

JAN CZESŁAW CZABAŁA

UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA
INTERWENCJI WSPARTYCH EMPIRYCZNIE
(KOMENTARZ DO TEKSTU
PROF. JADWIGI M. RAKOWSKIEJ)

Artykuł prof. Jadwigi Rakowskiej jest ważnym tekstem, wskazującym na konieczność, a z drugiej strony na trudności korzystania z wyników badań empirycznych dla poprawiania jakości klinicznie stosowanej psychoterapii.

Opublikowany w 1995 raport Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA) sugerował, że istnieją empiryczne dowody na skuteczność określonych metod psychoterapii w leczeniu określonych zaburzeń. W efekcie takich analiz sformułowano wskazania dotyczące tego, jaką psychoterapię należy stosować w leczeniu poszczególnych zaburzeń psychicznych. I tak, w leczeniu zaburzeń lękowych, obsesyjno-kompulsyjnych i zespołu stresu pourazowego najskuteczniejsze są terapia poznawczo-behawioralna czy poszczególne techniki behawioralne (relaksacja, terapia ekspozycyjna, systematyczna desensytyzacja). W leczeniu zaburzeń depresyjnych skuteczne są terapia behawioralna, poznawcza, ale także interpersonalna oraz – nieco mniej skuteczna – krótkoterminowa terapia dynamiczna (por. Czabała, 2003). Do podobnych wniosków dochodzą także Roth i Fonagy (1996).

Raport APA wywołał szeroką dyskusję (por. Chambless, 1998). Pozytywnie oceniali raport autorzy, którzy są przekonani, że kształcenie w specyficznych metodach interwencji psychologicznych jest sensowne, że istnieją istotne różnice między psychoterapeutycznymi podejściami i to różnicuje ich zastosowanie do odrębnych rodzajów zaburzeń. Wielu autorów krytykowało ten raport. Tekst prof.

Rakowskiej potwierdza małą użyteczność takich analiz. W dyskusji podjęto rozważania nad tym, czy psychoterapia jest sztuką czy nauką. Mimo tych dyskusji, opublikowano zalecenia i zasady, jakimi należy kierować się w kształceniu stażystów i studentów studiów doktoranckich.

Ciekawy artykuł opublikował w 1999 r. Kazdin. Pisze w nim o dużej liczbie badań nad psychoterapią dzieci i młodzieży (ponad 1000), z których wynikają sugestie odnoszące się do empirycznie uzasadnionych metod leczenia, między innymi depresji, lęków i zaburzeń zachowania u dzieci i młodzieży, natomiast Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w 1998 r. opublikowała zalecenia dotyczące praktyki klinicznej. Niestety, u podstaw większości badań nie leży żadna teoria, która wyznaczałaby hipotezy dotyczące mechanizmów czy moderatorów zmian. Powoduje to, że niewiele wiemy, jak osiągać zmiany w psychoterapii, dla kogo jest ona skuteczna, a dla kogo nie oraz jak optymalizować zmianę terapeutyczną. A to ogranicza takie zalecenia, jak te sformułowane przez Akademię.

Orlinsky i współautorzy (2004) definiują proces psychoterapii jako: „specyficzne wydarzenia obserwowane w terapii, włączając w nie działania, doświadczenia i odnoszenie się do siebie pacjenta i terapeuty w czasie sesji terapeutycznych oraz działania i doświadczenia dotyczące obu uczestników terapii poza sesjami terapii” (s. 311). Analizowali wyniki badań nad tak rozumianym procesem psychoterapii, porównując podobieństwa i różnice tych wyników w latach 1993-2001 i w latach wcześniejszych. Badania te odnosiły się do takich elementów procesu psychoterapii, jak: kontrakt terapeutyczny, interwencje terapeutyczne, związek terapeutyczny, cechy uczestników, bezpośrednie reakcje na sesje terapeutyczne i czynniki związane z czasem. Najważniejsze wnioski dotyczące zależności między zmiennymi procesu psychoterapii i efektami psychoterapii są następujące:

1. Narastające zainteresowanie badaniami nad procesem psychoterapii – ponad 1/3 badań przeprowadzonych w ciągu 50 lat to badania prowadzone w czasie ostatnich 10 lat.

2. Analiza zmiennych kontraktu terapeutycznego sugeruje brak zależności między efektami psychoterapii a formami psychoterapii: ambulatoryjną czy szpitalną, indywidualną czy grupową, formami płatności za psychoterapię (opłata własna za sesje w porównaniu z pokrywaniem kosztów przez ubezpieczenie). Istotny natomiast wpływ na wyniki psychoterapii miało przygotowanie pacjenta do określonej metody terapii.

3. Podejmowano wiele badań nad związkiem między efektami psychoterapii i technikami terapeutycznymi stosowanymi w procesie psychoterapii. Nie ma

wielu jednoznacznych związków wskazujących na takie bezpośrednie zależności. Wyniki badań wskazują na bardziej lub mniej pozytywne związki z dobrymi efektami psychoterapii następujących interwencji psychoterapeutycznych: wzbudzanie nowych doświadczeń (m.in. przez techniki ekspozycyjne, techniki pustego krzesła i podobne), interpretacje – ale niekonieczne rozumiane jako interpretacje, konfrontacje, techniki paradoksalne i techniki aktywizujące zasoby pacjenta (Grawe, 2004). Ta ostatnia zależność jest ciekawa o tyle, że podkreśla znaczenie koncentrowania się w psychoterapii na pozytywnych zasobach jednostki, na jej możliwościach, na wzbudzaniu pozytywnych doświadczeń emocjonalnych w czasie sesji psychoterapeutycznych, gdy tymczasem większość metod psychoterapii koncentruje się na problemach i patologii pacjenta.

4. W badaniach coraz częściej uwzględnia się zmienne związane z reakcjami pacjenta na interwencje psychoterapeutyczne. Generalnie wzbudzanie reakcji emocjonalnych w czasie sesji terapeutycznych często korelowało z pozytywnymi wynikami psychoterapii. Orlinsky i współautorzy (2004) ze zdziwieniem zauważają, że w ostatnich latach większość badań nad poziomem pobudzenia emocjonalnego prowadzonych jest w warunkach psychoterapii poznawczo-behawioralnej, o której mówi się, że mało zwraca uwagę na znaczenie doświadczeń emocjonalnych w terapii. Doświadczanie uczuć negatywnych w czasie psychoterapii nie jest tak jednoznacznie związane z dobrymi efektami leczenia.

5. Kolejna grupa analizowanych badań dotyczyła zmiennych związku terapeutycznego. Autorzy przeglądu, analizując poszczególne składniki związku terapeutycznego, formułują następujące wnioski: zaangażowanie terapeuty w kształtowanie dobrego związku terapeutycznego korelowało z dobrymi efektami leczenia, ale tylko wtedy, gdy takie zaangażowanie było oceniane przez pacjentów a nie przez obserwatorów; zaangażowanie pacjenta natomiast w większości badań korelowało z pozytywnymi efektami psychoterapii, niezależnie od tego, kto oceniał poziom tego zaangażowania; wyższy poziom zgodności między terapeutą i pacjentem w zakresie celów terapii i zadań terapeutycznych okazał się pozytywnym elementem związku terapeutycznego; wiele wyników badań potwierdziło pozytywną rolę zdolności terapeuty do okazywania empatii wobec pacjenta (ta zależność jest tak oczywista, że obecnie takich badań jest coraz mniej); zależności między wynikami psychoterapii a relacjami emocjonalnymi między uczestnikami procesu psychoterapii były przedmiotem wielu badań (pozytywne znaczenie dla efektów terapii ma także wzajemność pozytywnych uczuć między terapeutą i pacjentem); pozytywne efekty terapii są także związane z gotowością pacjenta do bycia otwartym w relacji z terapeutą, ze zdolnością do akceptowania swoich

uczuć doświadczanych w procesie psychoterapii, z poczuciem autonomii w relacji z terapeutą.

Lambert, Garfield i Bergin (2004), podsumowując przegląd badań za ostatnie dziesięciolecie, także dokonują czegoś w rodzaju podsumowania zmian, jakie zdarzyły się w tym czasie, i formułują przewidywania dotyczące zmian w przyszłości. Oto ich refleksje:

1. Ciągłe trwają prace nad integracją psychoterapii, chociaż wpływ badań naukowych na ich treść jest wciąż niewielki.

2. Zainteresowanie rozwojem teorii głównych metod psychoterapii, takich jak terapia psychodynamiczna, poznawczo-behawioralna, nie jest duże; teoretycy, praktycy i badacze są raczej zainteresowani tymi aspektami psychoterapii, które są próbami odpowiedzi na pytania o to, jaka psychoterapia jest potrzebna jakim pacjentom, koncentrując się na elementach procesu psychoterapii, np. na związku terapeutycznym.

3. Wiadomo, że psychoterapia jest skuteczna, ale „nie zawsze wiemy dokładnie dlaczego” (s. 809). Każda ze szkół wskazuje na nieco inne czynniki leczące. Współcześnie jednak poszukuje się bardziej konkretnych czynników prowadzących do zmiany, a te czynniki występują w większości podstawowych metod psychoterapii. Tezy o wspólnych czynnikach leczących, występujących w większości metod psychoterapii, nie stoją w sprzeczności z obserwacjami, że w leczeniu niektórych, zwłaszcza bardziej nasilonych zaburzeń, niektóre technologie terapeutyczne okazują się bardziej specyficzne i skuteczne, np. w leczeniu natręctw, bulimii, intensywnych bólów głowy, zaburzeń snu.

4. Psychoterapia przybiera formę krótkoterminową, przynajmniej w Stanach Zjednoczonych. Wyniki badań pokazują, że u około połowy pacjentów następuje istotna klinicznie poprawa już po ośmiu sesjach, a u następnej połowy – po 18 sesjach psychoterapii ambulatoryjnej prowadzonej raz w tygodniu; 75% z nich wraca do normalnego funkcjonowania w ciągu jednego roku. Oczywiście część pacjentów wymaga dłuższej psychoterapii, ale decyzje o tym powinny być podejmowane na podstawie monitorowania stopnia poprawy. Autorzy mocno podkreślają, że decyzje o czasie trwania psychoterapii, oparte na monitorowaniu efektów, powinny być podejmowane w oparciu o to, jak pacjent reaguje na oddziaływania psychoterapeutyczne, a nie na podstawie administracyjnych czy finansowych decyzji.

Dyskusja nad raportem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego spowodowała powołanie przez to Towarzystwo nowego zespołu, którego celem jest określenie, jakie czynniki procesu psychoterapii są skuteczne w leczeniu poszczególnych zaburzeń, a nie tylko rodzaje stosowanych psychoterapii.

Efekty pracy zespołu APA dotyczące empirycznie potwierdzonych zmiennych procesu terapeutycznego (*empirical supported relationship*), a zwłaszcza zmiennych relacji terapeutycznej będą przedmiotem przygotowanej do druku monografii *The relationship which works*, której pierwsze wydanie ukazało się w 2002 r. Część wyników tych metaanaliz przedstawił John Norcross, przewodniczący zespołu APA, w czasie ostatniej konferencji pt. „Integracja w psychoterapii. Jak z niej korzystać”, która odbyła się w Warszawie we wrześniu 2010 roku. Te wyniki pokazują, że:

– Wynik psychoterapii jest wyjaśniany przez wiele zmiennych. Zmienne pacjenta wyjaśniają 30% zmienności rezultatu psychoterapii, zmienne metody psychoterapii tylko 8%, zmienne relacji terapeutycznej 12%, a 40% zmienności wyników nadal pozostaje niewyjaśniona.

– Zmienne relacji terapeutycznej potwierdzone empirycznie to: przymierze terapeutyczne, zdolność do wyrażania empatii, uzgodnienie celów terapeutycznych przez pacjenta i terapeutę, udzielanie pacjentowi wsparcia i odczuwanie przez niego tego wsparcia, wrażliwość na informacje zwrotne przekazywane przez pacjenta

Wyniki tych badań potwierdzają potrzebę monitorowania przebiegu procesu psychoterapii, o czym pisze prof. Rakowska. Odpowiadając na Jej pytania, można próbować sformułować przypuszczenie, że rodzaje stosowanych metod psychoterapii będą zależały od empirycznej oceny ich skuteczności, chociażby z tego powodu, że płatnicy będą gotowi płacić za psychoterapię skuteczną. Upowszechnienie wyników badań dotyczących skutecznych zmiennych procesu psychoterapii (niezależnie od tego, jaka jest to metoda psychoterapii) powinno przyczynić się do większej skuteczności psychoterapii w leczeniu konkretnych grup pacjentów. Metody kontrolowania postępu psychoterapii u indywidualnego pacjenta staną się użytecznym narzędziem dla dostosowywania metod psychoterapii i bardziej świadomego kształtowania relacji terapeutycznej, zwiększających możliwość osiągnięcia istotnej klinicznie zmiany u zróżnicowanych pacjentów. John Norcross pisze, że praktyka kliniczna potwierdzona empirycznie to integrowanie wyników badań empirycznych, doświadczenia klinicznego psychoterapeuty i specyfiki pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association. Task Force on Psychological Intervention Guidelines (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D. L. (1998). Empirically validated treatments. W: G. P. Koocher, J. C. Norcross, S. S. Hill III (red.), *Psychologists' desk reference* (s. 209-219). Oxford, NY: Oxford University Press.

- Czabała, J. C. (2003). Znaczenie wyników badań naukowych nad psychoterapią dla praktyki klinicznej. W: M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej* (s. 210-218). Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Cambridge: Hogrefe & Huber.
- Kazdin, A. E. (1999). Current (lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 4, 533-548.
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 805-821). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 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, Inc.
- Norcross, J. C. (red.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. W: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 307-389). New York: John Wiley & Sons, Inc.