

KRZYSZTOF M. CIEPLIŃSKI

INTERWENCJE WSPARTE EMPIRYCZNIE W PRAKTYCE PSYCHOTERAPII

W ostatnich dekadach przeprowadzono tysiące badań nad efektywnością psychoterapii, które ostatecznie potwierdziły jej skuteczność. W większości odbywały się one w kontrolowanych warunkach laboratoryjnych – z zachowaniem zasady losowego doboru badanych do grup, ścisłej kontroli procedur terapeutycznych (np. poprzez stosowanie podręczników), standaryzowanych metod kwalifikacji do grup i oceny uzyskanych zmian (por. Cierpiałkowska, 2006; Cooper, 2010; Czabała, 2009; Jaworska, 2004; Kazdin, 2008; Lambert, Ogles, 2004; Rakowska, 2005, 2006a). Aplikacja ich wyników w obszarze praktyki klinicznej jest uważana za jedno z kluczowych wyzwań stojących przed psychoterapią przyszłości. Spodziewać się należy, że ustalenia poczynione w tym zakresie będą mieć coraz większe znaczenie dla badań i refleksji akademickiej, organizacji i finansowania psychoterapii przez instytucje z dziedziny ochrony zdrowia, a także dla terapeutów i pacjentów, w których interesie leży poszukiwanie najbardziej skutecznych form pomocy (por. Kazdin, 2008; Prochaska, Norcross, 2006).

W tę aktualną problematykę doskonale wpisuje się artykuł polemiczny Jadwigi Rakowskiej – autorki o wielkiej erudycji i znaczącym dorobku w zakresie analizy oraz popularyzacji wyników współczesnych prac badawczych nad skutecznością psychoterapii (zob. Rakowska, 2005, 2006a, 2006b). Wart odnotowania jest motyw publikacji tego wnikliwego, wysoce informatywnego tekstu – zainicjowanie środowiskowej dyskusji zogniskowanej wokół problematyki użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie.

Można pogratulować Autorce sprawnego, syntetycznego i czytelnego przedstawienia podstawowych zjawisk z obszaru badań nad efektami psychoterapii: metodologii *efficacy* i *effectiveness*, historycznego tła ruchu *Evidence-based medicine*, ustaleń dotyczących interwencji wspartych empirycznie, czynionych od lat dziewięćdziesiątych XX wieku przez badaczy i psychoterapeutów z Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych i Kanady. Zasadnicza część artykułu jest skomponowana według zasady prezentacji kolejnych perspektyw: badacza (1) pracującego w paradygmacie badań laboratoryjnych; (2) implementującego interwencje wsparte empirycznie do warunków naturalnych oraz (3) klinicysty – oceniającego skuteczność interwencji psychologicznej u indywidualnego pacjenta (w ścisłym sensie – badacza przyjmującego perspektywę terapeuty). Przegląd wielu szczegółowych badań prowadzonych w ramach powyższych podejść Autorka wieńczy sformułowaniem pytań, które chce uczynić punktem odniesienia niniejszej polemiki.

Pierwsza kwestia dotyczy zasadności oczekiwania od praktyków wprowadzania interwencji wspartych empirycznie. W warunkach polskich tak ogólnie sformułowane pytanie wymaga doprecyzowania, np. o jaki rodzaj empirycznie wywiedzionego „wsparcia” chodzi. Jeśli byłoby to podstawowe wsparcie informacyjne, stosunkowo najprostszym (jeśli nie oczywistym) zabiegiem wydaje się skorzystanie z doświadczeń zagranicznych w zakresie popularyzacji szczegółowych ustaleń badawczych nad efektywnością psychoterapii (np. ich bieżąca translacja i publikacja w Internecie). Bardziej skomplikowanym problemem może okazać się edukacja czy reedukacja praktyczna psychoterapeutów. Zapotrzebowanie na nią modyfikują zapewne istotne różnice indywidualne, związane np. ze stażem, poziomem i zakresem kompetencji (w tym także spostrzeganym przez samych terapeutów¹), orientacją teoretyczną, realiami zawodowymi. Nie bez znaczenia jest również kierunek ewolucji rynku usług terapeutycznych (np. czy podobnie jak w Stanach Zjednoczonych, w Polsce zacznie obowiązywać model *cost-effectiveness* – wyrażający się w oczekiwaniu maksymalizacji efektów leczniczych przy minimalizacji ich kosztów; por. Jaworska, 2004; Prochaska, Norcross, 2006). Osobnym zagadnieniem jest to, kto i na jakich zasadach (organizacyjnych, finansowych) miałyby takie programy treningowe – a w konsekwencji również superwizyjne – promować i proponować (środowiska akademickie, towarzystwa zrzeszające psychoterapeutów, NFZ jako instytucja z urzędu odpowiedzialna za zarządzanie systemem opieki zdrowotnej?).

¹ Z badań przeprowadzonych na gruncie amerykańskim wynika, że 90% terapeutów spontanicznie ocenia własną efektywność jako wyższą niż 75% wszystkich terapeutów; żaden nie twierdził, że osiąga gorsze efekty niż połowa pozostałych (Cooper, 2010; Lambert, 2010b).

Problem kolejny – postulat sprawdzania użyteczności klinicznej interwencji wspartych empirycznie w warunkach naturalnych – należy rozpatrywać w kontekście licznych zastrzeżeń dotyczących ograniczonej przekładalności wyników randomizowanych badań laboratoryjnych na realia kliniczne (zob. np. Cooper, 2010; Jaworska, 2004, 2006; Hunsley, 2007; Kazdin, 2008; Norcross, Beutler, Levant, 2006; Seligman, 1995; Wachtel, 2010). Wynikają one z różnic pomiędzy terapią „eksperymentalną” a rzeczywistą. Najważniejsze z nich to: (1) algorytmiczność oraz sztywne, ustalone z góry, ramy czasowe procedur laboratoryjnych vs częste w praktyce dostosowanie czasu i jakości interwencji do potrzeb pacjenta; (2) koncentracja na eliminacji symptomów psychopatologicznych, pomijanie zaś wskaźników „miękkich”, nierzadko istotnych w realiach klinicznych (np. poczucia ogólnej poprawy funkcjonowania czy radzenia sobie z życiem); (3) zastępowanie aktywności, preferencji i wyborów pacjentów losowym doбором do grup badawczych; (4) przecenianie roli diagnozy nozologicznej – wyrażające się w ignorowaniu faktu, że kategorie diagnostyczne to podlegający rewizjom efekt konsensusu konkretnych grup badaczy i klinicystów² oraz związana z tym preferencja „czystości” obrazu klinicznego osób dobieranych do badań vs bardziej naturalna wielość problemów i trudności zgłaszanych przez pacjentów; (5) pomijanie problemu osób przedwcześnie rezygnujących z uczestnictwa w badaniach; (6) wątpliwości etyczne – związane z ryzykiem pozostawienia bez pomocy osób potrzebujących, w przypadku ich kwalifikacji do grupy kontrolnej.

Obie przywołane przez Rakowską procedury oceny skuteczności interwencji, tj. porównywanie wyników interwencji wspartych empirycznie w warunkach naturalnych z wynikami interwencji prowadzonej rutynowo w danej placówce leczniczej oraz porównywanie wyników interwencji w warunkach naturalnych do rezultatów uzyskanych w warunkach laboratoryjnych, nie są wolne od większości wymienionych, zasadniczych ograniczeń. W przypadku pierwszej można dodatkowo postawić zastrzeżenie co do jakości kategorii „interwencja prowadzona rutynowo”. Chodzi tu nie tylko o adekwatną ocenę i porównywalność różnorodnych procedur faktycznie wykorzystywanych przez poszczególne placówki, ale także o to, jakie zmienne „pozaproceduralne” (np. dotyczące kontekstu kulturowego, właściwości terapeutów i pacjentów) mają wpływ na rzeczywiste efekty prowadzonej tam psychoterapii (por. np. Anderson i in., 2009; Norcross, 2001, 2002, 2010, w druku; Norcross i in., 2006; APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Swift, Callahan, 2009). Zarówno więc adekwatność odpowiedzi na pytanie, co i jak w konkretnym przypadku poprawić lub zmienić, jak i zakres

² Według Yaloma (2006), nadmierna koncentracja terapeuty na „prototypowym” rozpoznaniu przesłania indywidualność, a tym samym zakłóca leczenie pacjenta.

generalizacji uzyskanych ustaleń wydają się warunkowane precyzją kontroli wszystkich istotnych moderatorów procesu zmiany (Castonguay, Beutler, 2006; Czabała, 2009; Norcross, 2010; Prochaska, Norcross, 2006; Prochaska, Norcross, DiClemente, 2005). Procedura druga – mimo iż metodologicznie bardziej jednoznaczna – nie odpowiada na wiele kwestii praktycznych (np. co z pacjentami o szerszym spektrum zaburzeń niż to, które przewidują procedury laboratoryjne? czy i na ile dostosowywać czas, tryb i metodę pracy do oczekiwań pacjenta?).

Na tle dotychczas dyskutowanych procedur oceny efektywności, zdecydowanie wyróżnia się paradygmat kontrolowania postępu indywidualnego pacjenta i oceny wyniku końcowego w kategoriach zmiany istotnej klinicznie. Punktem wyjścia jest tu odmienna, bardziej pragmatyczna i klinicznie zasadna filozofia podejścia do procedury badania. W praktyce zawsze chodzi o pomoc udzielaną indywidualnej osobie, w jej unikalnym w wielu aspektach kontekście (np. konfiguracji trudności, objawów i mechanizmów je podtrzymujących, dotychczasowych sposobów radzenia sobie, powodów zgłoszenia się po pomoc, poziomu reaktancji, preferencji, przynależności społeczno-kulturowej, pozycji na spirali procesu zmiany), przez konkretnego, wielorako uwarunkowanego terapeutę³ (z określonym poziomem kompetencji, indywidualnym stylem pracy, osobowością, kontekstem kulturowym i socjodemograficznym), w konkretnych realiach społeczno-kulturowych, ekonomicznych, czasowo-przestrzennych procesu terapeutycznego. Procedura badawcza nie powinna tego faktu ignorować, ale wręcz przeciwnie – uwzględniać go i doceniać.

W tym kontekście z uznaniem należy odnotować pojawienie się inicjatywy polskiej walidacji opracowanego przez Michaela Lamberta (Lambert, Hansen, Finch, 2001; Lambert i in., 2003; Lambert, 2010a) kwestionariusza Outcome Questionnaire, OQ-45.2 (Gajowy i in., 2010). Procedura umożliwia proste i szybkie (wypełnianie kwestionariusza trwa około 5 minut) uzyskiwanie danych pozwalających na ocenę efektów psychoterapii z sesji na sesję, w czasie rzeczywistym. Integralnym elementem metody jest system sygnałów, który wraz z towarzyszącym jej specjalistycznym oprogramowaniem wspierającym podejmowanie decyzji klinicznych, umożliwia wczesne rozpoznanie zakłóceń przebiegu psychoterapii. Podnosi to jej efektywność, ogranicza ryzyko próby samobójczej, deterioracji oraz wystąpienia *drop out*-u u pacjenta. Należy mieć nadzieję, że w miarę postępu prowadzonych prac, praktyczna popularność tej metody będzie rosła, co przyczyni się do podniesienia jakości oferowanych świadczeń z zakresu psychoterapii.

³ Niekiedy, np. w terapii rodzinnej czy grupowej, liczba terapeutów może być większa.

Badania prowadzone przez Lamberta i jego współpracowników można odnieść do szerszego nurtu, określanego jako *Evidence-based practice* (EBP). W ramach tej *praktyki opartej na dowodach* formułuje się postulat integracji (1) najlepszych dostępnych wyników badań empirycznych i (2) danych diagnozy klinicznej w kontekście (3) charakterystyk, uwarunkowań kulturowych i preferencji pacjenta (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Norcross, Hogan, Koocher, 2008; Spring, 2007). W tym ujęciu konkretne decyzje kliniczne (EBP *decisions*) powinny być wypadkową tych trzech ogólnych parametrów. W świetle metaanaliz, odwołujących się do metody szacowania wariancji efektu psychoterapii przypisanej czynnikom terapeutycznym (*psychotherapy outcome variance attributable to therapeutic factors*) (Norcross, 2002, 2010), największy wpływ na zaistnienie zmian klinicznych mają kolejno: uwarunkowania pacjenta (25-30%), relacja terapeutyczna (10-12%), metoda leczenia (8%), właściwości terapeuty (7%), inne czynniki – 3-5% (wariancja niewyjaśniana 40-45%). W ciągu kilku pierwszych dekad swojej historii gros badań nad efektywnością psychoterapii koncentrowało się na metodach (procedurach) leczenia, marginalizując rolę czynników pozostałych (Henry, 1998 – za: Norcross, 2010). EBP postuluje zbalansowanie tej nierównowagi poprzez badania nad znaczeniem relacji terapeutycznej (Norcross, Lambert, 2006; Norcross, 2002, w druku), zmiennych etniczno-kulturowych (Morales, Norcross, 2010) czy preferencji pacjenta (Swift, Callahan, 2009).

Na koniec niniejszych rozważań pozwolę sobie na ogólniejszą refleksję. Lista wymienionych na wstępie powodów i korzyści wynikających z wdrożenia efektów prac badawczych nad skutecznością psychoterapii wymaga uzupełnienia. Mnogość podejść terapeutycznych⁴ może przyprawić o zawrót głowy zarówno psychologów akademickich, szkolących się terapeutów, jak i samych pacjentów⁵. W sytuacji różnorodności źródeł inspiracji współczesnej psychoterapii (por. Ciepliński, w druku; Suszek, Femiak, 2010) realnym niebezpieczeństwem jest również rozmycie, a nawet zatarcie granic pomiędzy procedurą pomocy opartą na realnych podstawach a szarlatanerią⁶, co – poza wszystkim innym – prowadzi do deformacji pojęcia „psychoterapia” w świadomości społecznej (por. Ciepliński, 2010). Ocena oraz selekcja procedur terapeutycznych oparta na „twardych”, naukowych podstawach daje więc nadzieję na potrzebną klaryfikację tego obszaru – zarówno w wymiarze praktycznym (eliminację działań mało efektywnych, wąt-

⁴ Według szacunków Prochaski i Norcrossa (2006), jest ich ponad czterysta!

⁵ „Na szczęście” rzadko kiedy mają oni tę świadomość!

⁶ Wymownym jej przykładem mogą być oferty w stylu „Gabinet wróżb i psychoterapii”, na jakie można natknąć się, spacerując ulicami polskich metropolii.

pliwych czy szkodzących pacjentom), jak i teoretycznym (postęp prac nad rozwojem i integracją psychoterapii).

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 7, 755-768.
- APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 6, 631-638.
- Ciepliński, K. (2010). Wskazania, zasady i możliwości korzystania z pomocy psychoterapeutycznej. *Roczniki Nauk o Rodzinie*, 2 (57), 95-108.
- Ciepliński, K. (w druku). Psychoterapia. W: *Encyklopedia Katolicka*.
- Cierpiałkowska, L. (2006). Efektywność psychoterapii w świetle badań w warunkach laboratoryjnych i naturalnych – szkoły psychoterapii i ich efektywność. W: Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko (red.), *Od systemu terapeutycznego do interwencji* (s. 13-24). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*, tł. A. Wilkin-Day. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Czabała, J. Cz. (2009). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gajowy, M., Simon, W., Sobański, J. A., Śliwka, P., Sala, P., Żak, W., Klasa, K., Lambert, M. J. (2010). *Polska walidacja Kwestionariusza Wyniku (Outcome Questionnaire, OQ-45.2): badanie wielośrodkowe*. Referat wygłoszony podczas XLIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Poznań, 24-26 czerwca.
- Hunsley, J. (2007). Addressing key challenges in evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 113-121.
- 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.
- Jaworska, A. (2006). Wiele teorii – jeden człowiek. W poszukiwaniu optymalnego modelu badania skuteczności psychoterapii. W: Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko (red.), *Od systemu terapeutycznego do interwencji* (s. 25-40). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Lambert, M. J. (2010a). *Prevention of treatment failure. The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2010b). *Can psychotherapy research guide psychotherapy integration*. Referat wygłoszony na konferencji „Integracja w psychoterapii”, Polskie Towarzystwo Integracji Psychoterapii, Warszawa, 17-19 września.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Finch, A. E. (2001). Client-focused research: Using client outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159-172.

- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 139-193). New York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288-301.
- Morales, E., Norcross, J. C. (red.) (2010). Culture-sensitive evidence-based practices. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66, 821-906 (cały numer).
- Norcross, J. C. (red.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2010). *Tailoring psychotherapy to the individual patient*. Referat wygłoszony na konferencji „Integracja w psychoterapii”, Polskie Towarzystwo Integracji Psychoterapii, Warszawa, 17-19 września.
- Norcross, J. C. (red.) (w druku). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (red.) (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., Hogan, T. P. I., Koocher, G. P. (2008). Evidence-based practice in psychology. *The Register Report*, 34, 8-15.
- Norcross, J. C., Lambert, M. J. (2006). The therapy relationship. W: J. C. Norcross, L. E. Beutler, R. F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, tł. D. Golec, A. Tanalska-Duleba, M. Zakrzewski. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (2005a). Stages of change: Prescriptive guidelines. W: G. P. Koocher, J. C. Norcross, S. S. Hill (red.), *Psychologists desk reference*. New York: Oxford University Press.
- Rakowska, J. M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Rakowska, J. M. (2006a). Badania nad psychoterapią. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie. Podręcznik akademicki* (s. 45-239). Warszawa: Eneteia WPiK.
- Rakowska, J. M. (2006b). *Sukces i porażka terapii krótkoterminowej*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologists*, 50, 965-974.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology. What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631.
- Swift, J., Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368-381.
- Suszek, H., Femiak, T. (2010). *Kryteria pozwalające odróżnić psychoterapię naukową od nie-naukowej*. Referat wygłoszony na konferencji „Podstawy naukowe psychoterapii”, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 12-13 czerwca.
- Wachtel, P. (2010). *Psychotherapy integration and evidence-based practice: Confusions in theory, practice, and research*. Referat wygłoszony na konferencji „Integracja w psychoterapii”, Polskie Towarzystwo Integracji Psychoterapii, Warszawa, 17-19 września.