

BARBARA JÓZEFIK

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

Z dużym zainteresowaniem przeczytałam tekst prof. Jadwigi Rakowskiej „Użyteczność kliniczna interwencji wspartych empirycznie”, gdyż dotyczy on kwestii istotnych dla praktyki i teorii psychoterapii. Ocena skuteczności psychoterapeutycznych oddziaływań jest bowiem m.in. podstawą włączenia interwencji psychoterapeutów do koszyka świadczeń zdrowotnych opłacanych przez ubezpieczyciela usług medycznych, i w tym sensie, w polskim kontekście, decyduje o tym, czy osoby leczące się w publicznych instytucjach będą miały – i w jakim zakresie – możliwość korzystania z psychoterapii w procesie leczenia. Ale też ocena skuteczności ma znacznie dla rozwoju psychoterapii jako dziedziny – formowania się podejść, szkół, metod i technik. Powinna także wpływać na proces szkolenia psychoterapeutów i sposób organizowania i monitorowania praktyki psychoterapeutycznej.

Odnoszę tekst prof. Rakowskiej do psychoterapii a nie do psychologii, chociaż ona sama pisze o skuteczności oddziaływań psychologicznych, przy jednoczesnym cytowaniu badań referujących przebieg psychoterapii pacjentów zdiagnozowanych w oparciu o psychiatryczne kryteria DSM. Tak więc rodzaj przytaczanego przez autorkę piśmiennictwa skłania mnie do formułowania uwag wobec psychoterapii, uznaję bowiem, że psychoterapia nie jest tożsama z psychologią

(jakkolwiek bardzo wiele z niej czerpie) i może być praktykowana przez osoby nie będące psychologami.

Lektura tekstu wzbudziła we mnie kilka refleksji. Zacznę od kwestii ogólnych. Punktem wyjścia dla rozważań prof. Rakowskiej jest powiązanie rozwoju ruchu promującego interwencje psychoterapeutyczne (psychologiczne) wsparte empirycznie z rozwojem medycyny opartej na dowodach naukowych (Evidence Based Medicine – EBM). Jak wiemy, podstawy tej ostatniej zrodziły się w latach siedemdziesiątych XX wieku w Wielkiej Brytanii, a następnie rozwijały się w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, między innymi w związku z koniecznością optymalizacji wydatków przeznaczonych na leczenie, narastaniem wiedzy medycznej, zwiększaniem się ilości badań klinicznych, kwestiami prawnymi i etycznymi, jakie wiązały się z badaniem nowych leków i ich wprowadzeniem do praktyki klinicznej. Istotnym aspektem rozwoju podejścia EBM była możliwość korzystania z procedur i złożonych narzędzi analizy statystycznej. W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku podejście EBM, bazujące na badaniach ilościowych, zaczęło znacząco wpływać na praktykę kliniczną, m.in. poprzez tworzenie tzw. algorytmów postępowania terapeutycznego. W ostatnich latach w modelu proponowanym przez EBM obserwujemy interesujące zmiany na rzecz poszerzenia obszaru i metodologii badań. Jak wskazują Kanturski i Władysiuk-Blicharz (2005, s. 16), „sami twórcy EBM przyznali, że początkowo negowali wagę doświadczenia klinicznego, wiedzy patofizjologicznej i badań jakościowych, co uważają za strategiczny błąd”, i dalej: „współczesny model EBM poszerzył swoje metody o jakościowe, takie jak analiza przypadku czy etnometodologia, ale też o zrozumienie zachowań zdrowotnych, analizę relacji lekarz–pacjent czy badanie percepcji pacjentów. W dzisiejszym synkretycznym ujęciu EBM łączy wartości pacjenta, ekspertyzę kliniczną i dowody z badań, co określa się jako podejście POEM *patient oriented evidence that matters*” (s. 16).

To krótkie zarysowanie kontekstu wyłonienia się medycyny opartej na dowodach pokazuje, że idea EBM wyjściowo bazowała na modernistycznych założeniach nauki i redukcjonistycznym, biomedycznym modelu zdrowia i choroby. Stąd dążenie do wyników uzyskanych w oparciu o badania ilościowe, prowadzone w ramach precyzyjnie zdefiniowanych warunków pozwalających na pełną kontrolę zmiennych. Ewolucja podejścia obserwowana w ostatnich latach, polegająca m.in. na uznaniu także badań jakościowych i poszerzaniu spektrum zbadanych zmiennych o czynniki związane z kontekstem leczenia, relacją lekarz–pacjent, cechami pacjenta wiąże się z propagowaniem holistycznego modelu funkcjonowania człowieka. Ujawnia ona zarazem pewną korozję światopoglądu neo-

pozytywistycznego i wpływ postmodernizmu na rozumienie tego, co naukowe (ale dodajmy, w ograniczonym zakresie).

Pojawia się pytanie: Jak idee EBM odnoszą się do problematyki badań nad skutecznością psychoterapii? Czy są one adekwatne w odniesieniu do psychoterapii?

Pierwsze wątpliwości pojawiają się, kiedy bierzemy pod uwagę definicję psychoterapii. Nie jest ona jednoznaczna. Część psychoterapeutów uważa ją za formę leczenia, a więc za praktykę medyczną. Stąd postulują konieczność stosowania standardów nauk medycznych, w tym EBM. Inni traktują jako oddziaływanie wspierające rozwój, pomagające przezwyciężyć sytuacje kryzysowe. Rozumienie psychopatologii odnosi się tutaj do mechanizmów psychologicznych jednostki i wzajemnych zależności pomiędzy jednostką a jej otoczeniem, a psychoterapia jest ujmowana jako dziedzina nauk humanistycznych i społecznych. Prof. Rakowska przytacza ten dylemat, cytując raport sekcji 32 APA Humanistycznej Psychologii.

Przyjmując perspektywę konstrukcjonistyczną, można traktować medyczne i niemedyce ujęcie jako dyskursy skonstruowane w określonym kontekście kulturowym, podobnie zresztą jak podejście EBM. Nie wydaje się, aby redukcjonistyczny, biomedyczny dyskurs proponowany przez EBM był wystarczający dla opisanego zjawisk zachodzących w psychoterapii; już większe nadzieje można wiązać z jego uwspółcześnioną wersją, określaną jako POEM. Istotą konstrukcjonistycznego paradygmatu jest pokazanie konsensualnego charakteru wiedzy i zakwestionowanie możliwości dotarcia do wiedzy obiektywnej, uniwersalnej. Nie podważa to istnienia obiektywnej rzeczywistości, a jedynie – cytując za Jonatane Marksem (za: Markowski, 2009, s. 83) – „oznacza, że oddzielenie faktów od znaczeń może być utrudnione i że fakty są wyrażone za pomocą języka, co pokazuje jedynie, jakie ludzie nadają rzeczom znaczenia”.

Przyjęcie konstrukcjonistycznego paradygmatu nie zwalania nas oczywiście z prób opisywania, badania rzeczywistości, w tym naszej działalności praktycznej, ale pokazuje ograniczenia naszej aktywności badawczej¹. Zatem gdy chcemy wypowiadać się na temat skuteczności psychoterapii, powinniśmy zadać sobie podstawowe pytania: kto i w jaki sposób konstruuje pojęcie skuteczności i narzędzia służące do jej oceny (badacz, terapeuta, pacjent/klient, płatnik, wspólnie?) oraz jak interpretować dane uzyskane w oparciu o różnorodne źródła? Uprawnione jest korzystanie z różnych źródeł informacji, nie ma powodu, aby ograniczać badanie skuteczności oddziaływań terapeutycznych do jednej czy dwóch

¹ Jesteśmy częścią kultury, którą badamy za pomocą skonstruowanych przez siebie narzędzi bazujących na pojęciach wypracowanych w ramach tej kultury.

procedur. Badania ilościowe, jakościowe, studium przypadku – każde z nich będzie wносиło nowy opis, poszerzający nasze rozumienie. Ponieważ proces psychoterapii obejmuje zjawiska bardzo złożone, interwencje psychoterapeutyczne mogą powodować zmiany nie tylko w tych obszarach, do których są adresowane. Dodatkowo zmiany te mogą wystąpić w różnym okresie trwania procesu psychoterapii, także po jej zakończeniu. Stąd ocena skuteczności jest – poza wszystkim – wypadkową założeń, zastosowanych procedur i narzędzi badania.

Powyższe uwagi nie kwestionują użyteczności badań nad skutecznością, prowadzonych w warunkach laboratoryjnych. Badania te sprawdzają określony model psychoterapii, stosowany wobec wyselekcjonowanej grupy pacjentów z określonym rozpoznaniem, zazwyczaj przez określonych (specjalnie przygotowanych) psychoterapeutów. Nie oznacza to jednak, że model ten powinien być bezrefleksyjnie uznany za algorytm dla postępowania psychoterapeutycznego w naturalnych warunkach. Aby tak było, zawsze tak samo pracujący psychoterapeuta musiałby pracować w identycznych warunkach z celowo dobraną grupą, co nie wydaje się możliwe w klinicznym, naturalnym kontekście. Musielibyśmy także udowodnić, że inne modele są nieskuteczne. Jak wiemy, ze względu na możliwość stosunkowo łatwej operacjonalizacji, najczęściej sprawdzane są modele terapii poznawczo behawioralnej, co nie przesądza o braku skuteczności innych modeli. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że badane empirycznie modele nie uwzględniają relacji terapeutycznej, która jest ważną zmienną dla skuteczności psychoterapii (Cierpiałkowska, 2008).

Przytoczone przez prof. Rakowską badania pokazują, że korzystanie w warunkach naturalnych z interwencji sprawdzonych w warunkach laboratoryjnych przynosi (choć nie zawsze) lepsze rezultaty lub zbliżone do tych uzyskanych zwykłych warunkach, ale zachodzą one w krótszym czasie. Przemawiałoby to za włączaniem sprawdzonych interwencji do praktyki klinicznej. Można się zastanawiać, co jest istotnym czynnikiem wpływającym na lepsze wyniki. Czy proponowany model interwencji, czy też inne czynniki związane z jej wprowadzaniem? Szczegółowa analiza procedur stosowanych w trakcie terapii prowadzonych w warunkach laboratoryjnych zdaje się wskazywać, że zasadniczym elementem może być korzystanie z częstej i regularnej superwizji oraz z monitorowania (badania) postępów terapii. Jak wiemy, w praktyce klinicznej, ze względu na ograniczone możliwości, superwizją objęte są zazwyczaj wybrane procesy terapii (te, które sprawiają terapeutom trudność), a i w tych przypadkach superwizja nie ma charakteru ciągłego. Być może więc kluczową kwestią zwiększającą skuteczność interwencji psychoterapeutycznych jest monitorowanie procesu psychoterapii poprzez badanie postępów, uwzględniające oceny pacjentów/klientów objętych

psychoterapią i regularne, częste omawianie procesu terapii z doświadczonym superwizorem.

Profesor Rakowska kończy swój artykuł, stawiając wiele pytań. Nie wydaje się, abyśmy mogli obecnie udzielić na nie jednoznacznej odpowiedzi. Uważam też, że jest to korzystne, gdyż z punktu widzenia jakości naszej praktyki ważniejsze jest dalsze twórcze poszukiwanie niż formułowanie uproszczonych propozycji.

BIBLIOGRAFIA

- Cierpialkowska, L. (2008). *Jak sojusz terapeutyczny wpływa na skuteczność psychoterapii? Wnioski dla praktyki. Psychoterapia w Polsce – teraźniejszość i przyszłość*. Konferencja Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, Warszawa, 17-18 października 2008.
- Kanturski, P., Władysiuk-Blicharz, M. (2005). Evidence Based Medicine – rys historyczny i aktualne problemy. *Kardiologia po dyplomie*, 4, 10-29.
- Markowski, M. P. (2009). Inne światy, inne prawdy. *Znak*, 10, 653, 80-91.