

SKUTECZNOŚĆ INTERWENCJI PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ W LECZENIU SCHIZOFRENII

Effectiveness of cognitive-behavioural psychotherapy interventions in the treatment of schizophrenia

Tomasz Cyrkot^{1,2}, Remigiusz Szczepanowski^{1,3}

¹ Instytut Psychologii, Wydział Nauk Pedagogicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

² Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny, Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Złotoryi

³ Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: t.cyrkot@gmail.com

STRESZCZENIE

W artykule zaprezentowano wyniki badań nad skutecznością interwencji psychoterapeutycznych poddających się weryfikacji empirycznej w tzw. nurcie *Evidence-Based Psychotherapy* (EBP) w leczeniu schizofrenii. Przedstawiono aktualny stan wiedzy na podstawie przeglądowych wyników randomizowanych badań klinicznych (*randomized controlled trials* – RCT) oraz metaanaliz dotyczących psychoterapii poznawczo-behawioralnej w terapii schizofrenii. W artykule pokazano, że psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) to skuteczna interwencja psychologiczna w leczeniu psychoz. Jakkolwiek współczesne analizy efektów terapeutycznych pokazują, że ta forma psychoterapii może również wywoływać negatywne skutki oddziaływań terapeutycznych w postaci przedwczesnego zaprzestania terapii, czy też pogorszenia się stanu pacjentów.

Słowa kluczowe: schizofrenia, skuteczność psychoterapii, psychoterapia poznawczo-behawioralna, negatywne efekty.

SUMMARY

The article presents results on the effectiveness of psychotherapeutic interventions in the treatment of schizophrenia that represent empirically verified research approach so-called on an *Evidence-Based Psychotherapy* (EBP). The current state of knowledge based on the results of *randomized controlled trials* (RCT) and meta-analyses concerning cognitive-behavioral psychotherapy in schizophrenia therapy is discussed. The article shows that the cognitive-behavioral psychotherapy (CBT) is the effective psychological intervention in the treatment of psychosis. However, the latest analyses of therapeutic effects clearly show that this psychotherapeutic intervention can also lead to negative therapeutic results such as drop-out from the treatment and deterioration effects for patients.

Key words: schizophrenia, effectiveness of psychotherapy, cognitive-behavioral psychotherapy, negative effects.

WSTĘP

W pracy klinicznej obserwuje się tendencje do użycia interwencji psychologicznych, nawet gdy istnieje uzasadniona wątpliwość co do jej skuteczności. Tendencje te wynikają między innymi z braku badań nad skutecznością tych metod leczenia. W sytuacji gdy nie ma dobrze udokumentowanych badań empirycznych dotyczących terapii, pojawia się pytanie, czy dopuszczalne jest użycie przez specjalistę metod terapeutycznych w imię zasady *melius anceps remedium quam nullum* (leczenie jest lepsze niż brak leczenia).

Niewątpliwie brak jakiegokolwiek pomocy terapeutycznej może stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia pacjentów. Specjalista może również przyjąć, że jeśli interwencja terapeutyczna nie jest pomocna, to nie musi też być szkodliwa. Jednak wszelkie przypadkowe oddziaływania terapeutyczne – naszym zdaniem – mogą być porównywalne do sytuacji przyjęcia leku niewiadomego pochodzenia o nieoszacowanych potencjalnie szkodliwych skutkach dla zdrowia psychicznego pacjentów. Dlatego użycie metod zweryfikowanych empirycznie, opartych na dowodach naukowych (*evidence based approach*) powinno być głównym podejściem we współczesnym leczeniu zaburzeń psychicznych. W niniejszym artykule powyższą problematykę będziemy dyskutować na przykładzie skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii.

BADANIA SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII SCHIZOFRENII

Począwszy od lat 70. XX w. w obszarach psychiatrii i psychologii klinicznej znacznie wzrosło zainteresowanie badaniami naukowymi nad skutecznością psychoterapii. Do tego czasu psychoterapia była rozumiana bardziej jako sztuka, a inter-

wencje terapeutyczne opierały się na doświadczeniach i intuicji psychoterapeuty. Mimo że metoda ta podlega takim samym możliwościom weryfikacji jak inne interwencje medyczne, to jednak sama ocena naukowa psychoterapii jest dość nową czynnością [1]. Podejmowane współcześnie próby weryfikacji metod psychoterapeutycznych pozwalają na uzyskanie informacji na temat skuteczności wybranych szkół terapeutycznych. W szczególności opublikowane wyniki metaanaliz wskazują na efektywność psychoterapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) [2]. Przykładowo, Wampold i Imel [3] dokonali przeglądu ponad dwustu badań opisujących efekty rzetelnych terapii (prowadzonych przez profesjonalnych terapeutów, opartych na potwierdzonych koncepcjach psychologicznych – w tym CBT) porównując je z efektami przy braku terapii. Znakomita większość użytych interwencji przyczyniła się do poprawy stanu zdrowia pacjentów. Metaanalizy wyróżniające czynniki odpowiedzialne za skuteczność psychoterapii wskazują, że relacja terapeutyczna może wyjaśniać od 2 do 7% wariacji wyników. Natomiast rodzaj podejścia terapeutycznego (np. psychodynamiczne), jakie reprezentuje terapeuta, odpowiada tylko za 1% wariacji, a tzw. inne czynniki (np. osobowość terapeuty i pacjenta, empatia terapeuty) to aż 92% wariacji [3]. Wyniki wskazują więc na niskie znaczenie podejścia teoretycznego stosowanego przez terapeuta oraz niewielkie znaczenie relacji pacjent-terapeuta w procesie leczenia. Jednak największe znaczenie wydaje się mieć zarówno osobowość terapeuty, jak i pacjenta.

ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE

Schizofrenia jest najbardziej rozpowszechnionym zaburzeniem psychotycznym w populacji. W wyniku zastosowania analizy czynnikowej wyodrębniono istotne wymiary doświadczeń psy-

chotycznych, wprowadzając podział na objawy „pozytywne” oraz „negatywne” [4]. Pierwszy wymiar opisuje tzw. objawy wytwórcze, np. omamy, urojenia, zaburzenia mowy, itp. Drugi zaś ujawnia się w postaci objawów deficytowych, np. spłylenie napędu i emocji skutkujące wycofaniem społecznym oraz zaburzeniem kontaktów, apatią i anhedonią, brakiem napędu, zaburzeniem wypowiedzi, deficytami społecznego poznania (np. deficytami empatii, zaburzoną teorią umysłu). W przypadku zaburzeń psychotycznych farmakoterapię z dużym powodzeniem stosuje się w psychiatrii od ponad 20 lat w redukcji objawów pozytywnych. Jednakże to właśnie objawy negatywne podlegają oddziaływaniom psychologicznym oraz psychoterapeutycznym.

Należy nadmienić, że oddziaływania psychoterapeutyczne, w szczególności w leczeniu zaburzeń psychotycznych, mogą być rozległe, obejmując wiele czynników leczących, np.: podtrzymywanie kontaktu, dostarczanie pozytywnych doświadczeń i informacji ułatwiających przezwyciężenie kryzysu, wzmacnianie mocnych stron, wzmacnianie poczucia siebie i własnej wartości, a także korygowanie nieadekwatnych wzorców przeżywania i zachowania, ćwiczenie bezpiecznych sposobów porozumiewania się z otoczeniem i uzyskiwania jego wsparcia, ćwiczenie umiejętności radzenia sobie w praktycznych sytuacjach. Takie formy oddziaływania pozwalają na minimalizowanie ubytkowych skutków choroby, a w dłuższej perspektywie na zapobieganie nawrotom (w tym pojawianiu się objawów wytwórczych, np. urojeń).

Ponadto za istotne w leczeniu zaburzeń psychotycznych uznaje się wsparcie środowiska terapeutycznego, treningi umiejętności społecznych, treningi zawodowe i rehabilitację zawodową oraz opiekę środowiskową. Te ostatnie formy pomocy społecznej i środowiskowej odgrywają również ważną rolę w leczeniu farmakologicznym. Z uwagi na ograniczenia niniejszej pracy skupimy się na ocenie skuteczności różnych form interwencji psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT).

W kontekście dyskusji nad skutecznością leczenia zaburzeń psychotycznych, między innymi schizofrenii, kluczowa staje się również odpowiedź na pytanie: kiedy leczenie można uznać za zakończone? W przypadku zaburzeń psychotycznych w literaturze podaje się, że trwałe efekty leczenia można osiągnąć w 1) przypadku redukcji występowania objawów, tj. remisji lub braku objawów pozytywnych; 2) powrotu do poziomu funkcjonowania sprzed choroby; 3) poprawy funkcjonowania społecznego w odniesieniu do niezależności zawodowej i społecznej; 4) psychologicznego, oznaczającego zdolność do przystosowania (brak lęku, depresji, poczucia beznadziejności) [4].

METAANALIZY BADAŃ DOTYCZĄCE PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ (COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY – CBT)

W artykule skupiliśmy się na wynikach metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) w leczeniu schizofrenii.

Na potrzeby niniejszego artykułu przeszukiwano bazy publikacji naukowych *PubMed* oraz *Google Scholar* przyjmując słowa kluczowe: *schizophrenia*, *psychotherapy* oraz *metaanalysis*. Jako kryteria poszukiwania wyodrębniliśmy pozycje odnoszące się do badań dostępnych form psychoterapii lub w szczególności metaanaliz podsumowujących wiele różnych podejść terapeutycznych, w tym CBT w leczeniu schizofrenii. W kontekście skuteczności interwencji psychologicznych metaanaliza ma szczególne znaczenie, gdyż pozwala skorygować zniekształcenia będące między innymi skutkiem małej próby badawczej, błędów pomiarowych oraz innych artefaktów, prowadzących do sprzecznych interpretacji rezultatów badawczych [5]. Obiektywizm metaanaliz wynika z możliwości uogólniania danych z badań pierwotnych za pomocą powtórnej analizy statystycznej. Szczególnie użyteczna staje się miara statystyczna w postaci wielkości efektu (*effect size* – ES) definiowana jako ilościowa miara siły zjawiska (między grupą kontrolną a eksperymentalną) [6]. Jedną z podstawowych miar siły efektu jest tzw. *d*-Cohena, przyjmujące wartości: 0,2–0,4 (efekty słabe), 0,5–0,7 (efekty średnie), 0,8–1,3 (efekty silne), > 1,3 (efekty bardzo silne) [7]. Przykładowo, jeśli badania skuteczności psychoterapii

poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji wskazują na wynik różnicy między grupami o wartości $d = 0,7$, oznacza to, że przeciętna osoba z grupy eksperymentalnej (poddana psychoterapii) poprawiła własne funkcjonowanie w stopniu większym niż 76% osób z grupy kontrolnej (bez psychoterapii) [7].

W metaanalizie skuteczności metody CBT przeprowadzonej przez Cormac i wsp. [8] opisujących trzynaście prób badawczych pokazano, że rezultaty terapeutyczne dla tego podejścia terapeutycznego są niejednoznaczne w leczeniu osób cierpiących na schizofrenię. W innej pracy, stanowiącej przegląd metaanaliz [9] skuteczności interwencji CBT, analizowano rezultaty pochodzące z szesnastu rygorystycznych metaanaliz wykorzystujących wyniki o dużej wielkości efektu w skuteczności różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Silne efekty uzyskano w leczeniu depresji jednobiegunowej, lęku uogólnionego, zaburzeń panicznych z agorafobią lub bez fobii społecznej, zespołu stresu pourazowego, dziecięcej depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń odżywiania i schizofrenii. W tej samej analizie opisano zastosowanie terapii CBT w leczeniu wielu typów zaburzeń psychicznych, a dla terapii schizofrenii wykazano wyjątkowo dużą skuteczność (szczególnie w redukcji halucynacji oraz urojeń z pomocą terapii poznawczej – *cognitive therapy*). W niektórych badaniach pokazano, że skuteczność mierzona parametrem ES była nawet na poziomie 0,88 oraz 0,93.

W nowszych metaanalizach [10] wykazuje się, że CBT może być skuteczną terapią w leczeniu objawów schizofrenii, jednakże terapeutyczne efekty w kontekście redukcji objawów psychotycznych cechują się mniejszą siłą efektu. Przykładowo dla objawów ogólnych z 34 badań wartości wynosiły: 0,33; dla 33 badań objawów pozytywnych – 0,25; dla 34 badań objawów negatywnych – 0,13. Z kolei w innej pracy przeglądowej, bazującej na metaanalizie [11], wskazuje się na brak istotnych różnic między CBT a terapią wspierającą w leczeniu schizofrenii. Najnowsze metaanalizy [12], w których poddano ocenie interwencje CBT u osób chorych na schizofrenię, wskazują na niskie wyniki siły efektu w zakresie funkcjonowania ogólnego (0,25), redukcji stresu (0,37) oraz brak wpływu na poprawę jakości życia (0,04). Praca pokazuje zatem niewielki wpływ oddziaływania terapeutycznego na funkcjonowanie osoby chorej oraz brak korzyści z pracy terapeutycznej w trakcie obserwacji.

Powyższe analizy ujawniają niewielką wagę oraz liczbę dowodów świadczących na korzyść psychoterapii poznawczo-behawioralnej w zwiększaniu jakości życia po zakończonej interwencji u osób chorych na schizofrenię, co faktycznie powinno być głównym celem oddziaływań terapeutycznych. W niektórych pracach pokazano [13], że występują trwałe efekty terapii CBT, ale w odroczonym czasie – kilka miesięcy po jej zakończeniu. Okazuje się, że długość terapii w schizofrenii może mieć ogromne znaczenie. Pacjenci, którzy brali udział w przynajmniej 20 sesjach, wykazywali lepsze efekty terapeutyczne aniżeli osoby, które odbyły mniejszą liczbę sesji. Mimo że kolejne prace wskazują na korzystny wpływ konwencjonalnej terapii CBT w redukcji objawów negatywnych diagnozowanych skalą oceny objawów negatywnych (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms* – SANS; dostępna również w polskiej wersji) [14], widoczną w starszych badaniach, faktycznie nie znajduje poparcia w nowszych analizach [15]. Dlatego też niektórzy badacze wskazują na potrzebę wyodrębnienia skutecznych składników leczenia ujętych w starszych badaniach, celem zaplanowania rozwoju przyszłych interwencji CBT nakierowanych na skuteczną redukcję negatywnych objawów w schizofrenii.

SKUTKI UBOCZNE ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH

Literatura na temat skuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych pokazuje również, że metody te mogą skutkować pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego (*deterioration effects*), aczkolwiek występują one u relatywnie niewielkiej części leczonej populacji. Definicje „pogorszenia”, „negatywnych efektów” lub „niepożądanych efektów” rozumie się tutaj jako niepożądane reakcje na oddziaływanie terapeutyczne i nie należy ich wiązać z nieetycznym zachowaniem lub zaniedbaniem przez psychoterapeutów. Podaje się, że negatywne efekty terapeutyczne oscylują między 5 a 10% w zakresie pogorszenia stanu zdrowia psychicznego w trakcie psychoterapii [16]. Nowsze

badania o zasięgu międzynarodowym wskazują, że w przybliżeniu około 10% pacjentów w trakcie psychoterapii doświadcza pogorszenia zdrowia psychicznego [17]. W badaniach randomizowanych (RCT) interwencji psychologicznych, w których analizowano negatywne efekty poczucia krzywdy odczuwane przez pacjenta (*harms*), wyniki sugerują, że pewna część interwencji może jednak indukować poczucie krzywdy u znaczącej liczby pacjentów.

Należy tu wspomnieć, że zjawisko negatywnych oddziaływań psychoterapeutycznych jest tematem rzadko podejmowanym w badaniach. Przykładowo, analiza wykonana przez Jonsson i wsp. [18] obejmująca 132 randomizowane badania kliniczne (RCT), dotyczące psychologicznych interwencji w zaburzeniach psychicznych oraz zaburzeniach zachowania, wykazała, że tylko 28 (21%) z nich zawierało informacje wskazujące na jakiekolwiek monitorowanie poczucia krzywdy u pacjentów. Natomiast 15 badań (11%) dostarczało informacje na temat pogorszenia stanu pacjentów lub jedynie wskazało na obecność monitorowania pogorszenia stanu pacjenta.

ZJAWISKO DROP-OUT

Oddziaływania psychoterapeutyczne mogą zakończyć się przedwcześnie na skutek rezygnacji przez pacjenta/klienta. Jest to tzw. zjawisko *drop-out*. Przyczyny tego mogą być zróżnicowane. W niektórych przypadkach *drop-out* wynika z ograniczeń finansowych, osobistych zmian (np. przeprowadzka) lub innych tego typu czynników. Okazuje się, że w niektórych przypadkach efekt *drop-out* może być również wskaźnikiem skuteczności leczenia [19]. Otóż niektórzy pacjenci mogą doświadczyć nagłej poprawy w wyniku otrzymanego leczenia i zaprzestać terapii, z kolei inni doświadczając pogorszenia mogą być niezadowoleni, nie kontynuując dalej leczenia [20, 21]. Ponadto słaba relacja terapeutyczna

na między specjalistą a klientem również może być przyczyną przedwczesnego wycofania pacjenta [22]. Najnowsze wyniki badań wskazują, że w przypadku zaburzeń psychotycznych zjawisko może dotyczyć około 29% przypadków [23].

PODSUMOWANIE

Powyższe prace badawcze nie stanowią oczywiście całościowego obrazu badań nad skutecznością interwencji poznawczo-behawioralnych w remisji (lub wspieraniu leczenia) schizofrenii. Należy podkreślić, że istnieją sprzeczne wyniki zarówno pojedynczych badań, jak i całościowych metaanaliz. Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) wydaje się skuteczna jako interwencja, szczególnie w połączeniu z innymi metodami, jednak wątpliwości dotyczące niektórych prac wskazują na dalszą potrzebę intensywnych badań oraz regularnych replikacji. Przykładem mogą stanowić badania dotyczące skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji oraz tzw. efektu schyłkowego (*declin effect*), czyli linearnego spadku siły efektu w ciągu ostatnich kilku dekad badań nad skutecznością terapii CBT [24]. Jednym z przyjmowanych wyjaśnień może być niewielki efekt uzyskiwany w pierwszych badaniach na skutek zastosowania małych prób badawczych. Dlatego też kolejne badania tego samego zjawiska mogą ujawniać spadek wielkości efektu. W najnowszych pracach badacze zaczynają stosować większe próby badawcze oraz kierować się większą ostrożnością w analizach statystycznych [25], tym samym nie osiągając takich samych rezultatów jak w pierwszych badaniach. Wyżej opisany „efekt schyłkowy” może stanowić jedno z możliwych wyjaśnień dla rozbieżności w wynikach skuteczności terapii schizofrenii, analogicznie jak w przypadku depresji.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Dawes RM. *House of cards. Psychologia i psychoterapia zbudowane na micie*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu; 2017.
2. Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, et al. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1675–1685, 839–841 (quiz).
3. Wampold BE, Imel Z. *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychology work*. New York: Routledge; 2015.
4. Birchwood M, Jackson Ch. *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
5. Hunter JE, Schmidt FL. *Methods of meta-analysis: correcting error and bias in research finding*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc; 2004.
6. Kelley K, Preacher KJ. On effect size. *Psychol Methods* 2012; 17(2): 137–152.
7. Rakowska JM. *Skuteczność psychoterapii. Przegląd badań*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2005.
8. Cormac I, Jones C, Campbell C, et al. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; 4, doi: 10.1002/14651858.CD000524.pub2.
9. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psych Rev* 2006; 26: 17–31.
10. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 20–29.
11. Newton-Howes G, Wood R. Cognitive behavioural therapy and the psychopathology of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother* 2013; 86: 127–138.
12. Laws KR, Darlington N, Kondel TK, et al. Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia – outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychol* 2018; 6: 32.
13. Sarin F, Wallin L, Widerlöv B. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 162–174.
14. Cyrkot T, Gawęda Ł, Szczepanowski R. Wywiad ustrukturalizowany w ocenie zaburzeń psychotycznych na przykładzie kwestionariusza SANS i SAPS. *Psychol Zesz Nauk Univ Zielonogórskiego* 2016; 2: 157–172.
15. Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, et al. Adapted cognitive – behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2015; 45: 453–465.
16. Mohr DC. Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1995; 2(1): 1–27, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x>.
17. Boisvert CM, Faust D. Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice* 2003; 34(5): 508–513.
18. Jonsson U, Alaie I, Parling T, et al. Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2016; 38(1): 1–8, doi: 10.1016/j.cct.2014.02.005.
19. Lilienfeld SO. Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2007; 2(1): 53–70, doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x.
20. Garfield S. *Research on client variables in psychotherapy*. In: Bergin A, Garfield S, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 1994; 190–228.
21. Tehrani E, Krussel J, Borg L, et al. Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(4): 266–271.
22. Beckham EE. Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy* 1992; 29(2): 177–182.
23. Hamilton T, Moore AM, Crane DR, et al. Psychotherapy dropouts: differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *J Marital Fam Ther* 2011; 37(3): 333–343.
24. Johnsen TJ, Friberg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2015; 141(4): 747–768, doi: 10.1037/bul0000015.
25. Proztko J, Schooler JW. *Decline Effects: types, mechanisms, and personal reflections*. In: Lilienfeld SO, Waldman ID, eds. *Psychological science under scrutiny. Recent challenges and proposed solutions*. Hoboken, New Jersey: Wiley Blackwell; 2017.

Adres do korespondencji:

Mgr Tomasz Cyrkot
Instytut Psychologii, Wydział Nauk Pedagogicznych
Dolnośląska Szkoła Wyższa
ul. Strzegomska 55
53-611 Wrocław

Tel.: 663 821 769

E-mail: t.cyrkot@gmail.com

Praca wpłynęła do redakcji: 15.12.2018 r.

Po recenzji: 07.01.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 09.01.2019 r.