

TOMASZ JANKOWSKI

O PRZEWADZE KONIUNKCJI NAD ALTERNATYWA, CZYLI JAK SKUTECZNIEJ POMAGAĆ TERAPEUTOM

U podstaw zawodu klinicysty praktyka leży pewna właściwość, która sprawia, że w sytuacjach, gdy ten chciałby poczuć satysfakcję płynącą z efektów swojej pracy, jest skazany na mniejszą lub większą niepewność i płynącą z niej frustrację. Niewdzięczny aspekt pracy terapeuty dobrze opisuje Antoni Kępiński: „[...] zdarza się bowiem, że – dumni ze swojego rzadkiego sukcesu terapeutycznego – spotykamy na przykład pacjenta na ulicy, gdy czule spaceruje ze swą dziewczyną, i budzi się wątpliwość, czy to nie jej zasługą jest pozytywny wynik terapii” (Kępiński, 1992, s. 248). Jeżeli traktować psychoterapię jako jedną z gałęzi psychologii stosowanej, a nie jako sztukę opartą wyłącznie na intuicji, omawiana właściwość ma charakter fundamentalny, a zarazem nieusuwalny. Wynika to z probabilistycznych założeń nauk społecznych, do których zalicza się psychologia.

Psycholodzy kliniczni zorientowani badawczo podjęli wiele wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu skuteczności oddziaływań terapeutycznych. Aktualnie spór toczy się o to, która z metod weryfikowania efektywności terapii jest dla klinicysty praktyka najbardziej użyteczna. W tym kontekście artykuł Jadwigi Rakowskiej można odczytać jako wyraz zaangażowania w ten spór – próbę wskazania na te podejścia badawcze, które – zdaniem Autorki – pozwoliłyby praktykom w pracy z indywidualnym pacjentem oprzeć swoje działania nie tylko na „przecuciu”, ale również na obiektywnych przesłankach naukowych.

Kluczem do zrozumienia propozycji prezentowanej przez Rakowską jest pojęcie użyteczności klinicznej. Próbując określić jego znaczenie, Autorka odwołuje się do dwóch terminów angielskich: (1) *efficacy*, który tłumaczy jako skuteczność i odnosi do badań eksperymentalnych o ściśle kontrolowanych warunkach, oraz (2) *effectiveness* – rozumianej właśnie jako użyteczność, którą sprawdza się w badaniach nastawionych na maksymalizację trafności zewnętrznej (w domyśle – badaniach eksperymentalnych lub quasi-eksperymentalnych prowadzonych w warunkach „naturalnych”). W ten sposób użyteczność należy rozumieć jako wskaźnik efektywności danej interwencji stosowanej w okolicznościach, w jakich klinicyści pracują na co dzień (Nathan, Stuart, Dolan, 2000). Sprawdzona za pomocą porównania grup użyteczność pozwala na oszacowanie prawdopodobieństwa, z jakim można założyć, że określony rodzaj terapii jest pomocny dla określonego „typu” pacjenta. Oczywiście ten rodzaj użyteczności nie pozwala na jednoznaczną odpowiedź, czy w przypadku konkretnej osoby dana procedura terapeutyczna odniesie zamierzony skutek, czy też w żaden sposób na nią nie wpłynie. Niepewność klinicysty, chociaż w pewnym stopniu zredukowana (wiadomo, jaki procent pacjentów, podobnych do siedzącego przede mną, znacząco skorzystał po zastosowaniu konkretnej interwencji), pozostaje jednak w dalszym ciągu dotkliwie przez niego odczuwalna.

Rakowska używa pojęcia użyteczności również w stosunku do grupy metod (Howard i in., 1986; Howard i in., 1996; Lambert i in., 2001), które choć sugerują jeszcze większą redukcję niepewności, mają niewiele wspólnego z badaniem użyteczności rozumianej jak powyżej (jako oceny tego, na ile dane podejście jest skuteczne i efektywne). Wprowadza to pewien zamęt. Intencją Autorki jest zaproponowanie alternatywnego sposobu oceny użyteczności, który miałby większe znaczenie dla klinicysty praktyka. Wydaje się jednak, że alternatywa nie ma tu zastosowania. Podejście idiograficzne bowiem – a taki charakter mają metody proponowane przez Howarda, Lamberta i ich współpracowników – nie daje żadnych podstaw do oceny tego, w jakim stopniu terapia konkretnego pacjenta była efektywna. Wiemy jedynie to, że jeżeli zmiany występują, możemy je obserwować, ale bez możliwości orzekania o jej przyczynach (które mogą się wiązać z innymi, pozaterapeutycznymi czynnikami).

Gdyby wszyscy pacjenci przy okazji uczestniczenia w terapii wykazywali korzystne zmiany w funkcjonowaniu, ze względów pragmatycznych można by zaniedbać pytanie o ich przyczyny, na zasadzie: jeżeli coś działa korzystnie, nawet jeżeli nie rozumiemy mechanizmów tego działania, możemy to stosować. Zdarza się jednak (wcale nie tak rzadko), że osoby uczestniczące w terapii funkcjonują tak samo jak przed terapią, czyli źle, a niekiedy nawet jeszcze gorzej. Dlaczego?

Na to pytanie idiograficzny model badań nie jest w stanie udzielić wiarygodnej odpowiedzi. Śledząc brak zmian lub nawet pogarszanie się stanu pacjenta nie wiemy, czy to nasze metody nie są w jego przypadku skuteczne, czy też to on jest „odporny” na jakiegokolwiek znane oddziaływanie. Jeżeli jednak mielibyśmy zmienić sposób postępowania, to na jaki? Które z interwencji zwiększyłyby szanse na korzystne zmiany? Pytania te nie są banalne – w cytowanych przez Autorkę badaniach Lamberta i współpracowników (2001), pomimo informowania terapeutów o pogarszającym się funkcjonowaniu pacjenta w trakcie terapii, końcowy brak istotnej klinicznie zmiany lub pogorszenie stanu zaobserwowano u 75% pacjentów tego typu (w warunkach, w których nie informowano terapeutów o pogarszającym się stanie pacjenta, brak poprawy lub dalsze pogorszenie obserwowano u 83% pacjentów – różnice nieistotne statystycznie). Można z tego wyciągnąć dość prosty wniosek: sama świadomość tego, że „coś nie idzie”, bez wiedzy o tym, co zrobić, by ten proces zmienić, na niewiele się przydaje.

Ciekawym kontekstem dla cytowanych w artykule Rakowskiej wyników badań Lamberta i współpracowników są rozważania Aleksandrowicza (2010). Proponuje on rozróżnienie oddziaływań psychoterapeutycznych, które mają jedynie charakter pomocy psychologicznej, od interwencji polegających *stricte* na leczeniu patologii. W przypadku tych pierwszych, do uzyskania istotnej poprawy prawdopodobnie wystarczy obecność wspólnych czynników terapeutycznych (postawa i osobowość terapeuty, odpowiednia relacja terapeutyczna itp.), w przypadku drugich konieczne jest natomiast zastosowanie interwencji specyficznych dla danego zaburzenia. Fakt, że aktualizowane z sesji na sesję informacje zwrotne o stanie pacjenta nie wpływały w badaniach Lamberta na efekt końcowy – jeżeli pacjent ogólnie pozytywnie reagował na terapię – a jednocześnie brak istotnej (z klinicznego punktu widzenia) poprawy u pacjentów z poważniejszą patologią, którzy jednocześnie źle reagowali na terapię, może wskazywać na zasadność tezy Aleksandrowicza.

Podsumowując tę część rozważań, metody oceny użyteczności klinicznej, proponowane przez Rakowską jako alternatywne, nie mogą zastąpić badań nad skutecznością terapii (zarówno w znaczeniu *efficacy*, jak i *effectiveness*). Opierają się bowiem na innych założeniach metodologicznych i czemu innemu służą. Jak można w takim razie rozumieć ich użyteczność? Jak każda metoda idiograficzna, tak i one pozwalają w miarę dokładnie opisać aktualny stan danego pacjenta. Jest to ich dużą zaletą, rozciągają bowiem proces diagnostyczny nie tylko na początek i koniec terapii, ale na cały okres jej trwania. Dodatkową wartością, ujętą zwłaszcza w metodzie Howarda i współpracowników (1996), jest możliwość odnoszenia aktualnych informacji o stanie pacjenta do przewidywanych na danym etapie

terapii efektów leczenia. Sprzyja to większej uważności ze strony terapeuty i umożliwia podjęcie określonych interwencji, które dawałyby szansę na zmaksymalizowanie efektów terapii w przypadku konkretnej osoby. Pamiętajmy jednak, że techniki pozwalające na szacowanie zmian oczekiwanych w przypadku konkretnego pacjenta mają charakter probabilistyczny i opierają się na uśrednianiu wyników dużej próbki badanych (łączonych w grupy często bez dokonywania rozróżnień na płeć, rodzaj zaburzenia czy też rodzaj podejmowanych interwencji). Czar związany z przekonaniem o indywidualnym traktowaniu każdego pacjenta pryska, gdy uświadomimy sobie, że kilkanaście indywidualnych parametrów stanu zdrowia pacjenta podstawiamy do równania, które jest równaniem regresji, to znaczy ma sens w odniesieniu do „przeciętnego” pacjenta. Podobnie ma się sprawa z normami, które służą ocenie efektów terapeutycznych – cóż to bowiem znaczy, że zmiana jest istotna klinicznie? Znaczy to tyle, że jest większa niż jedno odchylenie standardowe od przeciętnej zmiany. Czy dla tego konkretnego pacjenta jest ona duża i wystarczająca, czy też duża, ale niewystarczająca, a może zupełnie mała, ale za to satysfakcjonująca – tego już nie wiemy.

Odpowiadając na ostatnie z zadanych przez Rakowską pytań – „Czy metoda oparta na kontrolowaniu postępu u indywidualnego pacjenta i ocenie wyniku końcowego w kategoriach istotnej klinicznie zmiany może stanowić alternatywę dla wymienionych wyżej metod opartych na porównaniu grup?” – należy zaprzeczyć. Obydwa rodzaje metod są wobec siebie raczej komplementarne niż alternatywne. Ograniczenie się do metod badania skuteczności opartych na paradygmacie eksperymentalnym utrudnia koncentrację na indywidualnym pacjencie, sprzyja jego zaszufładowaniu do określonego „typu przypadku” i stwarza ryzyko usztywnienia pracy terapeuty (kurczowe trzymanie się podręczników). Z drugiej strony, rezygnacja z badań nad empirycznym potwierdzeniem skuteczności i efektywności poszczególnych podejść może owocować tym, że terapeuci będą angażować się w aktywność, która nie ma związku z poprawą stanu pacjenta. Będą zdani jedynie na ślełą wiarę w sens swoich działań, która może fluktuować zgodnie z naprzemiennymi (przypadkowymi?) sukcesami i porażkami terapeutycznymi, przyczyniając się nie tylko do brnięcia w ślepe uliczki, ale również zwiększając ryzyko szybszego wypalenia zawodowego.

Konflikt pomiędzy zwolennikami metod idiograficznych a nomotetycznych istnieje od bardzo dawna i jest nierozstrzygnięty (zob. Paluchowski, 2010), podobnie jak spór pomiędzy zwolennikami badań nad komponentami specyficznymi dla określonych terapii a klinicystami poszukującymi czynników wspólnych (Castelnuovo i in., 2004). Obydwa konflikty są tłem dla treści omawianych w artykule Rakowskiej. Adwersarze konfliktu przedstawiają wyniki badań mające do-

wodzić słuszności ich kierunku myślenia, jednocześnie podważając jakość danych publikowanych przez drugą stronę (Crits-Christoph, 1997; Wampold i in., 1997). Próby przekonania drugiej strony o słuszności swoich racji wydają się jednak jałowym sposobem rozwiązania tego sporu.

Bardziej sensowne może być zaproponowanie rozwiązania, które integrowałoby w sobie oba podejścia, uwalniając klinicystów praktyków od konieczności opowiadania się za jedną ze stron (Levant, 2004). Przykładem takiego podejścia jest nurt badań skoncentrowany na praktykach potwierdzonych empirycznie (*evidence based practice*), którego inspiracją jest ruch o tej samej nazwie w obrębie nauk medycznych (Institute of Medicine, 2001). Podejście skoncentrowane na praktykach potwierdzonych empirycznie obejmuje:

(1) badania nomotetyczne – weryfikujące skuteczność poszczególnych interwencji, wyznaczające precyzyjne normy użyteczne dla diagnozowania oraz dające podstawy dla przewidywań przebiegu terapii;

(2) badania idiograficzne – pozwalające na wykorzystanie klinicznego oglądu i doświadczenia w odniesieniu do indywidualnego pacjenta, dzięki którym zostanie oceniony nie tylko indywidualny rys problemu, z jakim on przychodzi, ale również ryzyko i szanse związane z wykorzystaniem wobec niego specyficznych interwencji terapeutycznych;

(3) ocenę wartości i preferencji indywidualnego pacjenta – umożliwiającą uwzględnienie punktu widzenia osoby zgłaszającej się po pomoc, jej oczekiwań i motywacji do leczenia (Levant, 2004).

Uznanie równej wartości wszystkich trzech perspektyw nie spowoduje, że klinicysta będzie miał stuprocentową pewność dotyczącą efektywności swoich oddziaływań. Niemniej jednak – poprzez dostarczenie wszechstronnego i spójnego wsparcia – zmniejszy jego dyskomfort, a z drugiej strony zapobiegnie klinicznym działaniom „na własną rękę”, które w oparciu o niezweryfikowane empirycznie teorie mogą prowadzić na terapeutyczne manowce.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J. W. (2010). Kilka uwag o procesach integracji teorii psychoterapii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 6, 3-10.
- Castelnuovo, G., Faccio, E., Molinari, E., Nardone, G., Salvini, A. (2004). A critical review of empirically supported treatments (ESTs) and common factors perspective in psychotherapy. *Neuropsychology*, 1, 208-224.
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. *Psychological Bulletin*, 122, 216-220.

- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-64.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kępiński, A. (1992). *Rytm życia*. Kraków: Sagittarius.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersh, D. A., Nielsen, S. L., Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11, 49-68.
- Levant, R. F. (2004). The empirically validated treatments movement: A Practitioner/educator perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 219-224.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Paluchowski, J. (2010). Spór metodologiczny czy spór koncepcji – badania ilościowe vs jakościowe. *Roczniki Psychologiczne*, 13, 7-21.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.