

JERZY W. ALEKSANDROWICZ

KOMENTARZ DO ARTYKUŁU JADWIGI M. RAKOWSKIEJ
PT. „UŻYTECZNOŚĆ KLINICZNA
INTERWENCJI PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH
WSPARTYCH EMPIRYCZNIE”

Przegląd problematyki związanej z badaniami efektywności psychoterapii („interwencji psychologicznych”) dokonany przez prof. Jadwigę Rakowską bardzo dobrze uprzytomnia, dlaczego wyniki tych badań wzbudzają tak wiele wątpliwości i sprzeciwów. Są one jednym z powodów przekonania o małej trafności twierdzeń teorii, dla których takie badania mają być sposobem pragmatycznej, empirycznej walidacji, oraz przyczyną trudności w powstaniu integracyjnej teorii psychoterapii spełniającej kryteria naukowości.

Obecnie praktyczne wykorzystywanie informacji uzyskanych na podstawie badań eksperymentalnych sprowadza się głównie – jak się wydaje – do przekonywania instytucji ubezpieczeniowych o zasadności refundowania świadczeń, mogących legitymować się „udowodnioną skutecznością”. Ograniczone zastosowanie wyników tych badań w praktyce terapeutycznej jest niewątpliwie w jakiejś mierze związane z poczuciem obowiązku wierności zasadom „szkoły”, przekazywanym psychoterapeutom w toku kształcenia. Wydaje się jednak, że decyduje poczucie małej użyteczności tych informacji, ich nieadekwatności do wymogów realności procesu psychoterapeutycznego, a także „zdroworozsądkowy” krytycyzm wobec metodologii badań, zarówno tych przeprowadzanych w warunkach kontrolowanych i określających *efficacy*, jak i tych mających określać efekty psychoterapii w praktyce klinicznej (*effectiveness*). (Skądinąd sama potrzeba

wprowadzenia tego rozróżnienia poddaje w wątpliwość sens takich procedur badawczych.)

Trudności związane z uzyskaniem wiarygodnych informacji o skuteczności psychoterapii są ogromne i trudno się dziwić, że rozwiązania stosowane w badaniach budzą wiele zastrzeżeń.

Na przykład: porównywanie zmian zachodzących w grupach osób poddawanych różnym rodzajom psychoterapii byłoby uzasadnione wówczas, gdyby te grupy pacjentów czy klientów były rzeczywiście, a nie tylko pozornie jednorodne. W przypadku pacjentów tę jednorodność ma zapewniać identyczna diagnoza nozologiczna. Tymczasem konstrukcja systemów klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV ani ICD-10 nie zapewnia wystarczającej analogii zespołu objawowego i etiopatogenezy zaburzeń otrzymujących taką samą „etykieta”. To samo dotyczy osób korzystających z psychoterapii z innych powodów niż zaburzenia zdrowia. Rodzaj zgłaszanych przez nie problemów nie oddaje rzeczywistych powodów poszukiwania takiej pomocy ani okoliczności uzasadniających podejmowanie psychoterapii. Grupa osób chcących usprawnić swoje umiejętności interpersonalne czy poprawić swoją samoocenę jest chyba jeszcze bardziej zróżnicowana niż np. grupa osób leczonych z powodu natręctw.

Sposoby oddziaływania, określane nazwą jakiegoś podejścia teoretycznego czy „modalności”, których efektywność jest określana w takich badaniach, są także tylko pozornie identyczne. Rozmaitość wariantów teorii na przykład „psychodynamicznych”, a także indywidualne różnice funkcjonowania psychoterapeutów, z których każdy nieco inaczej rozumie i stosuje te założenia teoretyczne, powodują znaczne różnice oddziaływań noszących identyczną nazwę. Co więcej, sposób realizacji zasad teorii zależy przecież także na przykład od stopnia zmęczenia terapeuty. Takich różnic nie mogą zniwelować żadne szczegółowe przepisy, standardy czy „manuale”.

W badaniach efektywności psychoterapii co najmniej dwie niewiadome są więc bezpodstawnie traktowane jak nominalne zmienne niezależne. I to właśnie wydaje się kluczowym powodem niejednoznaczności wyników badań skuteczności psychoterapii. Ich mała użyteczność w praktyce klinicznej jest związana także z zaleceniem posługiwania się podręcznikami, ograniczającym możliwość elastycznego reagowania terapeuty na okoliczności pojawiające się w toku procesu terapeutycznego.

Trudno też nie mieć wątpliwości dotyczących narzędzi pomiaru stosowanych w tych badaniach. Niekiedy są one mało trafne, zwłaszcza wówczas, gdy – tak jak np. SCL-90 – mają z założenia szerokie *spectrum*, obejmujące objawy różnych zaburzeń (nerwicowych, psychotycznych itp.). Skądinąd sama zasada oceny

efektów interwencji na podstawie zmiany nasilenia objawów jest rozwiązaniem wysoce niedoskonałym. Zmniejszenie tego nasilenia często bywa skutkiem działania niespecyficznych czynników leczniczych, efektu placebo (Frank, Frank, 2005); skutkiem zaspokojenia np. „neurotycznych potrzeb” (prowadzącego do utrwalania zaburzenia); pozorem, stwarzanym przez zjawisko transformacji objawów itp. Równie mało uzasadnione wydaje się stosowanie narzędzi mierzących zmienne „ogólne” – takie jak sprawność funkcjonowania jednostki czy jakość życia. Są to oczywiście niezmiernie ważne parametry, jednak o poprawie w tych zakresach decyduje bardzo wiele różnych czynników, nie tylko stan zdrowia.

Pojęcie „efektywności”, mające oznaczać zarówno korzystne zmiany nasilenia objawów, jak i zmniejszenie uciążliwości „problemów”, nie wydaje się trafne. Czy można sprowadzać do wspólnej płaszczyzny skuteczność oddziaływań mających pobudzić na przykład rozwój osobowy albo radzenie sobie z problemami egzystencjalnymi i takich, które mają doprowadzić do usunięcia zaburzenia zdrowia?

Oczywiście, nie każda psychoterapia jest leczeniem i protest psychologów uprawiających psychoterapię humanistyczną, o którym wspomina prof. Rakowska, wydaje się zrozumiały, jak i uzasadniony. Psychoterapią nazywa się kilka różnych rodzajów aktywności. Jednym z nich jest oddziaływanie sposobami psychospołecznymi w celu leczenia zaburzeń zdrowia, zwłaszcza spowodowanych zakłóceniami w życiu psychicznym, innym – przynoszenie ulgi osobom chorującym na rozmaite schorzenia somatyczne i psychiczne, których wprawdzie psychoterapią wyleczyć się nie da, ale można znacznie poprawić jakość życia pacjentów. Jeszcze czymś innym jest udzielanie rozmaitego rodzaju pomocy osobom zdrowym, pomaganie im w rozwoju osobistym, w rozwiązywaniu problemów z sobą samym i otoczeniem, uczenie umiejętności przydatnych w relacjach interpersonalnych itp. Czy procedury, zapożyczone z *evidence based medicine*, mogą być adekwatne w ocenianiu zasadności wszystkich tych odmian psychoterapii? Może każdy z tych obszarów powinien dysponować odrębną teorią uzasadniającą te oddziaływania, a procedury oceny ich skuteczności powinny znacznie się różnić?

Granica między chorobą a zdrowiem jest bardzo niejasna, a przekonanie o continuum zdrowia i choroby jest mocno zakotwiczone w naszych schematach poznawczych i dodatkowo umocowane w definicji WHO, sprowadzającej zdrowie do dobrostanu. Jednak zdrowie i choroba to różne jakości. Ich odmienności nie da się sprowadzić do różnic ilościowych. I nie ma chyba nawet potrzeby prezentować dowodów na to, że działania mające charakter leczenia i pomaganie mogą, a czasem nawet muszą być sprzeczne.

Problemy ludzi zdrowych, takie jak poczucie niepowodzenia w realizacji celów życiowych, brak umiejętności radzenia sobie w relacjach interpersonalnych, konieczność zmiany nawyków żywieniowych itp. czy poradzenia sobie z utratą kogoś bliskiego, nie mają jakości choroby. Podobnie problemy ludzi chorych – wynikające z uciążliwości stwarzanych przez chorobę czy kalectwo, także z okoliczności leczenia czy rehabilitacji – same nie mają wymiaru choroby, której skądinąd są skutkiem. Może założenie identyczności oddziaływań, użytecznych w zupełnie odmiennych okolicznościach, stwarza pułapkę, w którą uwikłane są badania efektywności psychoterapii? Przekonanie o tej identyczności jest zresztą coraz częściej przedmiotem krytyki (Aleksandrowicz, 2010; Di Nuovo, 2007; Duruz, 2003).

Pytanie o skuteczność psychoterapii i określanie *evidence basis* różnych jej form ma sens w przypadku rozumienia jej jako leczenia tych zaburzeń zdrowia, w których jest ona wskazana ze względu na wiedzę o ich patologii. Ocena efektów leczenia wymaga jednak stosowania instrumentów mierzących to, co (zgodnie z aktualnym stanem wiedzy) jest uważane za specyficzne dla leczonego zaburzenia.

Możliwym wyjściem z pułapki, w jakiej znalazły się próby uzasadniania psychoterapii, wydaje się więc: (1) rozróżnienie między psychoterapią, której celem jest leczenie, a tą, której celem jest pomaganie; badanie ich skuteczności odmiennymi procedurami i narzędziami; (2) ograniczenie poszukiwań uzasadnień metodami wywodzącymi się z założeń *evidence based medicine* do tylko tej psychoterapii, której celem jest leczenie; (3) zmiana metodologii badań, opartych na jedynie pozornej homogeniczności badanych grup i sposobów oddziaływania.

Artykuł prof. J. Rakowskiej nie tylko pobudza do takich jak powyższe refleksji. Przede wszystkim wskazuje na konieczność poszukiwania dróg wyjścia z impasu, w jakim znalazły się badania psychoterapii.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. W. (2010). Kilka uwag o procesach integracji teorii psychoterapii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 6, 1, 3-10.
- Di Nuovo, S. (2007). Research in psychotherapy: Some thoughts on scientificness. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 9-16.
- Duruz, N. (2003). Être psychothérapeute demain. *Psychotherapie*, 23, 233-240.
- Frank, J. D., Frank, J. B. (2005). *Perswazja i uzdrawianie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.