

Jak prosto przeprowadzić i napisać stadium przypadku: wytyczne dla praktykujących psychoterapeutów

Jan Roubal, Michal Čeveliček, Tomáš Řiháček

Tłumaczenie: Marek Misiak

Niniejszy artykuł stanowi polskie tłumaczenie anglojęzycznej wersji artykułu opublikowanego pierwotnie w języku czeskim w czasopiśmie *Psychoterapie: Praxe, inspirace, konfrontace* wydawanym przez Uniwersytet Masaryka (Brno, Czechy; <https://journals.muni.cz/psychoterapie>). Przekład na język angielski powstał dzięki wsparciu Europejskiego Towarzystwa Terapii Gestalt (European Association for Gestalt Therapy (EAGT); www.eagt.org). Należy cytować oryginalną pracę w następujący sposób:

Roubal, J., Čeveliček, M., & Řiháček, T. (2019). Jak jednoduše provést a napsat případovou studii: Vodítka pro psychoterapeuty v praxi. *Psychoterapie*, 13(1), 22–39.

Abstrakt

Studia przypadku stanowią przykład metodologii odpowiedniej dla badań naukowych zorientowanych na praktykę terapeutyczną. W tym artykule są one prezentowane jako naturalny sposób zdobywania wiedzy; w ramach tego procesu psychoterapeuci mogą używać umiejętności stanowiących oczywistą część ich praktyki terapeutycznej. Autorzy wyjaśniają podstawowe etapy przeprowadzania studium przypadku: 1) Determinacja (Dlaczego pracujemy nad studium przypadku?); 2) Przygotowanie (Czego chcemy się dowiedzieć?); 3) Gromadzenie danych (Jak mogłaby wyglądać wersja minimum danego studium przypadku?); 4) Analiza danych i pisanie artykułu (Zwyczajna struktura studium empirycznego). Artykuł prezentuje studia przypadku jako znaczący i ubogacający sposób włączania badań naukowych w proces przygotowania do zawodu terapeuty oraz rozwoju zawodowego praktykujących psychoterapeutów.

Słowa kluczowe: studium przypadku, badania naukowe nad psychoterapią, badania naukowe zorientowane na praktykę, metodologia badań naukowych

Wprowadzenie

Studia przypadku mają w psychoterapii długą tradycję. Są naturalnym sposobem wytwarzania i przekazywania wiedzy o tym, jak działa psychoterapia. Często przemawiają do nas znacznie lepiej niż szeroko zakrojone studia lub metaanalizy, gdyż w przeciwieństwie do tych metod wyjmują przypadku z jego oryginalnego kontekstu, ale ujmują go w sieci relacji i wpływów, które przyczyniły się do jego ukształtowania. Nie mówią o uśrednionej efektywności każdego z podejść terapeutycznych – a jednak pozwala nam znacznie lepiej zrozumieć, jakie konkretnie zmiany nastąpiły u klienta i jakie procesy najprawdopodobniej do nich doprowadziły.

Dla przykładu: typowe randomizowane studium skuteczności może wykazać, że klienci, którzy przeszli terapię, osiągnęli zmianę wynoszącą (średnio) $d = 0,80$ współczynnika niepokoju ogólnego, i że za 8% (znów średnio) tej zmiany odpowiada jakość przymierza terapeutycznego między klientem i terapeutą (lub inna zmienna, której zbadanie było celem pracy). Natomiast studium przypadku może wskazać nam obszary, w których nastąpiła zmiana,

konkretne przejawy tej zmiany w życiu klienta, a także obszary, w których terapia nie zakończyła się sukcesem.

Przede wszystkim jednak studium przypadku pomoże nam zrozumieć, jak ważna obserwowana zmiana ma dla samego klienta. Dzięki szczegółowemu rozumieniu kontekstu danego przypadku możemy także ustalić, czy do zmiany przyczynił się konkretny kluczowy moment lub aspekt procesu terapeutycznego (np. moment, gdy terapeuta przyznał się do błędu lub pomógł klientowi zobaczyć jego problem z nowej perspektywy) lub zmiana okoliczności zewnętrznych (np. zmiana pracy lub zajmowanego stanowiska). To, na ile przekonujące jest studium przypadku, bierze się zatem nie z „nagiej siły” uogólniających statystyk, ale z wrażliwości na niuanse i specyfikę danego przypadku.

W naszym artykule koncentrujemy się na tzw. systematycznym studium przypadku. Nie jest ono po prostu narracją o kolejnych przypadkach snutą z punktu widzenia terapeuty, ale osobnym gatunkiem studiów empirycznych. Jego cechą charakterystyczną jest pytanie, które autor pracy (który może, ale nie musi być tożsamy z psychoterapeutą pracującym z opisywanym klientem) formułuje i na które chce odpowiedzieć w artykule – i w tym celu dany badacz gromadzi, a następnie integruje różne rodzaje danych.

Takie podejście może się wydawać odległe od powszechnej praktyki klinicznej, ale po dokładnym przyjrzeniu się widać, że wcale tak nie jest. Każdy psychoterapeuta w ramach własnej praktyki zadaje pytania (Czy ta konkretna terapia zakończyła się sukcesem? Która z moich interwencji była najbardziej przydatna? Jaki proces zmiany zaszedł podczas terapii? Jak klientem doświadczał terapii i jak ją ocenia? Jak klienci włączyli korzyści z terapii w swoje codzienne życie?). Aby na nie odpowiedzieć, psychoterapeuta stara się zdobyć informacje, których potrzebuje, i postępuje – intencjonalnie lub intuicyjnie – jak „zawodowy naukowiec”. Dlatego właśnie nauka nie może być ujmowana wyłącznie jako zestaw konkretnych „naukowych” procedur badawczych, ale musi być rozumiana jako podejście obejmujące zdyscyplinowane zadawanie pytań, krytyczne myślenie, wyobraźnię, dyscyplinę intelektualną, sceptycyzm, a także otwartość na zmianę w obliczu dowodów (Stricker, 2002). Tak rozumiane podejście naukowe nie jest sprzeczne z powszechną praktyką; wręcz przeciwnie – to podejście odpowiedzialnego praktyka, który stara się zastanawiać się nad swoją pracą i rozwijać się zawodowo.

Studium przypadku może służyć wielu różnorodnym celom – m.in. a) dokumentowaniu i ewaluacji nowego podejścia terapeutycznego, b) formułowaniu teorii psychoterapeutycznej, c) analizie wybranych krytycznych momentów lub aspektów praktyki terapeutycznej, lub też d) szkoleniu osób przygotowujących się do zawodu (McLeod, 2010). Jednak niezależnie od tego, który z wymienionych celów chcemy realizować, można sformułować ogólne zasady i procedury opisujące tworzenie dobrego studium przypadku. W niniejszym tekście opisujemy podstawowe etapy realizacji studium przypadku, aby umożliwić to w ramach praktyki psychoterapeutycznej. Ważnym elementem artykułu są tabele odsyłające do dodatkowych źródeł, które umożliwią czytelnikom zainteresowanym omawianym tematem poszerzenie wiedzy.

Tabela 1. Przydatne piśmiennictwo

<p>Zainteresowanym głębszym rozumieniem roli studiów przypadku w kontekście psychoterapii i doradztwa psychologicznego polecamy szczególnie książkę <i>Case Study Research in Counselling and Psychotherapy</i> (McLeod, 2010; pozycja dostępna wyłącznie w języku angielskim). Jeśli zaś czytelnik chciałby poznać szersze ideowe tło, które mogłoby służyć jako program podejścia opartego na studiach przypadku w badaniach naukowych w psychologii i psychoterapii, należy sięgnąć po książkę <i>The Case for Pragmatic Psychology</i> (Fishman, 1999; pozycja dostępna wyłącznie w języku angielskim).</p>

Etap I. Determinacja

Determinacja jest jak paliwo na podróż. W trakcie jazdy wciąż je spalamy – istotne jest więc, abyśmy na starcie mieli go dostatecznie dużo. Jeśli chcemy napisać studium przypadku, na początku musimy zadać sobie pytanie, uczciwie i z naturalnym zaciekawieniem: Dlaczego studium przypadku? Co dzięki niemu osiągnę? Jaki jest sens poświęcania wielu godzin pracy badawczej na tego rodzaju projekt?

Studium przypadku to metodologia odpowiednia do badań zorientowanych na praktykę (*practice-oriented research*). Te ostatnie stanowią wpływowy i zyskujący na znaczeniu trend, będący sposobem na wzmocnienie wciąż słabego i niedostatecznego pomostu między badaniami akademickimi a codzienną praktyką psychoterapeutyczną. Studium przypadku wydaje się idealne do tego celu. To „mniejszy kąsek” (tzn. taki, którym się nie udławimy) – projekt badawczy o kompleksowym charakterze, ale skromnym zakresie tematycznym, niewymagający żadnego poważniejszego wsparcia (ani instytucjonalnego, ani grantowego). Dobrze pomyślane studium przypadku może być interesującym projektem pobocznym dla praktykującego psychoterapeuty lub osoby przygotowującej się do tego zawodu poprzez studia. Ma też tę zaletę, że może być realizowane przez jedną osobę lub mały zespół badawczy, który może składać się jedynie z terapeuty i badacza (ten drugi może być np. studentem piszącym pracę dyplomową).

Warto jednak już na wstępie wskazać, że nawet tak wąsko zakrojony projekt wymaga sporo czasu i wysiłku. Co zaś może nam dać praca nad nim? Kluczowym aspektem studium przypadku jest jego metodologia – bliska praktyce terapeutycznej. Wyniki takich badań są konkretne i łatwo zrozumiałe, a dodatkowo dostarczają psychoterapeucie informacji zwrotnej oraz inspiracji do dalszej codziennej pracy. W tym sensie takie badania mogą nie tylko pomóc terapeutce w rozwoju zawodowym, ale także odegrać istotną rolę w przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu, które grozi w tym zawodzie przy regularnej praktyce z wieloma klientami. Zaangażowanie w projekt badawczy pozwala psychoterapeucie skierować uwagę na inne niż zwykle kwestie, zauważać zmiany wyraźniej i systematyczniej – zmiany, które w innej sytuacji przeoczyłby jako normalne i spodziewane. Samo to może nie tylko przywrócić poczucia sensu własnej pracy, ale też przynieść nieoczekiwaną satysfakcję ponownego odkrywania, jak wiele form ma praktyka psychoterapeutyczna, jak jest złożona – i jaką przygodą może być w samej swej istocie. Psychoterapeuta może nauczyć się patrzeć na swoją pracę z innej perspektywy, co z kolei może ożywić jego kreatywność i stanowić zastrzyk motywacji do (istotnego dla jego praktyki) zapoznawania się nowymi ustaleniami teoretycznymi i praktycznymi, które stanowią przejaw rozwoju psychoterapii jako pola badawczego.

Zaskakująco wielu psychoterapeutów z pewną już praktyką w zawodzie chce prowadzić badania naukowe; nie wiedzą jednak, jak robić to prosto i ekonomicznie, jeśli chodzi o wkład pracy i poświęcony czas. Studia przypadku to „przyjazna użytkownikowi” możliwość połączenia praktyki terapeutycznej z badaniami naukowymi – być może nawet prowadzającymi do uzyskania doktoratu. Z perspektywy studenta zainteresowanego psychoterapią studium przypadku oznacza możliwość realizacji badań w ramach przygotowywania pracy dyplomowej, dzięki którym kształcący się przyszły terapeuta może nauczyć się czegoś przydatnego potem w praktyce zawodowej. Co więcej, osoby przygotowujące się do zawodu psychoterapeuty, które napiszą studium przypadku na zakończenie nauki, mogą użyć metodologii badawczej studium przypadku, aby nadać swej pracy dodatkowy wymiar; przygotowane przez nich studium może też ukazać się jako artykuł w czasopiśmie naukowym.

Etap II. Przygotowanie

Motywacja, która skłania nas do podjęcia się pracy nad studium przypadku, wpływa także na sposób sformułowania pytań badawczych, czyli pytań, które stawiamy na początku projektu i na które odpowiedzi szukamy podczas badań. Nakierowują one naszą uwagę na te lub inne kwestie, a to z kolei wpływa na ewolucję projektu badawczego. Przykładowo, możemy chcieć dowiedzieć się czegoś o naszej praktyce terapeutycznej i pytamy sami siebie: W jakim stopniu terapia pomaga moim klientom? I w jaki konkretnie sposób się to dzieje? Początkowo pytanie badawcze może być podobnie ogólne, a potem, gdy już zbierzemy trochę danych lub zainteresujemy się konkretnym aspektem terapii, możemy je zawęzić.

Powyższe pytanie dotyka dwóch istotnych obszarów badań nad psychoterapią: skali zmiany i jej wyjaśnienia. Jeśli chcemy zgłębić te dwa obszary, musimy zacząć myśleć o tym, jakich narzędzi użyć. Ich paleta jest dość szeroka, zatem poniżej wskazujemy, jakie są typy dostępnych narzędzi, za każdym razem podając konkretne przykłady.

Aby ustalić, czy praca z danym przypadkiem (klientem) zakończyła się sukcesem (tj. czy nastąpiła pożądana zmiana terapeutyczna), potrzebne są dowody potwierdzające zmianę, którą klientowi udało się osiągnąć w trakcie terapii. Warto od początku mieć świadomość, że zmiana może mieć jednocześnie charakter ilościowy (coś rośnie lub maleje) i jakościowy (coś staje się inne) – i do tego będziemy dobierać narzędzia pozwalające uchwycić zmianę. Obie perspektywy – ilościowa i jakościowa – mają zalety i wady. Studium przypadku umożliwia ich konstruktywne łączenie dzięki wykorzystaniu mocnych stron obydwu.

Musimy stosować zestandaryzowane kwestionariusze w celu ustalenia, jak duża była zmiana w problemach klienta, a jednocześnie na ile była znacząca. Dostępne kwestionariusze koncentrują się na problemach różnego typu, zatem już na etapie wybierania narzędzia badawczego musimy wiedzieć, co dokładnie nas interesuje. Niektóre kwestionariusze mierzą ogólny poziom niepokoju i są przydatne do zbadania, jak nasi klienci generalnie sobie radzą i czy ich problemy stają się mniej dolegliwe podczas terapii, a jakość ich życia poprawia się podczas terapii. Taki charakter mają narzędzia CORE-OM, ORS i OQ-45, które zostały dokładniej omówione w Tabeli 2. Może nas jednak również interesować zmiana w obszarze jakiegoś konkretnego problemu, np. symptomów lękowych lub depresji – w takim wypadku wybieramy narzędzia mierzące konkretne symptomy, jak PHQ-9, lub obejmujące szeroki zakres problemów, np. SCL-90. Te z kolei kwestionariusze zostały szczegółowiej przedstawione w Tabeli 3.

Tabela 2. Przykłady narzędzi mierzących ogólną symptomatologię oraz funkcjonowanie w społeczeństwie, pracy i relacjach¹

CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) to kwestionariusz składa się z 34 elementów, które mierzą często występujące problemy i klasyfikują je do jednego z czterech obszarów: osobiste samopoczucie, funkcjonowanie społeczne, symptomy i poziom ryzyka dla siebie samego i innych. Istnieją także skrócone wersje tego narzędzia składające się z 18, 10 i 5 elementów. Kwestionariusz ten jest odpowiedni do mierzenia ogólnego poziomu problemów i jakości życia klienta; jednocześnie pozwala na uchwycenie ryzyka, którego istnienie nie powinno umknąć uwadze w trakcie psychoterapii (chodzi tu np. o ryzyko wystąpienia myśli samobójczych lub stosowania przemocy).

¹ Niektóre z kwestionariuszy wymieniony w tej tabeli są także wylistowane na stronie Centrum Badań nad Psychoterapią (Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Masaryka w Brnie): <https://psychotherapyresearch.fss.muni.cz/nabizime/vyzkumne-nastroje>.

OQ-45 (Outcome Questionnaire 45) to kolejny przykład narzędzia mierzącego najczęściej spotykane problemy; kwestionariusz ten również dobrze nadaje się do monitorowania ogólnej zmiany u klienta podczas terapii. Problemy są w nim podzielone na trzy grupy: symptomy, trudności w relacjach interpersonalnych i trudności w funkcjonowaniu w roli społecznej. Składa się 45 elementów, jest zatem dłuższy niż CORE-OM; są jednak dostępne także skrócone wersje (30 lub 10 elementów). Na tym etapie wydaje się, że jest to najlepiej przebadany empirycznie instrument koncentrujący się na ogólnych problemach. Możliwość jego użycia wiąże się z opłatą.

WHO-5 (World Health Organization Wellbeing Index) to kwestionariusz zaprojektowany do mierzenia ogólnego samopoczucia za pomocą jedynie pięciu elementów – dzięki temu dobrze nadaje się do użycia w codziennej praktyce terapeutycznej i do stosowania szereg razy z tym samym klientem. Gdy porównać go z dwoma powyższymi narzędziami, można zauważyć, że nie ocenia on problemów klientów, ale ich zadowolenie, przez co akcentuje bardziej mocne niż słabe strony. Narzędzie to można stosować bezpłatnie.

ORS (Outcome Rating Scale) to kwestionariusz (Duncan et al., 2003) mierzący ogólne samopoczucie klienta za pomocą jedynie czterech elementów – z tego powodu również sprawdza się do regularnej oceny stanu klienta i wykrywania nagłych fluktuacji w jego problemach. Koncentruje się na trzech wymiarach (osobistym, relacji interpersonalnych i szerszego funkcjonowania w społeczeństwie), a same pytania dotyczą osobistego samopoczucia. Z uwagi na jego zwięzłość jego zastosowanie może być częścią sesji z klientem, włącznie z rozmową o wynikach kwestionariusza. Można go użyć za darmo po zarejestrowaniu się na specjalnej stronie internetowej (dotyczy tylko wersji papierowej).

Tabela 3. Przykłady instrumentów przeznaczonych do mierzenia konkretnej psychopatologii

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) składa się z dziewięciu elementów, a jego celem jest wykrycie najczęstszych symptomów depresji. Został pierwotnie zaprojektowany do rozpoznawania depresji u pacjentów służby zdrowia, jednak cechujące go łatwość zastosowania, skromna objętość, darmowa dostępność i dobre walory psychometryczne czynią go narzędziem do regularnej kontroli pod kątem symptomów depresji, odpowiednim do wdrożenia w codziennej praktyce psychoterapeutycznej.

GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) to kwestionariusz bardzo podobny do PHQ-9, jednak przeznaczony do mierzenia symptomów lękowych. Składa się jedynie z siedmiu elementów, nie ma zatem problemu z używaniem go do regularnego pomiaru problemów klienta związanych z lękiem. Narzędzie to także jest dostępne bezpłatnie.

SCL-90 (Symptom Checklist-90) – jak sama nazwa wskazuje – składa się z 90 elementów i mierzy symptomy choroby psychicznej w dziewięciu obszarach. Są to: fobia, lęk, depresja, wrogość, wrażliwość interpersonalna, psychotyczność, paranoja, obsesja i somatyzacja. Okazało się, że poszczególne obszary w znacznym stopniu się nakładają, zatem często używany jest jedynie ogólny wskaźnik nasilenia obliczany na podstawie wyników wszystkich elementów kwestionariusza. Jednak również poszczególne wymiary (*dimensions*) tego narzędzia mogą pozwolić na bardziej szczegółowy wgląd w konkretne problemy klienta.

Poza próbami ustalenia, na ile nasilone są symptomy i problemy u klienta, istotne może być także zbadanie, na ile problemy te wpływają na całe życie klientów: jak radzą oni sobie z funkcjonowaniem w społeczeństwie, w pracy i w relacjach interpersonalnych. Taka ewaluacja możliwa jest za pośrednictwem niektórych instrumentów mierzących ogólny poziom niepokoju

(np. CORE-OM, OQ-45), a także wybranych instrumentów mierzących konkretne symptomy (np. PHQ-9, GAD-7).

Ludzie przychodzą na psychoterapię z różnymi problemami, zatem bogactwo dostępnych metod pomiaru jest bardzo istotne. Jednak kwestionariusze mają również ograniczenia. Podczas opracowywania studium przypadku możemy poradzić sobie z nimi dzięki bazowaniu na szerszych danych i wielu perspektywach.

Jedno z ograniczeń mierzenia zmiany terapeutycznej z wykorzystaniem zestandaryzowanych kwestionariuszy polega na tym, że mierzymy w ten sposób tylko najczęściej występujące problemy (które właśnie dlatego znalazły się w tych kwestionariuszach). Może to być np. poczucie beznadziei, które wychwytuje większość kwestionariuszy mierzących ogólny poziom niepokoju. Może się jednak zdarzyć, że klient za swój najistotniejszy problem uważa poczucie zagubienia – chcielibyśmy zatem zmierzyć, jak to doświadczenie zanika (lub nasila się) podczas terapii, natomiast instrumenty mierzące ogólny niepokój lub konkretne symptomy mogą nie nadawać się do wychwycenia tej konkretnej zmiany.

W takiej sytuacji możemy użyć narzędzi mierzących problemy sformułowane przez klientów (np. kwestionariusz PQ opisany w Tabeli 4). W porównaniu z zestandaryzowanymi narzędziami, w których klienci odpowiadają na listę przygotowanych wcześniej pytań (elementów, problemów), w tym przypadku poszczególne komponenty kwestionariusza są tworzone w sposób dostosowany do potrzeb danego klienta. Zawsze należy wówczas na początku spisać wraz z klientem listę problemów, a następnie podczas terapii klienci oceniają, na ile dane problemy wciąż ich dręczą.

Tego typu narzędzia są szczególnie użyteczne przy pracy nad studium przypadku, gdyż umożliwiają mierzenie zmian istotnych w oczach samych klientów. Niektóre z nich rozwiązują także inny problem zestandaryzowanych kwestionariuszy: rozumienie poszczególnych elementów danego kwestionariusza po stronie klienta może się zmieniać w trakcie psychoterapii. Jeśli klient sam tworzy poszczególne komponenty kwestionariusza, możemy spytać go, czy zaczął podczas terapii rozumieć je inaczej niż na początku. Z kolei wadą takich narzędzi jest duża ilość czasu, którą trzeba poświęcić na ich stworzenie na początku sesji terapeutycznej (zadanie to może łatwo zająć całą sesję) i trudności z porównywaniem zarejestrowanych w ten sposób zmian z danymi uzyskanymi od innych klientów. Z drugiej strony, jeśli stosować je razem ze zestandaryzowanymi kwestionariuszami, można wykorzystać zalety obu podejść.

Tabela 4. Przykład narzędzia ujmującego problemy sformułowane przez klienta.

<p>PQ (Personal Questionnaire) jest używany do mierzenia problemów klienta podczas terapii. Od innych kwestionariuszy skupiających się na problemach klientów różni go to, że jego elementy można dostosować do specyfiki danego klienta (Elliott et al., 1999). Ma dobre własności psychometryczne (Elliott et al., 2016). Zwykle składa się z między 8 a 12 elementów, które albo są kształtowane przez klienta i badacza przed rozpoczęciem terapii, albo przez klienta i terapeutę podczas pierwszej sesji w celu stworzenia mapy problemów klienta (może być też tak, że to terapeuta jest równocześnie badaczem).</p>
--

Ważne jest nie tylko uchwycenie skali zmian poprzez kwestionariusze; pomocne może być także jakościowe rozumienie, w jaki sposób klienci postrzegają zmianę, która zaszła podczas psychoterapii. Może się np. zdarzyć, że zestandaryzowane kwestionariusze nie wykazują żadnej poprawy, jeśli chodzi o symptomy u klienta – ale gdy pytamy klienta o zmiany w symptomach, okazuje się, że po terapii lepiej rozumie on swoje problemy lub patrzy na nie z innej, korzystniejszej dla niego perspektywy (Roubal et al., 2018). Dla przykładu: fizycznie

odczuwalny lęk, który wcześniej postrzegali jako przeszkodę w efektywnym funkcjonowaniu, mogą oni zacząć rozumieć jako istotny sygnał ostrzegający ich przed przepracowaniem. Zatem choć w odniesieniu do samego symptomu nie nastąpiła poprawa (a terapia jest w tym aspekcie nieskuteczna), klient uważa, że nastąpił fundamentalny i praktycznie użyteczny postęp (którego dokonał poprzez terapię).

Jakościowe badanie zmiany jest możliwe np. poprzez wywiady retrospektywne (CHAP, CCI), które zostały opisane w Tabeli 5. Można używać ich także w pracy z terapeutami – w celu porównania, czy i jak ich rozumienie zmiany wypracowanej w terapii różni się od perspektywy klientów. Systematyczne zapiski także mogą służyć temu samemu celowi. Terapeuci notują, jakie zmiany obserwują podczas terapii i jak można ich zdaniem je nazwać. Taki sposób gromadzenia danych może być dla większości psychoterapeutów najbardziej naturalny, jako że rutynowo używają go w swojej praktyce i nie wymaga on od nich poświęcania dodatkowego czasu. Z drugiej strony, chociaż jakościowa ocena zmiany pozwala pozyskać bogate i unikalne dane, wymaga bardziej czasochłonnego ich gromadzenia i analizy, niż jest to konieczne, gdy w użyciu są kwestionariusze. Trzeba być tego świadomym przed wyborem narzędzi i instrumentów badawczych.

Tabela 5. Przykłady narzędzi pozwalających retrospektywnie uchwycić zmianę

CCI (Client Change Interview) to na wół ustrukturyzowany wywiad przeznaczony do jakościowego i liczbowego ujmowania zmiany, która nastąpiła w ramach psychoterapii, z perspektywy klienta. Poszczególne grupy pytań dotyczą następujących obszarów: zmiany na lepsze i gorsze od rozpoczęcia psychoterapii; ewaluacja zmian z punktu widzenia tego, czy były oczekiwane, czy nastąpiłyby nawet bez terapii oraz ich znaczenia; przyczyny tych zmian zdaniem klienta (związane i niezwiązane z psychoterapią); zasoby i ograniczenia klienta związane ze zmianami; oraz pomagające i przeszkadzające aspekty terapii (Elliott & Rodgers, 2008). Narzędzie to można stosować podczas terapii lub tylko na jej zakończenie; dostarcza ono szczegółowego wglądu w postrzeganie przez klienta zmiany, która w nim nastąpiła, oraz jej przyczyn.

CHAP (Change After Psychotherapy) to także na wół ustrukturyzowany wywiad, przeprowadzany jednak wyłącznie po zakończeniu psychoterapii, a ujmujący zmiany w różnych obszarach życia tak, jak postrzega je sam klient. Pozwala też zidentyfikować, co z punktu widzenia klienta przyczyniło się do danej zmiany w ramach terapii (np. zastosowane techniki pracy, relacja terapeutyczna, czynniki spoza terapii). Metodą pracy jest tu naturalny tok rozmowy zbliżonej do sesji terapeutycznej – narzędzie pozwala poprowadzić ją tak, by wyjaśnić naturę zmiany. Obejmuje ono też skale ilościowe oceniające, do jakiego stopnia klienci uważają siebie za odmienionych (pod względem symptomów, zdolności adaptacyjnych, wglądu i podstawowego konfliktu), i jak wiążą ten fakt z różnymi aspektami terapii. Ocena części ilościowej wymaga specjalnego przeszkolenia, ale można też zastosować wyłącznie część jakościową. Metodę tę opracowano pierwotnie w ramach psychoanalizy (Sandell, 2015), ale można ją zaadaptować także do innych modalności.

Q-PC (Questionnaire of Personal Changes) to kwestionariusz składający się z 12 elementów, stosowany na zakończenie terapii. Klient retrospektywnie ocenia, jak dużej zmiany (pozytywnej lub negatywnej) doświadczył w trakcie terapii (Krampen, 2010).

Innym sposobem badania procesu terapeutycznego jest próba wyjaśnienia, jak doszło do zmiany u klienta w czasie psychoterapii. Szukamy, co spowodowało zarejestrowaną zmianę, a także dowodów na to, które zdarzenia podczas terapii lub właściwości terapii mogły doprowadzić do poprawy u klienta. Najpierw jednak musimy ustalić, co się zmieniło – w tym celu porównujemy domyślny (początkowy) poziom problemów klienta z tym będącym

rezultatem terapii (np. za pomocą kwestionariuszy CORE-OM, ORS lub PQ). Zmianę można także mierzyć w trakcie psychoterapii szereg razy, nie tylko na początku i na końcu. Pozwala to uzyskać bardziej szczegółowe informacje o ewolucji problemów klienta – podczas terapii będziemy lepiej widzieć, czy faktycznie pomaga ona klientom². Następnie próbujemy połączyć wykryte zmiany, które nastąpiły u klientów w trakcie terapii, z tym, co i w jaki sposób zdarzyło się podczas psychoterapii. Przyczyny zmian zachodzących w ramach terapii można zrozumieć dzięki zastosowaniu narzędzi, które pozwalają uchwycić różnorodne czynniki związane ze zmianą. Należy je połączyć z widoczną u klienta poprawą wyrażoną liczbowo, jakościowo lub na oba te sposoby.

Jednym z takich kluczowych czynników jest np. przymierze terapeutyczne. Jego jakość można mierzyć za pomocą kwestionariuszy SRS lub WAI (patrz Tabela 6), a następnie wykazywać korelację tej jakości z osiągniętymi zmianami. Jeśli u niektórych klientów zmiany nie wydają się zauważalne, można skupić się na tym, czy brak poprawy lub pogorszenie są związane z ogólną jakością przymierza terapeutycznego (np. czy przypadkiem jego ocena nie jest nienaturalnie niska). Jeśli w trakcie terapii regularnie posługujemy się kwestionariuszami dotyczącymi przymierza terapeutycznego, pozwolą one także na wskazanie konkretnych sesji, podczas których jakość przymierza spadła lub poprawiła się. Możemy też mierzyć inne czynniki terapeutyczne związane ze zmianą (np. za pomocą narzędzia SACiP). Ta sama procedura pozwoli nam potem wyjaśnić (poprzez te czynniki), jaka zaszła zmiana i które sesje muszą zostać dokładniej zbadane.

Tabela 6. Przykłady narzędzi pozwalających uchwycić proces terapeutyczny

WAI (Working Alliance Inventory) to kwestionariusz mierzący jakość przymierza terapeutycznego; składa się z 36 elementów, istnieje też skrócona wersja z 12 (Munder et al., 2009). Jest użyteczny zarówno do okazjonalnych, jak i (krótsza wersja) bardziej regularnych pomiarów trzech czynników składających się na przymierze terapeutyczne: 1) zgody co do celów terapii, 2) sposobów osiągania celów i 3) relacji emocjonalnej między klientem i terapeutą.

SRS (Session Rating Scale) to krótki kwestionariusz odpowiedni do regularnego stosowania w czasie terapii w celu monitorowania jakości przymierza terapeutycznego. Podobnie jak w kwestionariuszu ORS, użyto w nim tylko czterech skal do graficznego przedstawienia trzech komponentów przymierza terapeutycznego (zgody co do celów terapii, sposobów osiągania celów i relacji emocjonalnej między klientem i terapeutą) i jego ogólnej jakości. Własności psychometryczne tego narzędzia zostały poddane walidacji na próbach badawczych w innych językach i okazały się satysfakcjonujące (Janse et al., 2014).

SACiP (Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms in Psychotherapy) jest kwestionariuszem złożonym z 21 elementów i badającym przede wszystkim ogólne mechanizmy zmiany w psychoterapii indywidualnej. Opracowano wersję przeznaczoną do ujmowania perspektywy zarówno klienta, jak i terapeuty. Narzędzie to obejmuje sześć obszarów: 1) emocjonalną więź między klientem a terapeutą; 2) aktualny stan problemów klienta; 3) angażowanie zasobów; 4) wyjaśnianie znaczeń; 5) konsensus co do sposobów współpracy; i 6) poczucie radzenia sobie. Ukazała się już praca prezentująca zadowalające własności psychometryczne obcojęzycznych wersji tego narzędzia (Mander et al., 2013).

² Może się też zdarzyć coś dokładnie przeciwnego – problemy klienta mogą się pogłębić. Omawiane narzędzia nie tylko umożliwią nam gromadzenie danych, ale także pozwolą nam dostrzec i zrozumieć taką sytuację. Wydaje się to szczególnie istotne, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że większość terapeutów ma trudności w zauważaniu pogorszenia stanu klienta (Hatfield et al., 2010).

Opisywane wyżej narzędzia pozwalają połączyć zmianę z niektórymi jej przyczynami, a także zidentyfikować sesje wymagające większej uwagi. Nie mówią jednak nic o tym, jak klienci postrzegają związek między tym, co wydarzyło się w trakcie psychoterapii, a jej efektami. Aby to ustalić, możemy posłużyć się ankietami zmiany u klienta (*client change interviews*), które zawierają pytania o to, co zdaniem klienta przyczyniło się (lub nie) do zmiany w ramach terapii lub w jego życiu poza terapią (chodzi tu np. o wspomniane już kwestionariusze CCI czy CHAP). Można też – z klientami, którzy się na to zgodzą – oglądać nagrania wybranych sesji i rozmawiać z nimi o tym, co pomogło im podczas tych spotkań. Taka rozmowa może się odbywać np. za pomocą wywiadów IPR (*interpersonal process recall* – np. sesje są rejestrowane, a następnie nagrania są analizowane wspólnie przez terapeutę i klienta). Tej samej procedury można też użyć z psychoterapeutami – oglądać z nimi nagrania wybranych sesji i pytać, jak postrzegają zmianę i jej przyczyny. Następnie zaś można porównać perspektywę psychoterapeuty z perspektywą klienta. Szczegółowa analiza sesji jest jednak bardzo czasochłonna; wymaga też współpracy z kolegami po fachu, którzy przeprowadzą taki wywiad z klientem lub terapeutą. Przyczyny zmiany z punktu widzenia terapeuty można uchwycić prościej, posługując się notatkami terapeuty.

Zmianę można także próbować wyjaśnić, pytając klientów i terapeutów – albo po każdej sesji, albo tylko po niektórych – które momenty postrzegali jako szczególnie pomocne lub obciążające (np. za pomocą narzędzi HAT lub IPR opisanych w Tabeli 7). Momenty te mogą być powiązane z rezultatem terapii.

Tabela 7. Przykłady narzędzi koncentrujących się na znaczących momentach wskazanych przez klientów i terapeutów

Na wół ustrukturyzowany **wywiad IPR** służy do zgłębiania doświadczeń i myśli respondentów podczas momentów zarejestrowanych na nagraniach audio lub wideo (Elliott, 1986). Może być stosowany wraz z nagraniami sesji psychoterapeutycznych do badania, co klienci i psychoterapeuci myśleli i doświadczali w ciągu danej sesji albo podczas konkretnych jej momentów wskazanych przez klienta, terapeutę lub samego badacza. Narzędzie to może być szczególnie przydatne do uzyskania wglądu w proces zmiany mający miejsce w trakcie sesji.

Kwestionariusz HAT to formularz zajmujący tylko jedną stronę A4 i zawierający skierowane do klienta pytania o to, jakie najważniejsze zdarzenia zaszły podczas właśnie zakończonej sesji (Elliott, 1993), czy były one pomocne, czy też przeszkadzające, i co klient z nich wyniósł. Można go używać do regularnego monitorowania najistotniejszych wydarzeń podczas sesji terapeutycznych w sposób mniej czasochłonny niż za pomocą na wół ustrukturyzowanych wywiadów.

W studiach przypadku pytania badawcze są prawdopodobnie najczęściej formułowane w taki sposób, aby zgłębić, jaka zmiana nastąpiła w ramach terapii i jak można ją wyjaśnić. Mogą nas jednak interesować także inne kwestie – możemy np. chcieć dowiedzieć się, czy teoria stojąca za naszym podejściem terapeutycznym faktycznie ma przełożenie na rzeczywistość albo jak moglibyśmy rozwijać istniejącą teorię. Przy takich pytaniach badawczych zgromadzimy dowody i opiszemy procesy, które pozwolą na potwierdzenie lub obalenie danej teorii.

Teorie mają zwykle za cel przewidywanie, co się zdarzy i w jakich okolicznościach. W studium przypadku staramy się zweryfikować teorię, próbując uchwycić za pomocą różnorodnych metod, czy pewne interwencje lub zdarzenia rzeczywiście miały spodziewane konsekwencje. Jeśli zaskoczyło nas, że efekty były inne, i będziemy systematycznie badać to za pomocą większej liczby studiów przypadku, stopniowo zgromadzimy dowody, które pozwolą nam na opracowanie własnej, oryginalnej teorii. Przy zbieraniu dowodów

potwierdzających lub refutujących (obalających) konkretną teorię lub podejście terapeutyczne raz jeszcze zastosujemy perspektywę terapeuty, badacza, kolegów po fachu lub klientów, co pozwoli uzyskać mocniejsze dowody potwierdzające istniejącą teorię lub pozwalające sformułować własną.

Jak zatem wybrać, którym przypadkiem się zająć? Mamy dwie możliwości: albo wybieramy przypadki i następnie gromadzimy dane je opisujące, albo też mamy już do dyspozycji dane z wielu przypadków i decydujemy, na których przypadkach się skupić i które przeanalizować bardziej szczegółowo.

W pierwszym podejściu przypadek wybieramy w oparciu o kryteria teoretyczne i literaturę naukową – przypadek, który pokazuje coś istotnego, co pozwala uzupełnić nasze rozumienie psychoterapii. Możemy np. zdecydować się na taki, który zademonstruje konsekwencje stosowania wywiadów motywujących w pracy z klientami będącymi jednocześnie w kryzysie zdrowia psychicznego i cierpiącym na uzależnienia (Carey et al., 2007).

Drugie podejście oznacza, że musimy umieć dać się zaskoczyć – wybieramy przypadek na podstawie tego, co przyniesie zbieranie danych i analiza (patrz wskazówki w Tabeli 8). Tylko po przebadaniu wytypowanego przypadku dowiemy się, jak możemy go zrozumieć w świetle teorii i jak to rozumienie można połączyć z istniejącą wiedzą teoretyczną.

Tabela 8. Wybór przypadku w oparciu o dane

Jeśli dokonujemy wyboru przypadku do badań jedynie w oparciu o wiedzę uzyskaną z danych, możemy być wręcz urzeczeni ich różnorodną zawartością. McLeod (2010) zdefiniował pięć podstawowych kryteriów wyboru przypadku:

- a) typowy przypadek – typowy lub reprezentatywny przypadek w obrębie danej populacji;
- b) skrajny przypadek – ukazuje wybrane zjawisko w skrajnej formie;
- c) przypadek stanowiący odstępstwo od normy – przypadek, który rozwinął się w nieoczekiwany sposób;
- d) wpływowy przypadek – taki, który już wcześniej przyciągnął wyraźną uwagę badaczy;
- e) innowacyjny przypadek – obejmujący zastosowanie nowej lub innowacyjnej formy terapii.

Etap III. Gromadzenie danych

Wyżej opisane narzędzia można łączyć, aby możliwa była odpowiedź na pytanie badawcze, które sformułowaliśmy w naszym studium przypadku. Łączenie konkretnych narzędzi może wynikać z szeregu uwarunkowań, takich jak dostępność danych instrumentów i stopień trudności ich zastosowania, profil miejsca pracy terapeuty (gdzie prowadzimy badania) lub osobiste zainteresowania terapeuty. Ponieważ częstą przeszkodą przy podejmowaniu badań bazujących na praktyce terapeutycznej jest obawa, że będą one czasochłonne lub trudne, w Tabeli 9 opisujemy cztery niewymagające opcje połączenia różnych narzędzi w celu zajęcia się niektórymi istotnymi zagadnieniami. Proponowane możliwości nie są ani nadmiernie skomplikowane, ani zbyt obciążające czasowo, co może stanowić inspirację dla osób zajmujących się badaniami naukowymi opartymi na praktyce terapeutycznej, w ramach których współpracują psychoterapeuci i naukowcy.

Jeśli wybierzemy metodę opracowywania studium przypadku, która nie będzie się wiązać z dużymi wymaganiami, zgromadzenie danych może nie zająć dużo czasu. Musimy jednak wziąć pod uwagę konieczność zadbania o kwestie praktyczne, takie jak sposób przekazywania klientom kwestionariuszy (np. kto i kiedy to zrobi oraz w jaki sposób klienci

otrzymają instrukcje, jak je wypełnić) i planowanie wywiadów (kto, gdzie, kiedy i z kim będzie je przeprowadzał, jak długo będą trwały).

Należy także dobrze przemyśleć i zapewnić odpowiednie warunki przechowywania, anonimizacji i archiwizacji danych. Jeśli np. nagrywamy wszystkie sesje, stopniowo zgromadzimy znaczny zbiór danych, które będziemy musieli gdzieś przechowywać, a także chronić przed uszkodzeniem i dostępem osób niepowołanych. Podobnie w przypadku kwestionariuszy – konieczne będzie zagwarantowanie anonimowości uczestników projektu oraz odpowiednich warunków archiwizacji i możliwości digitalizacji danych. Zanim zaczniemy gromadzić dane, musimy wcześniej wydrukować kwestionariusze i formularze wywiadów lub przygotować urządzenia rejestrujące (więcej niż jedno – w razie gdyby to podstawowe zawiodło).

Należy także przygotować pisemną informację o prowadzonych badaniach przeznaczoną dla klientów i uzyskać ich świadomą zgodę, bez której nie będzie można ani gromadzić i przetwarzać danych, ani opublikować artykułu. Formularz świadomej zgody musi opisywać wszystko, co zamierzamy robić z danymi – powinniśmy zatem upewnić się co do poprawności użytych sformułowań, aby nie okazało się, że niektóre zastosowania zgromadzonych danych nie będą potem możliwe. Przykładowo, musimy uzyskać zgodę na nagrywanie, zgodę na zbieranie i przechowywanie kwestionariuszy, zgodę na użycie danych w artykule przeznaczonym do publikacji, a także zgodę na to, kto będzie miał dostęp do danych. Należy również podać kontakt do gwaranta badań (*research guarantor*), do którego uczestnicy projektu będą się mogli zwracać z ewentualnymi pytaniami.

Tabela 9. Przykłady prostych metod gromadzenia danych i kombinacji narzędzi upraszczających prowadzenie badań

Opcja I. Ogólna zmiana

Aby ustalić, czy (a jeśli tak, to w jakim stopniu) psychoterapia pomogła klientom, na początku terapii wręczamy im zestandaryzowany kwestionariusz mierzący ogólny niepokój (CORE-OM), a także drugi, mierzący konkretne problemy (np. PHQ-9 klientowi z problemami depresyjnymi, a GAD-7 klientowi z problemami lękowymi), i robimy to raz jeszcze na końcu terapii. Za pomocą tych narzędzi będziemy w stanie obliczyć, czy zmiana jest klinicznie i statystycznie wiarygodna (patrz Tabela 10); będziemy też mogli, opierając się na nagraniach sesji terapeutycznych i szczegółowych notatkach, chronologicznie opisać przebieg terapii oraz zastosowane interwencje i ich efekty widziane z perspektywy terapeuty, badacza, a nawet klienta. Zalety tego sposobu gromadzenia danych są następujące: 1) nie wymaga on dużo czasu i nie jest trudny; i 2) pozwala na porównywanie współczynnika u różnych klientów, a także w większych grupach. Wadą jest zaś to, że jako terapeuci nigdy nie wiemy, która sesja będzie ostatnią (klient może w każdym momencie zrezygnować z terapii), zatem możemy nie mieć możliwości porównania poziomu problemów klienta na początku i na końcu terapii.

Opcja II. Ciągłe śledzenie rozwoju zmiany

Jeśli chcemy w sposób ciągły rejestrować oznaki poprawy w podstawowych obszarach życia klientów, możemy wręczać im krótki kwestionariusz dotyczący zmiany (jednym z najkrótszych tego typu narzędzi jest ORS) przed każdą sesją. Jednocześnie, za pomocą podobnie zwięzłego kwestionariusza SRS, możemy przekonać się o jakości przymierza terapeutycznego między psychoterapeutą a klientem po każdej sesji. Przymierze terapeutyczne jest powiązane ze zmianą i może pomóc wyjaśnić niewielkie tylko lub niestabilne zmiany w obrębie problemu. Również w przypadku tej procedury zaletą są skromne wymagania czasowe. Pozwala ona też na bieżąco śledzić rozwój problemów klienta i zapewnia informację zwrotną na każdej sesji. Ponieważ terapeuta może – mając do dyspozycji wypełnione kwestionariusze – omówić z klientem każde możliwe odchylenie (tzn. coś, co zwraca uwagę, budzi niepokój), narzędzia te mogą poprawić jakość otrzymywanej przez terapeutę informacji zwrotnej o przebiegu terapii. Wadą tego sposobu zbierania danych jest natomiast konieczność ciągłego myślenia o stosowaniu narzędzi, a terapeuta (nawet w większym stopniu niż klientowi) może zająć trochę czasu przyzwyczajenie się do regularnego stosowania kwestionariuszy.

Opcja III. Retrospektywna ewaluacja zmiany

Inna ekonomiczna (cechująca się efektywnością przy stosunkowo niewielkim nakładzie czasu i pracy) kombinacja metod pozwalająca stworzyć studium przypadku bazuje na wywiadzie retrospektywnym. Po zakończeniu terapii, która przyciągnęła naszą uwagę, prosimy klientów o wypełnienie formularza retrospektywnego wywiadu na temat zmiany (takiego jak np. CHAP) albo o wypełnienie kwestionariusza (np. Q-PC), który rejestruje skalę zmiany osiągniętej w trakcie całej terapii. Po analizie tak uzyskanych danych możemy wskazać, w jaki sposób i do jakiego stopnia psychoterapia była pomocna. Możemy użyć nagrań sesji w celu uzupełnienia informacji o przebiegu terapii. Zaletą retrospektywnego zbierania danych jest możliwość poczekania do zakończenia terapii z wyborem tematu, na którym chcemy się skupić. Nie można jednak wówczas skorzystać z zalet znajomości sytuacji przed terapią, który jest istotny dla oceny, czy na postrzeganie zmiany przez klienta lub terapeutę miały wpływ ograniczenia ludzkiej pamięci lub (ze strony klienta) próby przypochlebiania się terapeutce poprzez pozytywną ocenę jego pracy.

Opcja IV. Nagrywanie terapii

Ostatnia możliwość – nagrywanie sesji za pomocą dyktafonu lub kamery – pozwala w największym stopniu zaoszczędzić czas, ale wymaga dużego zaufania między klientem a terapeutą; wiąże się też z większą odpowiedzialnością za postępowanie z danymi (przechowywanie, bezpieczeństwo, tworzenie kopii zapasowych). Zaletami nagrywania spotkań są relatywnie niewymagający sposób zbierania danych, który z czasem staje się rutyną, oraz uzyskanie bogatych danych, z których można potem korzystać na wiele sposobów. Nagrywanie wszystkich sesji może także okazać się użyteczne, gdy stosujemy również inne narzędzia i chcemy przyjrzeć się czemuś interesującemu, co miało miejsce podczas konkretnych sesji. Wadą jest natomiast relatywnie czasochłonne przetwarzanie nagrań (np. transkrybowanie tylko jednej 50-minutowej sesji trwa ok. 6 godzin). Problemem po stronie klientów może być nieśmiałość lub obawy przed byciem nagrywanym w trakcie terapii.

Niewymagające dużo czasu i skomplikowanych procedur sposoby gromadzenia danych, jeśli są stosowane systematycznie, dostarczają terapeutom użytecznych i praktycznych informacji, które przyczyniają się do rozwijania teorii psychoterapeutycznych. Jednocześnie warto wspomnieć, że jest jak najbardziej możliwe i korzystne łączenie czterech wyżej omówionych podstawowych wariantów zbierania danych, a także uzupełnianie ich o inne instrumenty. Można np. zatem łączyć nagrywanie sesji z wywiadami dotyczącymi zmiany u klienta przeprowadzanymi na końcu terapii – będzie można wówczas przekonać się, jak wyglądały interwencje i sytuacje, które klienci wskazali jako związane z osiągniętą zmianą. Jeśli mamy czas i możliwość, możemy dodać też kwestionariusze zbierające informacje o zmianie w symptomach. Pozwoli to poprzeć dowodami tezę, że zmiana u klienta faktycznie nastąpiła, i pokazać, na ile była istotna.

Dobrze jest z góry pomyśleć o łączeniu różnych metod, aby nas to z czasem nie przytłoczyło. Kombinowane metody pozwalają choć po części uchwycić i przekazać czytelnikom ogromną złożoność psychoterapii w zrozumiałej formie – a studia przypadku znakomicie się do tego nadają.

Etap IV. Przetwarzanie danych i pisanie artykułu

Zaletą studium przypadku z punktu widzenia praktykującego terapeuty jest fakt, że zwykle nie musi on znać żadnych specjalnych metod, aby przetwarzać dane na podstawowym poziomie. Bazowe podejście polega na krytycznym analizowaniu i systematycznym porównywaniu danych z różnych źródeł. Badacz stara się wskazać, jaką odpowiedź umożliwiają one na pytanie badawcze sformułowane na początku realizacji projektu. Do dyspozycji są też jednak różnorodne specjalistyczne metody (jakościowe i ilościowe), które można zastosować we współpracy z badaczem (patrz Tabela 10).

Tabela 10. Jakich specjalistycznych metod można użyć do analizy danych?

Korzystanie z danych na podstawowym poziomie podczas opracowywania studium przypadku zwykle nie wymaga wiedzy o żadnych specjalistycznych metodach ich przetwarzania – jednak użycie takich metod może znacząco ubogacić analizę danych. Jeśli pracujemy nad ilościowym uchwyceniem zmiany w trybie ciągłym, wystarczy przedstawić wartości na wykresie i przeanalizować go wizualnie. W celu precyzyjniejszej oceny zmiany można użyć pojęcia zmiany istotnej klinicznie i wiarygodnej statystycznie (Jacobson and Truax, 1991). Jeśli monitorujemy jedną lub więcej zmiennych opisujących proces terapeutyczny, możemy użyć prostej analizy korelacji do uchwycenia zależności między tym procesem a jego rezultatami (Elliott, 2002). Z kolei do przetwarzania transkryptów sesji lub rozmów badacza z klientem lub terapeutą można użyć którejkolwiek z metod analizy jakościowej (patrz np. Řiháček, Cermak i Hytych, 2013), takich jak analiza tematyczna, metoda teorii ugruntowanej (*Grounded Theory method*) albo którejkolwiek podejście fenomenologiczne. Możliwe jest też skupienie się na szczegółowej analizie rozmów między klientem a terapeutą, gdzie z kolei odpowiednimi metodami mogą być analiza konwersacyjna lub analiza dyskursu.

Na końcu pozostaje napisać artykuł, aby mógł zostać opublikowany w profesjonalnym czasopiśmie naukowym. Ten ostatni etap wciąż wymaga jeszcze trochę determinacji – to kluczowa faza pracy nad studium przypadku, która stanowi ukoronowanie całego długiego przedsięwzięcia. Publikacja to coś więcej niż nagroda za pracę badawczą – udostępniamy w ten sposób rezultaty naszej pracy kolegom po fachu, którzy mogą się nimi zainspirować, jak

również dostarczyć nam informacji zwrotnej. Mamy też wówczas wkład w ubogacanie wiedzy teoretycznej w obszarze psychoterapii, co popycha do przodu całą dyscyplinę i pozwala na lepsze wykorzystanie praktyki terapeutycznej w badaniach empirycznych. Studia przypadku mogą być wskazówkami do sformułowania ogólniejszych wniosków (patrz Tabela 11).

Tabela 11. Czy na podstawie studiów przypadku można formułować ogólniejsze ustalenia?

Studium przypadku poświęcone jest pojedynczemu przypadkowi, który w swojej wyjątkowości jest niepowtarzalny. Jednak w pewnych warunkach można z niego wyprowadzić ostrożne wnioski lub hipotezy – np. jeśli w danym przypadku można dostrzec jakiś wzorzec (pewna interwencja raz za razem skutkuje poprawą u klienta, konkretna sytuacja szereg razy wydaje się być przeszkodą, itd.), można założyć, że klienci o podobnej charakterystyce lub w zbliżonej sytuacji będą powielali dany wzorzec. Taką hipotezę można następnie zweryfikować, przeprowadzając kolejne studia przypadku. Ogólniejsza wiedza bazuje na agregacji lub meta-syntezie wielu studiów przypadku (Iwakabe i Gazzola, 2009) – odbywa się to za pomocą logiki replikacji (*replication logic*) podobnej do tej stosowanej przy projektowaniu grup (*group design*) w badaniach klinicznych (Hillgard, 1993), lub na zasadzie konstruowania teorii ugruntowanej (*Grounded Theory method*; Glaser and Strauss, 1967), względnie w oparciu o reguły przeprowadzania metaanalizy jakościowej (Timuľák, 2013). Istotnym etapem takiego przedsięwzięcia jest stworzenie obszernej bazy studiów przypadku – największą jest prawdopodobnie Single Case Archive (Desmet et al., 2013).

Pisząc artykuł, należy zastosować powszechnie przyjętą strukturę studium empirycznego, składającą się z czterech podstawowych części: Wprowadzenia, Metod, Wyników (Rezultatów) i Dyskusji (Omówienia). We wprowadzeniu przedstawiamy podstawowy problem, na którym się skupiliśmy, i teoretyczne ramy pracy. W rozdziale opisującym metody wprowadzamy czytelnika w dany przypadek i jego kontekst oraz opisujemy narzędzia i metody, których użyliśmy do pozyskania i obróbki danych. Celem jest umożliwienie czytelnikom oceny perspektyw uogólnienia (*generalizability*) rezultatów danego studium przypadku (na podstawie podobieństw i różnic między poszczególnymi klientami) oraz odtwarzalności (*reproducibility*) całego procesu badawczego. W części artykułu poświęconej wynikom przedstawiamy i łączymy informacje uzyskane z różnych perspektyw – możemy np. porównać rezultaty różnych kwestionariuszy z doświadczeniem klienta i spostrzeżeniami terapeuty. Tu właśnie powracamy do pytania badawczego i skupiamy się na tym, jakie różne możliwości odpowiedzi na nie dało nam przetworzenie zgromadzonych danych. W ostatniej części pracy – Dyskusji (Omówieniu) – staramy się wyjaśnić uzyskane wyniki, a także porównać je z ramami teoretycznymi opisanymi we Wprowadzeniu i z innymi podobnymi studiami przypadku.

Przed napisaniem ostatecznej wersji artykułu warto sprawdzić, jakie wymagania stawia nadsyłanym manuskryptom czasopismo naukowe, do którego chcemy zgłosić nasz artykuł. Często początkujący autorzy prac naukowych piszą zbyt długi tekst, a jego skracanie jest trudne i czasochłonne. Konieczność ujęcia danego przypadku w krótkim artykule o narzuconej strukturze zmusi nas do odpowiedniego zaakcentowania naszych ustaleń. Różne czasopisma mogą mieć różne oczekiwania, zależne od konkretnej formy studium przypadku, na której koncentruje się dane czasopismo. W niniejszym artykule opisaliśmy podstawowe reguły opracowywania studium przypadku – istnieją jednak także specjalne formaty tego typu artykułów, które mogą posłużyć jako inspiracja i które są odpowiednie do różnych zastosowań (patrz Tabela 12).

Tabela 12. Specjalne formaty studiów przypadku

<p>Pragmatyczne Studium Przypadku (Pragmatic Case Study; Fishman 1999, 2005) dostarcza podstawowych ram teoretycznych do rejestrowania i dokumentowania przebiegu terapii w warunkach normalnej praktyki terapeutycznej. Prowadzi badaczy i terapeutów ku refleksji nad koncepcjami teoretycznymi, na których opiera się ich praca, w celu uchwycenia pierwotnego, a następnie wciąż modyfikowanego sposobu ujęcia danego przypadku, opisanego podjętych interwencji i oceny ich efektów.</p>
<p>Hermeneutyczne Studium Skuteczności Pojedynczego Przypadku (Hermeneutic Single-Case Efficacy Design Study – HSCEDS; Elliott, 2002) zawiera zwięzłe instrukcje co do sposobów zorientowanego na konkretny cel gromadzenia i integrowania informacji z różnych źródeł (ciągłego pomiaru zmiany, zmiennych opisujących proces terapeutyczny, nagrań sesji terapeutycznych, retrospektywnych relacji klienta i terapeuty, etc.). Obecnie praca z HSCEDS jest zwykle łączona z tzw. badaniami metodą ławy przysięgłych³ (<i>jury research method</i>; Bohart et al., 2011; Stephen i Elliott, 2011).</p>
<p>Studium Przypadku z Budowaniem Teorii (Theory-Building Case Study; Stiles, 2007) koncentruje się na przeciwstawianiu jakiejś istniejącej teorii i rzeczywistości konkretnego przypadku w celu dalszego rozwijania tej teorii.</p>
<p>Badaniu typu N = 1⁴ (N-of-1 Trial; Herrera et al. 2018; Rizvi i Nock, 2008) – interwencja terapeutyczna jest w nim rozumiana jako manipulacja eksperymentalna; studium przypadku ma wówczas za cel zbadanie jej wpływu na rozwój danego przypadku.</p>
<p>Narracyjne Studium Przypadku (Narrative Case Study; McLeod, 2010) – jego celem jest jakościowe ujęcie znaczeń i doświadczeń związanych z psychoterapią. Źródłem informacji mogą być m.in. dzienniki pacjentów, wywiady, nagrania sesji i inne wytwory powstałe w trakcie procesu terapeutycznego.</p>

Wnioski

Na koniec chcielibyśmy sformułować kilka rekomendacji. Należy skupić się na tym, co przyciąga nasze zainteresowanie i co ma sens w naszych oczach. Żadne studium nie poruszy wszystkich kwestii – trzeba zawęzić i ograniczyć zakres badań. Skoncentrowanie ciekawości w kierunku wskazanym przez pytanie badawcze musi nam wystarczyć, ale też zapewni nam spokój – będziemy pewni, że wiemy, co robimy.

Przy wyborze metod badawczych należy pamiętać, że każda z nich ma zarówno zalety, jak i ograniczenia – dlatego korzystne jest ich łączenie. Jednocześnie jednak należy mierzyć zamiary podług sił – dlatego proponujemy także minimalistyczne warianty gromadzenia danych.

Stworzenie studium przypadku może okazać się wyzwaniem, zatem dobrym rozwiązaniem jest współpraca z kolegami po fachu. Dobrym przykładem może tu być sytuacja,

³ Metodę tę – w pewnym uproszczeniu – można opisać jako zastosowanie modelu ławy przysięgłych do oceny słuszności i zasadności opisowych i przyczynowo-skutkowych stwierdzeń na temat procesu psychoterapii i jego wyników.

⁴ Badania typu N = 1 to wielokrotne krzyżowe próby kliniczne, w których grupa badana składa się z jednej osoby. Mają sens, gdy interesujący nas problem daje się oceniać wielokrotnie u tej samej osoby celem uchwycenia zmian następujących w czasie. Dzięki temu można opisać problem i określić, czy w konkretnych okolicznościach sytuacja badanego ulega poprawie czy pogorszeniu. W badaniach medycznych metodę tę stosuje się m.in. w medycynie spersonalizowanej.

gdy praktykujący psychoterapeuta wpada na pomysł przeprowadzenia badań i tego, gdzie można by zebrać dane, a badacz pracujący na uniwersytecie pomaga znaleźć rozwiązanie metodologiczne dopasowane do tego pomysłu. Wówczas terapeuta-praktyk może zgromadzić dane, a student – dokonać ich dokładnej analizy w ramach pisania pracy dyplomowej. W rezultacie terapeuta otrzyma opartą na badaniach naukowych informację zwrotną na temat swojej pracy.

Przygotowanie do zawodu psychoterapeuty jest obiecującym obszarem wdrażania badań naukowych nad psychoterapią z zastosowaniem studiów przypadku. Wiele kursów kończy się właśnie napisaniem studium przypadku. Studenci mogą pracować w parach – jedna osoba pracuje terapeutycznie z klientem, a druga przeprowadza i opracowuje retrospektywny wywiad z klientem (i być może również z terapeutą). Tu również zatem terapeuta otrzymuje bazujący na badaniach naukowych *feedback*, a ostateczna wersja stworzonego przez niego studium przypadku jest wzbogacona złożoną, kompleksową refleksją. W stworzenie studium przypadku można także zaangażować przełożonego lub mentora (tj. bardziej doświadczonego terapeuta), który może pomóc przy opracowaniu ram teoretycznych i interpretacji wyników. Gotowy artykuł może być więc rezultatem pracy zespołowej.

Podsumowując: Studium przypadku to względnie proste narzędzie badawcze, znacząco powiązane z praktyką terapeutyczną i oferujące psychoterapeutom możliwość rozwoju zawodowego.

Odnośniki

Bieščad, M. & Timuľák, L. (2014). Measuring psychotherapy outcomes in routine practice: Examining Slovak versions of three commonly used outcome instruments. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 16(2), 140–162.

Bieščad, M., & Szeliga, P. (2006). Skúsenosti s použitím sebaopisovacej škály Symptom Checklist-90 (SCL-90) na výberoch slovenských psychiatrických pacientov a bežnej populácie. *Psychiatria*, 13(1-2), 25–31.

Bohart, A. C., Tallman, K. L., Byock, G., & Mackrill, T. (2011). The “research jury method”: The application of the jury trial model to evaluating the validity of descriptive and causal statements about psychotherapy process and Outcome. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(1), 101–144.

Carey, K. B., Leontieva, L., Dimmock, J., Maisto, S. A., & Batki, S. L. (2007). Adapting motivational interventions for comorbid schizophrenia and alcohol use disorders. *Clinical Psychology*, 14(1), 39–57.

Daňsová P., Masopustová Z., Hanáčková V., Kicková K., Korábová I. (2016). Metoda Patient Health Questionnaire-9: Česká verze. *Československá Psychologie*, 60(5), 468–481.

Desmet, M., Meganck, R., Seybert, C., Willemsen, J., Geerardyn, F., Declercq, F., ... Kächele, H. (2013). Psychoanalytic single cases published in ISI-ranked journals: The construction of an online archive. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 120–121.

Duncan, B.L., Miller, S. D., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3–12.

Elliott, R. (1986). Interpersonal Process Recall (IPR) as a psychotherapy process research method. In L. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process* (pp. 503–527). New York, NY: Guilford.

Elliott, R. (1993). *Helpful Aspects of Therapy form (HAT)*. Staženo z <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.html>

Elliott, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research*, 12(1), 1–21.

Elliott, R., Mack, C., & Shapiro, D. (1999). *Simplified Personal Questionnaire procedure*. Staženo z <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/pqprocedure.html>

Elliott, R., & Rodgers, B. (2008). *Client Change Interview schedule (v5)*. Staženo z <http://www.drbrrianrogers.com/research/client-change-interview> 21

Elliott, R., Wagner, J., Sales, C. M. D., Rodgers, B., Alves, P., & Café, M. J. (2016). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A client-generated outcome measure. *Psychological Assessment, 28*(3), 263–278.

Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York, NY: New York University Press.

Fishman, D. B. (2005). From single case to database: A new method for enhancing psychotherapy practice. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 1*(1), 1–50.

Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 25–32.

Herrera, P., Mstibovskyi, I., Roubal, J., & Brownell, P. (2018). Researching gestalt therapy for anxiety in practice-based settings: A single-case experimental design. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 27*(2), 321–352.

Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 373–380.

Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 601–611.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12–19.

Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M. K., Verbraak, M. J. P. M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2014). Measuring feedback from clients: The psychometric properties of the Dutch Outcome Rating Scale and Session Rating Scale. *European Journal of Psychological Assessment, 30*(2), 86–92.

Juhová, D., Řiháček, T., Cíglér, H., Dubovská, E., Saic, M., Černý, M., ... Evans, C. (2018). Česká adaptace dotazníku CORE-OM: vybrané psychometrické charakteristiky. *Československá Psychologie, 62*(1), 59–74.

Krampen, G. (2010). Direct measurement of psychotherapeutic outcomes: Experimental construction and validation of a brief scale. *Psychological Test and Assessment Modeling, 52*(1), 29–47.

Mander, J. V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, M., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 105–116. 22

McLeod, J. (2010). *Case study research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.

Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2009). Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*, 231–239.

Roubal, J., Řiháček, T., Čeveliček, M., Hytych, R., & Holub, D. (2018). Retrospective client interviewing can inform clinicians' practice and complement routine outcome monitoring. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 27*(2), 308–320.

Rizvi, S. L., & Nock, M. K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 38*(5), 498–510.

- Řiháček, T., & Hytych, R. (2013). Metoda zakotvené teorie. In T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych (Eds.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (pp. 44–74). Brno: MUNI Press.
- Řiháček, T., & Juhová, D. (2016). Monitorování účinnosti v psychoterapii a poradenství. *TESTFÓRUM*, 5(7), 1–13.
- Sandell, R. (2015). Rating the outcomes of psychotherapy using the Change After Psychotherapy (CHAP) scales: Manual and commentary. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(2), 32–49.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Stephen, S., & Elliott, R. (2011). Developing the Adjudicated Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(1), 230–241.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122–127.
- Stricker, G. (2002). What is a scientist-practitioner anyway? *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1277–1283.
- Timulak, L. (2013). Qualitative meta-analysis. In U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 481–495). London: Sage Publications.
- Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167–176.