

Szymon Chrząstowski

## **PRAKTYKA PSYCHOTERAPEUTYCZNA OPARTA NA DANYCH NAUKOWYCH — ZA I PRZECIWIW**

### **EVIDENCE-BASED PRACTICE IN PSYCHOTHERAPY — THE PROS AND CONS**

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Centrum Pomocy Psychologicznej UW

#### **evidence-based psychotherapy**

#### **Streszczenie**

*Artykuł poświęcony jest kontrowersjom, jakie wzbudza praktyka psychoterapeutyczna oparta na dowodach naukowych (tj. Evidence-Based Practice, EBP). W pierwszej części pracy zostaną zaprezentowane główne założenia EBP dotyczące odwoływania się przy podejmowaniu decyzji klinicznych do 1. wyników badań naukowych, 2. preferencji pacjenta dotyczących wyboru sposobu leczenia i jego systemu wartości, 3. doświadczenia klinicznego psychoterapeuty. Następnie przytoczone będą argumenty zwolenników EBP, którzy twierdzą, że podejście to nie tylko pozwala na wybranie obiektywnie najlepszego rodzaju pomocy dla pacjenta z określonymi problemami, ale też pozwala na uniknięcie przez psychoterapeutę pułapek związanych z odwoływaniem się do własnej intuicji. Przeciwnicy podnoszą, iż EBP faworyzuje określony typ badań. Co więcej, wyniki tych badań trudno jest wykorzystać w praktyce. Uważają też, że u podstaw EBP leżą ukryte wartości (mimo deklarowanej przez zwolenników EBP neutralności światopoglądowej tego podejścia). W konkluzji artykułu jego autor stawia tezę, że badania naukowe nad psychoterapią nie mogą determinować podejmowania wszystkich decyzji klinicznych ze względu na różne ograniczenia metodologiczne i wciąż niewystarczającą liczbę badań. Z drugiej jednak strony odrzucenie wyników badań przez psychoterapeutów łatwo prowadzi do sięgania przez nich do nieefektywnych lub wręcz szkodliwych interwencji. EBP proponuje m.in. kryteria służące do weryfikacji skuteczności nowych, reklamowanych podejść do psychoterapii.*

#### **Summary**

The article addresses controversies raised by evidence-based practice in psychotherapy (EBP). In the first part of the paper, the key assumptions of EBP are presented, which concern clinical decision-making that is based on three integrated components: 1. clinical research data, 2. taking the patient's value system into account, and 3. the clinical skills and experience of the therapist. The second part of the article focuses on the merits and limitations of EBP. Proponents of the EBP approach believe that it facilitates choosing the best kind of assistance for a patient with specific problems. In addition, the therapist sidesteps the traps associated with appealing to their own intuition. Critics of EBP point out that EBP favours a certain type of research. Moreover, the results of these studies are difficult to put into practice. They also believe that EBP is underpinned by hidden values (despite the ideological neutrality of this approach declared by proponents of EBP). In the conclusion of the article, the author argues that scientific research on psychotherapy cannot determine all clinical decisions, due to

various methodological limitations and a still insufficient number of studies. However, the rejection of research results by psychotherapists can easily lead to the implementation of ineffective or even harmful interventions. The EBP proposes, among other things, criteria to verify the effectiveness of new, promoted approaches to psychotherapy.

Praktyka oparta na danych naukowych (*Evidence-Based Practice*, tj. EBP) budzi wiele kontrowersji wśród psychoterapeutów. Jej zwolennicy uważają, że nie tylko pozwala ona na wybranie obiektywnie najlepszego rodzaju pomocy dla pacjenta z określonymi problemami, ale też (a może przede wszystkim) na odrzucenie pseudonaukowych procedur pomocy psychologicznej [1]. Psychoterapeuta korzystający z EBP unika również pułapek związanych z odwoływaniem się do własnej intuicji [2]. Przeciwnicy EBP wskazują na liczne ograniczenia, jakie to podejście niesie w sobie oraz ukryte wartości leżące u jego podstaw [3]. W artykule omówione zostaną poglądy zarówno zwolenników, jak i przeciwników praktyki opartej na danych naukowych. Warto je znać, aby sprecyzować własne zdanie w toczącej się dyskusji o EBP. Podejście to wywiera bowiem wpływ na rozwój psychoterapii, a także na kształtowanie się polityki społecznej dotyczącej pomocy psychologicznej, zwłaszcza w zakresie jej finansowania.

Wiedza o praktyce opartej na danych naukowych wydaje się wśród psychoterapeutów dość powierzchowna. W programach tzw. całościowych kursów psychoterapii EBP nie poświęca się wiele uwagi. W konsekwencji można spotkać się z trywialnym spostrzeganiem EBP jako podejścia, zgodnie z którym wyniki badań naukowych są jedynym wyznacznikiem prowadzenia psychoterapii. EBP według przeciwników polega na korzystaniu z „przepisów na psychoterapię”, a rolą psychoterapeuty jest najwierniejsze ich realizowanie [2]. Terapeuci zwykle odrzucają tak rozumianą terapię. Celem artykułu jest zatem pokazanie Czytelnikowi, jakie są założenia praktyki opartej na danych naukowych i w jaki sposób może być ona przydatna dla psychoterapeuty, niezależnie od teorii, z którą się on utożsamia. Nasze rozważania zaczniemy od przedstawienia korzeni podejścia EBP wywodzącego się z medycyny.

### **Korzenie praktyki opartej na danych naukowych**

EBP wywodzi się z nurtu medycyny opartej na dowodach naukowych<sup>1</sup> (*Evidence Based Medicine*, tj. EBM), która zaczęła się rozwijać na początku lat 90. ubiegłego wieku. Jako pierwszy pojęcia EBM użył profesor medycyny Gordon Guyatt z McMaster University w Kanadzie [2]. Medycyna oparta na dowodach powstała z jednej strony w opozycji do medycyny akademickiej, w której główny nacisk kładziony jest na badania podstawowe, a z drugiej do medycyny kazuistyczno-intuicyjnej, w której dużą rolę przywiązuje się do doświadczenia i intuicji lekarza [4]. Psychoterapeuci także mają do czynienia z badaniami psychologów akademickich, które często nie znajdują przełożenia na praktykę. Jednocześnie wiele szkół psychoterapii odwołuje się do niezawerifikowanych empirycznie koncepcji klinicznych. W diagnozie i prowadzeniu terapii znaczącą rolę odgrywają intuicja i doświadczenie terapeuty.

<sup>1</sup> Brak jest powszechnie przyjętego, a więc ujednoliconego tłumaczenia w literaturze polskiej terminu *Evidence Based Medicine*.

Podjęcie decyzji klinicznych zgodnie z wymogami medycyny opartej na dowodach wymaga integracji trzech elementów: 1) danych z badań naukowych, 2) systemu wartości pacjenta i jego preferencji dotyczących leczenia, 3) doświadczenia klinicznego i umiejętności lekarza [2]. W literaturze ten sposób ujmowania EBM bywa określany jako model trzech kół. Według Sacketta i in. (1996) medycyna oparta na dowodach to „dokładne, jasne i rozważne użycie aktualnie najlepszych danych przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych w stosunku do poszczególnych pacjentów, łączące doświadczenia kliniczne z najlepszymi zewnętrznymi danymi klinicznymi pochodzącymi z systematycznych badań” [za: 4, s. 9–10].

W medycynie podejście EBM wywarło na tyle istotny wpływ, że mówi się wręcz o zmianie paradygmatu w tej dziedzinie. Krytycy EBM wskazują jednak, iż to przesadzone stwierdzenie, gdyż lekarze, jeszcze przed nadejściem EBM, również odwoływali się do dowodów naukowych. Według oponentów EBM, w medycynie nie uległy zmianie podstawowe założenia [3]. Od lekarzy zaczęto jednak obecnie wymagać, aby potrafili oceniać wyniki badań naukowych pod kątem poprawności wykonania tychże badań, tj. metodologii. Ma to im pomóc w wyborze tych rezultatów, które są wiarygodne, a więc na których w konsekwencji można oprzeć decyzje kliniczne. Zaproponowano zunifikowane standardy metodologiczne, które powinny spełniać badania w medycynie [5].

Lekarz, który stosuje zasady EBM, zachęcany jest w pewnym stopniu do postępowania jak naukowiec, tj. w pierwszej kolejności zadania pytania badawczego (w tym wypadku pytania dotyczącego wyboru sposobu leczenia), następnie wyszukania potrzebnych mu danych do odpowiedzi, oceny wiarygodności tych danych i w końcu podjęcia decyzji klinicznej. Podejmując ją bierze pod uwagę, czy metoda leczenia, której skuteczność została potwierdzona w badaniu, jest możliwa do zastosowania w przypadku jego pacjenta. Schemat ten jest trudny do powtórzenia w praktyce psychologicznej, choćby ze względu na to, że większość terapeutów nie ma dostępu do baz danych artykułów z psychologii. Byłoby to też czasochłonne, zważywszy, iż dobra praktyka psychoterapeutyczna wymaga przecież jeszcze supervizji oraz udziału w szkoleniach.

Stopniowo podejście EBM zaczęło wywierać wpływ na takie dziedziny, jak pielęgniarstwo, pomoc społeczna, zdrowie publiczne, bibliotekoznawstwo i wreszcie psychologia (tu zwłaszcza kładzie się nacisk na diagnozę opartą na dowodach, tj. *evidence-based assesment*). Doprowadziło to do stworzenia interdyscyplinarnego modelu praktyki opartej na dowodach stanowiącego rozwinięcie klasycznego podejścia EBM [2]. Zgodnie z interdyscyplinarnym modelem, podejmując decyzję dotyczącą interwencji, należy uwzględnić: 1) najlepsze dostępne dowody empiryczne z badań, 2) charakterystykę klienta (lub danej populacji, wobec której podejmowana jest interwencja) oraz 3) dostępność zasobów, w tym wiedzę i umiejętności osób, które zajmują się pomaganiem (*practitioner expertise*), a także dostępną infrastrukturę (np. przeszkolony personel lub środki finansowe konieczne do przeprowadzenia interwencji). Model ten uwzględnia również czynniki środowiskowe i kulturowe stanowiące kontekst dla podejmowanych decyzji klinicznych.

Należy podkreślić, że praktyka oparta na dowodach empirycznych (EBP) nie jest nową szkołą psychoterapii, ale pewnym sposobem myślenia o terapii i jej realizacji w praktyce. U podstaw tego myślenia leży założenie, że wyniki badań naukowych powinny być istotnym, acz nie jedynym, czynnikiem wyznaczającym decyzje kliniczne podejmowane

przez psychoterapeutów. EBP utożsamia się czasami niesłusznie z podejściem poznawczo-behavioralnym (tj. CBT). Wynika to zapewne stąd, że wiele badań nad psychoterapią prowadzonych jest właśnie w ramach tego podejścia/paradygmatu. EBP jednak nie ogranicza się do jednej szkoły psychoterapii. Stara się raczej pełnić funkcję integrującą dla wielu podejść, kładąc nacisk na ich skuteczność potwierdzoną wynikami badań.

### Dane z badań naukowych

Chociaż wszystkie wymienione elementy z modelu trzech kół są tak samo istotne, niektórzy stoją na stanowisku, że to przede wszystkim wyniki badań powinny wyznaczać decyzje kliniczne. Lilienfeld [6] stwierdza, że jeśli intuicja psychologa podpowiada mu wybór interwencji Y, to w przypadku, gdy dysponuje on wiedzą o tym, iż wyniki dobrze przeprowadzonych badań potwierdzają skuteczność interwencji X — to właśnie ją należy zastosować, a nie kierować się własną intuicją.

Ocenę wiarygodności danego sposobu leczenia (zwłaszcza w przypadku badań biomedycznych) przeprowadza się, odwołując się do hierarchii źródeł informacji pochodzących z badań naukowych, tzw. piramidy danych z badań naukowych [2]. Za najlepsze metody leczenia uznano te, w których oceny skuteczności dokonano na podstawie metaanaliz wielu badań z randomizacją, dalej samych badań z randomizacją, a następnie badań eksperymentalnych z grupą kontrolną bez randomizacji. Za mniej wiarygodne uznaje się przeglądy systematycznych badań obserwacyjnych oraz w końcu opisy pojedynczych przypadków lub serii przypadków. Utworzona w 2005 roku przez APA grupa robocza zajmująca się praktyką opartą na danych naukowych (*Evidence-Based Task Force*) stwierdziła jednak, że chociaż pewne schematy badawcze są lepsze od innych, to nie rekomenduje powyżej zaprezentowanej hierarchii badań jako sposobu wyboru najbardziej wiarygodnych wyników badań w pomocy psychologicznej [2].

To, co stanowi „najwiarygodniejszy dowód skuteczności” zależy od rodzaju pytania badawczego, jakie zostało zadane. Przykładowo na pytanie o wartość prognostyczną danego sposobu leczenia dobrze odpowiadają badania longitudinalne. Inny rodzaj badań będzie jednak rekomendowany, gdy pytanie dotyczy kontekstu zachodzenia danej interwencji, a więc analizy specyficznych czynników środowiskowych, w jakim zostało zastosowane leczenie [2]. U dołu piramidy danych z badań naukowych znajduje się studium przypadku, a więc zgodnie z tym rozumowaniem dane dotyczące skuteczności leczenia pochodzące ze studium należałoby traktować z największą ostrożnością. Studium przypadku jest jednak uznaną metodą badawczą, w której obowiązują rygory metodologiczne [7]. Może być ważnym źródłem danych, gdy analizowane są zjawiska nietypowe, rzadkie i gdy szczególnie istotna staje się analiza procesu, np. przebiegu danej interwencji terapeutycznej.

### Preferencje pacjenta

Zgodnie z podejściem praktyki opartej na danych naukowych, podejmując decyzję kliniczną lekarz/psychoterapeuta uwzględni również system wartości pacjenta i jego preferencje dotyczące sposobu leczenia. Warto zwrócić uwagę na ten postulat, gdyż stanowi on wyraźne odejście od paternalistycznego modelu relacji lekarz — pacjent na rzecz relacji bardziej partnerskich. Model paternalistyczny jest głęboko zakorzeniony w medycynie,

gdyż sięga korzeniami do Hipokratesa [8]. Szczególny okres krytyki tego modelu w medycynie i podkreślenia wartości autonomii pacjenta przypadł na lata 1980–1990. W medycynie opartej na dowodach nie rezygnuje się całkowicie z uprzywilejowanej pozycji lekarza (bo jest to z natury rzeczy niemożliwie, gdyż ma on wiedzę odnośnie do etiologii choroby oraz najlepszych sposobów leczenia). Lekarz jednak powinien przynajmniej uwzględnić perspektywę pacjenta przy planowaniu leczenia, to, co dla pacjenta jest ważne i jakie ma on cele związane z leczeniem. Zdrowie dla pacjenta czasami oznacza coś innego niż dla lekarza. Pacjent może oczekiwać dobrego samopoczucia lub poprawy jakości swojego życia, a niekoniecznie bycia zdrowym, tak jakby to rozumiał lekarz.

Psychoterapia, wywodząc się przecież z medycyny, przyjęła początkowo jej paternalizm, chociaż raczej w wersji umiarkowanej. Wraz z nadejściem postmodernizmu w psychoterapii coraz bardziej krytkowano postawę ekspercką psychoterapeuty, wskazując na jej liczne ograniczenia i postulując, aby relacja terapeutyczna miała bardziej symetryczny charakter [9]. Przykładowo w psychoterapii narracyjnej odeszło się od terminu „psychoterapeuta”, zastępując je słowem „konsultant”. Współczesne szkoły psychoterapii w różny sposób ujmują zagadnienie paternalizmu w psychoterapii, chociaż generalnie odrzucają radykalną jego wersję na rzecz modelu kontraktalistycznego, w którym typ relacji między terapeutą a pacjentem jest negocjowany i regulowany właśnie przez kontrakt [8].

Psychoterapeuta pracujący zgodnie z wytycznymi EBP, podejmując decyzje o wyborze sposobu pomocy, nie kieruje się, wbrew błędnemu przekonaniu, wyłącznie wynikami badań, ale również uwzględnia perspektywę pacjenta<sup>2</sup>. Decyzje kliniczne podejmowane są wspólnie (tzw. *shared-decision making*), co wynika zarówno z przesłanek etycznych i społeczno-politycznych, jak i z tego, że taki wspólny proces decyzyjny wiąże się z lepszymi wynikami terapii [11]. Dzięki temu pacjent bardziej angażuje się w leczenie. Rozumiejąc jego przebieg, współpracuje z lekarzem lub terapeutą.

Psychoterapeuta powinien także brać pod uwagę wpływ kontekstu społeczno-kulturowego, z jakiego wywodzi się pacjent, na podejmowane przez siebie interwencje [12, 13]. Badania nad efektywnością danej metody terapeutycznej są prowadzone na określonej grupie osób. Ta sama metoda terapeutyczna nie musi być równie efektywna w przypadku innej grupy różniącej się od grupy badawczej pod względem jakichś cech społeczno-demograficznych. Wyniki niektórych badań wskazują, że kulturowe kompetencje psychoterapeuty mogą mieć wpływ na powodzenie psychoterapii [14].

EBP rzeczywiście odwołuje się do metod statystycznych, ale nie oznacza to, że traci z oczu poszczególnych pacjentów. Wynik badania informuje nas, że zastosowanie określonego sposobu leczenia przyniesie pacjentowi korzyść z największym prawdopodobieństwem. Nie daje to oczywiście gwarancji, że w przypadku konkretnego pacjenta dana interwencja będzie na pewno skuteczna. Leczenie zawsze więc musi być dopasowywane do konkretnego przypadku. W medycynie mówi się o podejściu personalizowanym (*personalized medicine*), czyli takim, w którym sposób leczenia jest dobierany do specyfiki danego pacjenta [15].

<sup>2</sup> Warto zwrócić uwagę, że np. w książce poświęconej EBM napisanej przez polskich autorów Mariusza Grabowskiego i Andrzeja Cacko [10] preferencje pacjenta nie są w ogóle omówione.

## Doświadczenie kliniczne

Rola doświadczenia klinicznego w podejmowaniu decyzji terapeutycznych wydaje się szczególnie kontrowersyjna. Doświadczeniu zwykle przypisuje się zbyt dużą rolę, o czym mogą świadczyć wyniki badań nad jego znaczeniem w podejmowaniu decyzji terapeutycznych (dokładniejsze omówienie tego zagadnienia w: [16]). Z drugiej strony trudno negować rolę doświadczenia: trochę przekornie mówiąc, niezależnie od wyników badań, będziemy chcieli jednak je skonsultować z bardziej doświadczonym lekarzem (o ile nie popadł on w rutynę).

Ze względu na pewną enigmatyczność kategorii „doświadczenie”, zaczęto analizować, co się na nie składa. W miejsce tej kategorii zwolennicy EBP zaproponowali, aby raczej mówić o konkretnych umiejętnościach terapeuty, które łatwiej zoperacjonalizować. Zalicza się do nich umiejętności: 1) diagnostyczne, 2) komunikacyjne i nawiązywania współpracy, 3) motywowania pacjenta oraz wyboru i zastosowania odpowiednich interwencji terapeutycznych oraz 4) specyficzne, związane z wdrożeniem zasad praktyki opartej na danych naukowych. Na te ostatnie składa się zdolność terapeuty do poprawnego sformułowania pytania<sup>3</sup> dotyczącego prowadzonej przez siebie terapii, zebrania dostępnych danych, które mu pozwolą na odpowiedź na nie, oceny tych danych pod względem wiarygodności oraz uzgodnienia z pacjentem rodzaju interwencji i przeanalizowaniu potencjalnej zmiany oraz ewentualnej modyfikacji programu leczenia [2].

Psychoterapeuta nie może być zakładnikiem wyników badań. Prowadziłoby to do jego uprzedmiotowienia, a w konsekwencji utraty zainteresowania prowadzeniem terapii czy samym pacjentem. Brak zaciekawienia terapeuty zwiększa znacznie ryzyko popełnienia przez niego błędu, gdyż przestaje on uważnie słuchać tego, co mówi do niego pacjent. Psychoterapeuta niezaciekawiony pacjentem traci swoją neutralność. Ma to negatywny wpływ na jakość relacji terapeutycznej. Jak wiadomo z badań relacja ta jest istotnym czynnikiem odpowiedzialnym za powodzenie terapii [17, 18].

Założenia praktyki opartej na danych naukowych uwzględniają autonomię lekarza/terapeuty. Nie jest ona wartością bezwzględną, gdyż z jednej strony ogranicza ją autonomia samego pacjenta, a z drugiej — rezultaty badań. Podobnie perspektywa pacjenta, zgodnie z założeniami EBP, jest istotna, ale jest tylko jednym z trzech czynników, które bierze się pod uwagę, podejmując decyzje kliniczne.

## Zalety EBP

Zwolennicy podejścia opartego na danych naukowych twierdzą, że pozwala ono odpowiedzieć na pytanie, jaki rodzaj terapii będzie najefektywniejszy (i czy w ogóle będzie skuteczny) w przypadku pacjenta z danego typu problemami. W tym sensie to EBP w najlepszy z możliwych sposobów zabezpiecza dobro pacjenta, gdyż pomaga w uniknięciu szkodliwych czy nieskutecznych metod terapii. Lilienfeld [6] powołuje się na wyniki badań, zgodnie z którymi tylko około 20% osób z kliniczną depresją jest leczonych w optymalny sposób. Za to 2/3 pacjentów z diagnozą zaburzeń ze spektrum autyzmu uczestniczy

<sup>3</sup> Jest to pytanie o to, jaki rodzaj interwencji terapeutycznej zastosować w przypadku pacjenta z danego typu problemami.

w terapiach niemających podstaw naukowych. Podobna sytuacja ma prawdopodobnie miejsce w przypadku innych zaburzeń psychicznych. Według Lilienfelda [6], bierze się to stąd, że terapeuci nie kierują się w swojej pracy wynikami badań naukowych, przez co niepotrzebnie narażają swoich pacjentów.

Kierując się wskazówkami EBP, psychoterapeuta, co zostało już wcześniej zasygnalizowane, potencjalnie unika pułapek związanych z poleganiem na własnym doświadczeniu i intuicji [1]. Decyzje kliniczne nie są podyktowane wartościami, jakimi, często w sposób nieświadomy, kieruje się psychoterapeuta. Preferencje terapeuty co do rodzaju pomocy odgrywają drugorzędą rolę, gdyż kluczowe jest to, czy badania potwierdzają skuteczność danej metody leczenia. Inaczej mówiąc, jeśli psychoterapeuta pracuje zgodnie z założeniami szkoły X, to lecząc pacjenta będzie stosował metody zalecane przez tę szkołę, a nie te, których skuteczność została potwierdzona wynikami badań. Już sam wybór przez terapeutę danej szkoły psychoterapii jest opowiedzeniem się za pewnymi wartościami, które leżą u podstaw danego podejścia. W tym rozumieniu EBP jest podejściem wolnym od tego rodzaju obciążeń.

EBP umożliwia także podejmowanie decyzji najlepszych z ekonomicznego punktu widzenia. Zasoby finansowe przeznaczone na pomoc psychologiczną są zwykle małe, tym bardziej istotne stają się jak najbardziej efektywne gospodarowanie nimi. EBP proponuje przejrzysty schemat, według którego można rozdzielać pieniądze na dany rodzaj terapii. Finansować zatem warto podejścia o największym prawdopodobieństwie skuteczności w leczeniu danego typu zaburzeń. Skuteczność leczenia jest określana w badaniach. Kryterium to jest klarowne i nieobciążone preferencjami osób podejmujących decyzje dotyczące polityki społecznej. Nawet jeśli zgodzimy się, że badania nad efektywnością psychoterapii w przypadku wielu podejść są złożone, to jednak empirycznie potwierdzone metody terapii dają większą gwarancję skuteczności.

Rodzi to jednak niebezpieczeństwo polegające na tym, że nier refundowane byłyby wszystkie te metody terapii, których skuteczność nie zostałaby w pełni potwierdzona badaniami. Spowodowałoby to sytuację, w której wielu pacjentów pozbawiono by zupełnie opieki psychologicznej (również w przypadku, gdy brakuje badań nad danym sposobem prowadzenia terapii, co przecież nie musi oznaczać, iż określona metoda jest nieskuteczna). Finansowanie wyłącznie EBP powinno więc iść w parze ze sprawnym systemem grantów na badania efektywności różnych typów terapii. Bez spełnienia tego warunku zasada finansowania EBP stałaby się niejawnym sposobem cięć funduszy przyznawanych na pomoc psychologiczną.

Trudniej jednak polemizować z kolejnym argumentem zwolenników EBP: uczy ono krytycznego myślenia. W psychoterapii pojawiają się ciągle nowe podejścia, które zyskują szybko swoich orędowników. Psychoterapeuta musi nauczyć się odróżniać, które z nich są efektywne, a które po prostu szeroko promowane ze względu na dobry marketing. W ramach EBP ustalono kryteria oceny mające pomóc w podjęciu takiej decyzji psychoterapeutom. Współczesny psychoterapeuta (podobnie zresztą jak lekarz) musi potrafić ocenić wiarygodność kolejnych, wciąż pojawiających się nowych sposobów leczenia oraz badań mających potwierdzić ich skuteczność. Psychoterapia to przecież rozległy rynek usług, który rządzi się ekonomicznymi prawami, podobnie jak rynek medyczny. Ten ostatni stanowi bardzo dobry przykład, jak łatwo jest wypromować „sposoby leczenia” mające

kwestionowaną wartość, np. homeopatię, podawanie tzw. lewoskrętnej witaminy C lub leczenie ustrukturowaną wodą. To samo jednak dotyczy psychoterapii: czym bowiem różni się ustrukturowana woda od „wiedzącego pola”<sup>4</sup>. Psychoterapia jest usługą, która jest sprzedawana, a w związku z tym podlega różnym prawom ekonomicznym.

### Stosunek psychoterapeutów do EBP

Badania nad stosunkiem psychoterapeutów do EBP przynoszą ciekawe rezultaty. Otóż większość terapeutów docenia wartość wyników badań naukowych, ale nie wykorzystują ich w pracy. Planując terapię, odwołują się przede wszystkim do założeń preferowanej przez siebie szkoły psychoterapii, porad superwizora, intuicji i doświadczenia [19]. Najbardziej sceptyczni wobec metod bazujących na danych naukowych są terapeuci, którzy sami kształcili się w okresie przed pojawieniem się EBP, terapeuci krótko szkolący się w psychoterapii oraz ci wierzący w rolę intuicji klinicznej.

Dlaczego tak się dzieje, że terapeuci doceniają wartość badań naukowych, ale jednocześnie z nich nie korzystają? Zacznijmy od tego, w jaki sposób komunikowane są wyniki badań. Wiele artykułów naukowych pisanych jest hermetycznym językiem, a wnioski z nich płynące zaprezentowane są w taki sposób, że praktyk nie wie, jak z nich skorzystać. Brakuje więc popularyzacji nauki, ale nie w sensie popularnonaukowych artykułów, tylko publikacji przeznaczonych dla praktyków ekspertów, które prezentowałyby rezultaty badań w kontekście możliwości ich aplikacji.

Lilienfeld i in. [19] wskazują również na kolejne przyczyny sceptycyzmu terapeutów wobec EBP. Po pierwsze, zmiana rodzi opór, a EBP wprowadza właśnie nowe standardy, do których terapeuci muszą się przyzwyczaić. Terapeuci podzielają też różnego rodzaju fałszywe przekonania dotyczące EBP. Uważają niesłusznie, że psychoterapeuta w EBP sprowadzony jest do osoby, która ma wiernie realizować ściśle określone procedury. EBP nie wymaga jednak ścisłego podążania za wytycznymi opisanymi w podręczniku. Wytyczne te stanowią wyłącznie wskazówki do prowadzenia terapii, do których należy podchodzić elastycznie. Jeszcze inni psychoterapeuci podnoszą zarzut, o czym była już wcześniej mowa, że EBP odwołuje się do metod statystycznych, a „statystyczny pacjent” nie istnieje. Lilienfeld [6] przytacza jednak kontrargument: populacja pacjentów składa się przecież z pojedynczych osób. Aby wykazać, że rachunek prawdopodobieństwa, na którym bazuje statystyka, odgrywa jednak rolę przy podejmowaniu decyzji w przypadku każdej osoby (nawet przeciwników metod statystycznych), autor ten podaje za Pauliem Meehlem<sup>5</sup> następujący przykład: gracz w rosyjską ruletkę ma do wyboru dwa pistolety: pierwszy z magazynkiem załadowanym czterema nabojami i jednym pustym miejscem, drugi z jednym nabojem i czterema pozostałymi miejscami w magazynku pustymi (ibidem). Jeśli zasady rachunku prawdopodobieństwa nie miałyby dla indywidualnych osób znaczenia, to obojętne byłoby, który z pistoletów wybrałby gracz.

<sup>4</sup> Według Hellingera osoba postawiona symbolicznie na miejscu kogoś z rodziny pacjenta ma takie same odczucia jak osoba, którą reprezentuje, mimo że jej nie zna. Wiedzące pole umożliwia właśnie taką reprezentację. Koncepcji wiedzącego pola brak jednak podstaw naukowych.

<sup>5</sup> Paul Meehl był psychologiem klinicznym, autorem wielu publikacji, m.in. dotyczących metodologii badań, filozofii nauki, etiologii schizofrenii czy diagnozy.



### Krytyka podejścia EBP

Można wyróżnić przynajmniej trzy główne zarzuty dotyczące EBP. Pierwszy dotyczy metodologii badań [20]. W badaniach prowadzonych w ramach nurtu EBP przyjmuje się uproszczony model mechanizmów zaburzeń psychicznych, jak i zmian zachodzących pod wpływem psychoterapii. EBP faworyzuje te podejścia, w których badane zjawiska można stosunkowo łatwo zoperacjonalizować w postaci zmiennych. Badania medyczne opierają się często na markerach biologicznych, przez co analogie do badań nad psychoterapią są nieuzasadnione. Konstrukty teoretyczne w ramach psychoterapii są trudne do analizy empirycznej i wymagają odmiennych sposobów badania, nie tylko odwołujących się do badań ilościowych, ale i jakościowych.

Wydaje się, że EBP w zbyt dużym stopniu polega na rezultatach badań, a za małą wagę przywiązuje do teorii leżącej u ich podstaw. Każde dobrze przeprowadzone badanie odwołuje się do teorii [1]. To teoria wyjaśnia, co w psychoterapii działa i dlaczego działa, a badania empiryczne mają to wyłącznie weryfikować. Można posłużyć się metaforą, iż badania empiryczne są narzędziem. Wykorzystanie każdego narzędzia wiąże się z pewnymi ograniczeniami w jego zastosowaniu. Niedoskonałości sposobu przeprowadzenia badania (a więc posłużenia się narzędziem) nie oznaczają, że teoria jest zła. Czyż nie jest błędem odrzucanie teorii z powodu trudności w weryfikacji jej założeń?

Badaniom EBP zarzuca się niską trafność zewnętrzną. Efektywne metody sprawdzające się w warunkach laboratoryjnych okazują się znacznie mniej skuteczne w praktyce klinicznej, na którą oddziałuje wiele niekontrolowanych czynników. Jeśli badanie ma sprostać wysokim standardom metodologicznym, powinno zapewniać wysoką trafność wewnętrzną<sup>6</sup>, a to z kolei, jak pisze Brzeziński [1, s. 445], „czyni je „odrealnionym”, „sztucznym”, „o mocno obniżonej wartości zewnętrznej”. Z kolei niska trafność zewnętrzna stawia pod znakiem zapytania wartość uzyskanych rezultatów. Badania prowadzone są też na homogenicznych grupach pacjentów (zwykle pod względem typu zgłaszanych objawów). W praktyce klinicznej trudno o grupy pacjentów mających jednorodne, spójne symptomy.

W ramach EBP promowane są metody pomocy dla pacjentów z określonym typem zaburzeń. Na świecie publikowane są bardzo dobre serie podręczników przeznaczone dla praktyków (np. seria wydawnictwa Hogrefe: *Advances in Psychotherapy — Evidence-Based Practice*). Podręczniki te jednak bazują na nozologicznym podziale zaburzeń psychicznych. Dostrzegając wartość takiego podejścia, należy pamiętać, że klasyfikacje metod terapeutycznych według diagnoz medycznych są mniej użyteczne w przypadku wielu problemów. Pacjenci zgłaszają się bowiem do terapeuty również po to, aby poradzić sobie z różnego typu „życiowymi trudnościami”, a nie z konkretnymi objawami zaburzeń psychicznych. EBP okazuje się znacznie mniej przydatna, gdy ma się do czynienia z takim właśnie typem problemów. W przypadku trudności życiowych, które wymykają się klasyfikacjom medycznym, często brak dowodów na efektywność terapii (choćby ze względu na to, że trudniej jest o operacjonalizację zmiennych). Warto też pamiętać, że istotnym elementem

<sup>6</sup> Trafność wewnętrzna odnosi się do tego, na ile badanie jest wolne od zakłóceń, np. związanych ze sposobem organizacji badania czy jego przebiegu [21].

Trafność zewnętrzna „oznacza stopień, w jakim wyniki badania mogą zostać uogólnione na różne populacje, sytuacje i warunki” [21, s. 37].

psychoterapii są czynniki niespecyficzne i to one mogą stymulować zmianę, mimo braku udowodnionej efektywności danej metody terapii [17, 18].

Druga grupa zarzutów formułowanych pod adresem EBP odnosi się do pozornej neutralności światopoglądowej tego podejścia. Jego zwolennicy uważają, iż kierując się wynikami badań przy podejmowaniu decyzji klinicznych, psychoterapeuta zachowuje całkowitą neutralność. Jego światopogląd nie ma wpływu na wybór sposobu leczenia. Wyniki każdego badania podlegają jednak interpretacji, a to, jak są interpretowane, zależy już, przynajmniej w pewnym stopniu, od poglądów osoby analizującej rezultaty badania. Niezależnie od deklarowanej neutralności, zawsze można rozważać, kto i dlaczego zadał dane pytanie badawcze, dlaczego wybrana została taka właśnie perspektywa teoretyczna przy planowaniu badania oraz dlaczego przyjęto ten, a nie inny sposób interpretacji wyników [3]. Również za finansowaniem badań naukowych (także dotyczących psychoterapii) stoi pewna polityka przyznawania grantów, odwołująca się do określonych wartości.

Odwołanie się do nauki ma także uwiarygodnić dane podejście. EBP, jak twierdzi Shedler [20], stało się jednak marketingowym sloganem, dzięki któremu łatwiej można sprzedać dany produkt (w tym wypadku podejście terapeutyczne). Oponenti EBP z miejsca narażają się na zarzuty szarlatanerii, trudno bowiem dyskutować z „dowodami” (cokolwiek one znaczą). Zwolennicy EBP zawłaszczyli dla siebie termin „dowód naukowy”, tym samym w toczącej się debacie automatycznie lokują swoich przeciwników na pozycjach antynaukowych.

Jak zauważa Józefik [22], psychoterapia jest również dyskursem kulturowym, wyrasta bowiem z kultury i stanowi jej część. Dzieje się tak choćby dlatego, że psychoterapeuci należą zawsze do pewnej kultury, a więc to, co robią, w sposób nieunikniony z nią się wiąże. Tym samym również badania nad psychoterapią nie są wolne od wpływu kontekstu społeczno-kulturowego. Stąd praktyka oparta na danych naukowych nie jest w stanie być neutralna w odniesieniu do wartości. U podstaw EBP wydają się leżeć takie wartości, jak pragmatyzm, utylitaryzm czy neoliberalizm [3]. Można zresztą zaryzykować twierdzenie, że już sam wybór zawodu psychoterapeuty świadczy o opowiedzeniu się za określonymi wartościami. Trudno bowiem wyobrazić sobie psychoterapeutę, dla którego nie są ważne dialog, współpraca czy troska.

Przeciwnicy EBP zwracają uwagę, że psychiatria bywa traktowana jako parias medycyny, stąd tak duża waga przywiązywana przez niektórych jej przedstawicieli do nadania jej naukowego charakteru [3]. W jeszcze większym stopniu dotyczy to psychoterapii, która nie jest nauką [22]. EBP przybliży psychoterapię do standardów przyjmowanych w nauce (zwłaszcza naukach przyrodniczych), co dla niektórych osób jest synonimem jej większej wartości (to, co naukowe, cenimy bowiem szczególnie wysoko i ufamy temu). EBP ma podnosić rangę psychoterapii i dawać poczucie psychoterapeutom, że są równoprawnymi partnerami lekarzy medycyny somatycznej. A zatem ukrytym, chociaż na pewno ani najważniejszym, ani jedynym celem stosowania EBP ma być podniesienie własnego prestiżu w oczach innych reprezentantów nauk medycznych.

Styła [23] przytacza jeszcze jeden argument i to o tyle ważny, że poparty wynikami badań. Stawia on tezę, że wyników psychoterapii nie da się poprawić poprzez wprowadzanie coraz to bardziej innowacyjnych metod, a wprowadzanie terapii opartej na danych naukowych nie zwiększa generalnie skuteczności psychoterapii. Porównanie wyników

metaanaliz efektywności psychoterapii na przestrzeni lat pokazuje, że efektywność terapii wcale się nie zwiększa. Autor ten [23] argumentuje zatem, że na poprawę efektywności psychoterapii wpłynie nie tyle poszukiwanie nowych metod, co przywiązywanie wagi do rozwoju umiejętności interpersonalnych terapeuty.

### Konkluzje

Niewątpliwie EBP stało się zbyt istotnym nurtem w psychoterapii, aby móc je traktować jako zjawisko marginalne. Dyskusja nad tym nurtem jest ważna, gdyż prowadzi do podejmowania świadomych, odpowiedzialnych wyborów w psychoterapii. Psychoterapeuta, odrzucając założenia EBP, nie postępuje nieetycznie (jak uważają niektórzy zwolennicy tego podejścia). Nieetyczne jest odrzucenie EBP wynikające z ignorancji, braku wiedzy, a nie ze świadomego kwestionowania założeń leżących u podstaw tego podejścia do terapii. Praktyka oparta na danych naukowych, co już wielokrotnie było podkreślane w tym artykule, bywa mylnie utożsamiana zarówno z podejściem odwołującym się wyłącznie do wyników badań empirycznych, niewrażliwym na specyfikę samego pacjenta i kontekst społeczno-kulturowy, z jakiego się on wywodzi, jak i z podejściem ograniczającym autonomię terapeuty.

EBP stawia przed psychoterapeutami istotne pytania dotyczące kryteriów, jakie należy postawić, aby móc uznać dany rodzaj terapii za sprawdzony i efektywny. Pojawiają się wciąż nowe podejścia terapeutyczne, których zwolennicy *ex cathedra*, wyłącznie na bazie własnego doświadczenia, twierdzą, że promowana przez nich szkoła psychoterapii jest efektywna albo też powołują się na pojedyncze badania, które rzekomo potwierdzają tą efektywność. O ile jeszcze stwierdzenie *explicite*: „ja uważam, że moje podejście terapeutyczne przynosi korzyść pacjentom” można uznać za akceptowalne, gdyż psychoterapeuta wyraźnie podkreśla swój punkt widzenia, o tyle powoływanie się na przypadkowe badania i wyciąganie na ich podstawie ogólnych wniosków trzeba uznać za złą praktykę. Warto zatem przemyśleć kryteria, według których można potraktować nowy rodzaj terapii za skuteczny. Dotyczy to zwłaszcza publikacji w czasopismach naukowych skierowanych do praktyków, a także szkoleń psychoterapeutycznych. Mało uwagi poświęca się w trakcie ich trwania na uważne przyjrzenie się wynikom badań. Dzieje się to także za sprawą samych osób szkolących się, dla których omawianie wyników badań nad efektywnością psychoterapii w ramach danej szkoły miewa drugorzędne znaczenie.

Inne jeszcze kontrowersyjne zagadnienie, z jakim psychoterapeuci są konfrontowani przy okazji EBP, dotyczy informowania klienta/pacjenta o tym, że efektywność metod terapeutycznych, które są proponowane, nie została w pełni potwierdzona wynikami badań empirycznych. Przyjmując jakikolwiek lek, chory jest dokładnie informowany przez producenta o jego działaniu i skutkach ubocznych. Co więcej pacjent wie, że lek został skrupulatnie przeanalizowany w badaniach klinicznych (co zresztą i tak nie zawsze gwarantuje bezpieczeństwo i skuteczność jego działania). W przypadku psychoterapii tak się nie dzieje. Niefrasobliwość w oferowaniu niesprawdzonych metod terapeutycznych osiąga czasami poziom niedopuszczalny. Można przypuszczać, że ci sami terapeuci, którzy promują te metody, nie zgodziliby się przyjmować niezbadanych leków lub oferowanego przez lekarza medykamentu jedynie wierząc mu na słowo. Pytanie zatem, jak informować

pacjenta o skuteczności terapii, aby z jednej strony wzmocnić w nim motywację do uczestniczenia w psychoterapii, a z drugiej jasno omawiać zalety i ograniczenia oferowanego typu pomocy.

Niewątpliwie badania nad psychoterapią, jak i szersze — nad mechanizmami psychicznymi i interpersonalnymi różnego rodzaju problemów są niezwykle złożone. Złożoność ta jednak staje się często zbyt łatwym usprawiedliwieniem dla zaniechania badań. Iluzją, wynikającą z powierzchownej wiedzy, jest twierdzenie, że naukowe badania medyczne skupiają się na zjawiskach prostszych od analizy. Badania społeczne oferują obecnie złożone plany badawcze wykorzystujące zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe [24]. Umożliwia to odpowiedzi na coraz bardziej kompleksowe pytania badawcze. Warto jednocześnie pamiętać, że badania w psychoterapii i nad psychoterapią nie są sprawą samych naukowców. Jest wprost przeciwnie — badania te powinny przede wszystkim interesować psychoterapeutów i to oni mogą stanowić silną grupę nacisku, aby je prowadzić.

Rozważania poświęcone terapii opartej na danych naukowych zakończmy pytaniem: w jaki sposób uwzględniać wyniki badań naukowych, nie tracąc jednocześnie indywidualnego spojrzenia na każdego klienta/pacjenta i jego problemy? Pytanie to nawiązuje do innego pytania zadanego przez Józefik [22, s. 743]: „Czy jest potrzebne, aby psychoterapia była nauką?”. Psychoterapeuci w trakcie sesji tworzą przestrzeń dla pacjentów do refleksji nad sobą, swoim życiem, relacjami z innymi ludźmi. W psychoterapii jest miejsce zarówno na badania naukowe, których wyniki pomagają w doborze efektywnych metod terapeutycznych, jak i na refleksję nad konkretnym pacjentem. Wracając do pytania Józefik [22]: nie jest konieczne, aby psychoterapia była nauką, ale też psychoterapeuci nie mogą lekceważyć nauki, gdyż inaczej psychoterapia przestanie się rozwijać, stając się skansenem idei wykluczonych z nauki.

## Piśmiennictwo

1. Brzeziński J. O osobliwościach metodologicznych badań naukowych i diagnostycznych prowadzonych przez psychologów klinicznych. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 19 (3): 437–452.
2. Spring B, Neville K. Evidence-based practice in clinical psychology. W: Barlow DH, red. *The Oxford handbook of clinical psychology*. Updated edition. Oxford: Oxford University Press; 2011, s. 128–149.
3. Gupta M. *Is evidence-based psychiatry ethical*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
4. Paluchowski W. Diagnoza oparta na dowodach empirycznych — czy potrzebny jest „polski Buroś”? *Roczniki Psychologiczne* 2010; 13 (2): 7–27.
5. Straus S, Glasziou P, Richardson S, Haynes B. *Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM*. Elsevier; 2018.
6. Lilienfeld S. Evidence-Based Practice: The misunderstanding continue. *Psychology Today*. 2014. <https://www.psychologytoday.com/blog/the-skeptical-psychologist/201401/evidence-based-practice-the-misunderstandings-continue>
7. Yin KR. *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
8. Biesaga T. Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. *Medycyna Praktyczna*. 2015. [http://www.mp.pl/etyka/podstawy\\_etyki\\_lekarskiej/26784,autonomia-lekarza-i-pacjenta-a-cel-medycyny](http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/26784,autonomia-lekarza-i-pacjenta-a-cel-medycyny)

9. Chrzastowski S, de Barbaro B. Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
10. Grabowski M, Cacko A. Evidence Based Medicine na przykładzie badań klinicznych z rami-prilem. 55 pytań i odpowiedzi. Warszawa: Medical Education; 2012.
11. Elwyn G, Edwards A, Thompson R, red. Shared decision making in health care. Achieving evidence-based patient choice. Oxford: Oxford University Press; 2016.
12. Fung K, Lo T. An integrative clinical approach to culturally competent psychotherapy. *J. Contemp. Psychother.* 2017; 2 (47): 65–73.
13. Krzyżowski J. Psychiatria transkulturowa. Warszawa: Medyk; 2002.
14. Owen J. Introduction to special issue: cultural process in psychotherapy. *Psychother.* 2018; 1 (55): 1–2.
15. Fronczak A, red. Medycyna personalizowana. Mity, fakty, konsekwencje. Łódź: Infarma; 2016. [https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Medycyna\\_personalizowana\\_Mity\\_fakty\\_rekomendacje.pdf](https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Medycyna_personalizowana_Mity_fakty_rekomendacje.pdf)
16. Chrzastowski S. Wiara psychoterapeutów we własny obiektywizm, w doświadczenie kliniczne oraz wartość informacji zwrotnych — perspektywa psychologii społecznej i poznawczej. *Psychoter.* 2014; 3 (170): 15–26.
17. Sass-Stańczak K, Czabała J. Relacja terapeutyczna — co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? *Psychoter.* 2015; 1(172): 5–17.
18. Rakowska J. Czynniki procesu psychoterapii, a jej rezultaty. W: Grzebius L, red. *Psychoterapia. Badanie i szkolenie. Podręcznik akademicki.* Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2006, s. 189–204.
19. Lilienfeld S, Ritschel L, Lynn S, Cautin R, Lutzman R. Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clin. Psychol. Rev.* 2013; 33 (7): 883–900.
20. Shedler J. Where is the evidence for „Evidence-Based” therapy? *J. Psychol. Ther. Primary Care* 2015; 4: 47–59.
21. Shaughnessy J, Zechmeister E, Zechmeister, J. *Metody badawcze w psychologii.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
22. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011; 65(5): 737–748.
23. Styła R. Czy psychoterapia może być jeszcze bardziej skuteczna? Co podpowiadają nam na ten temat wyniki badań naukowych? Referat wygłoszony 26 października 2014 w Krakowie na konferencji „Psychoterapia działa. Jak? Refleksje nad procesem psychoterapii”; 2014.
24. Creswell J. *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.

Adres: [szymek@psych.uw.edu.pl](mailto:szymek@psych.uw.edu.pl)