracja tych parametrów zachowania, które są określone przez badacza jako podstawowe (główne, istotne). „Badanie kontrolowane” to takie, w którym (najczęściej przez pomiar, choć także przez randomizację) kontrolujemy wpływ czynników ważnych z punktu widzenia badacza (także czynników zakłócających). Gdy używa się tych terminów zamiennie, łatwo można budować opozycję: laboratoryjne badanie psychoterapii i badanie psychoterapii w rutynowych warunkach jej praktycznego stosowania, ale – poza emocjonalnym nacechowaniem – opozycja ta niczego do dyskusji nie wnosi.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. W. (2010). Kilka uwag o procesach integracji teorii psychoterapii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 6, 1, 3-10.
- Brzeziński, J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. (2004). Trafność zewnętrzna terenowych badań eksperymentalnych. *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 161, 455-469.
- Campbell, D. T., Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Skokie, Il: Rand McNally.
- Danysz, A., Buczko, W. (2008⁵). *Kompendium farmakologii i farmakoterapii. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wrocław: Elsevier.
- Frankfort-Nachmias, Ch., Nachmias, D. (2001). *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Grzesiuk, L. (red.) (1994). *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, 373-380.
- Jaeschke, R., Cook, D., Guyatt, G. (1998a). Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). Odcinek 2: Ocena artykułów o leczeniu lub zapobieganiu. Cz. I: Ocena wiarygodności. *Medycyna Praktyczna*, 2, 11-17.

¹¹ Eksperyment kliniczny to kliniczne badanie interwencji terapeutycznych, prowadzone zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

- Jaeschke, R., Cook, D. J., Guyatt, G. H. (1998b). Ocena artykułów na temat testów diagnostycznych. Cz. I: Ocena wiarygodności i uwagi ogólne. *Medycyna Praktyczna*, 10, 156-159.
- Jaeschke, R., Cook, D. J., Guyatt, G. H., Gajewski, P. (2000). Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach (POWAP). EBM po Y2K. *Medycyna Praktyczna*, 1, 225-229.
- Jaworska, A. (2004). Główne nurty w metodologii badań nad skutecznością psychoterapii – w poszukiwaniu „trzeciej drogi”. W: J. Brzeziński (red.), *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów* (s. 116-147). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E. (1994⁴). The effectiveness of psychotherapy. W: A. E. Bergin, S. L. Garfield (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 143-189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Goates, M. K. (2002). Efficacy. W: M. Hersen, W. H. Sledge (red.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (vol. 1, s. 715-718). San Diego, CA: Academic Press.
- Lee, R. M. (2000). *Unobtrusive methods in social research*. Philadelphia: Open University Press.
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 7, 745-750.
- Moras, K. (2002). Research in psychotherapy. W: M. Hersen, W. H. Sledge (red.), *Encyclopedia of Psychotherapy* (vol. 2, s. 525-545). San Diego, CA: Academic Press.
- Nowak, L. (1977). *Wstęp do idealizacyjnej teorii nauki*. Warszawa: PWN.
- Paluchowski, W. J. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Paluchowski, W. J. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Paluchowski, W. J. (2010). Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”? *Roczniki Psychologiczne*, 13, 2, 7-27.
- Patterson, D. R. (1983). Nonreactive measures in psychotherapy outcome research. *Clinical Psychology Review*, 3, 391-416.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 5, 942-948.
- Szajewska, H. (2004). Świadome korzystanie z literatury medycznej, czyli o jednym z elementów evidence based medicine (EBM). *Magazyn Otolaryngologiczny*, 7-9, 3, 11, 71-78.
- Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., Sechrest, L. (1966). *Unobtrusive measures: Nonreactive research in the social sciences*. Chicago: Rand McNally.
- Whiston, S. C., Sexton, T. L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 43-51.