

# Konformizm, niezależność i ignorancja (nie wspominając o pieniądzach) w badaniach nad psychoterapią

JACEK LELONKIEWICZ

NA PODSTAWIE ARTUKUŁU S.D MILLERA, 03.12.2016

Zacznijmy tak:

W roku 1951, psycholog amerykański Solomon Asch przeprowadził klasyczny już dziś eksperyment.

Umieszczonym w jednej sali badanym ( jak zwykle w badaniach psychologicznym – studentom) przedstawiono kilka obrazków. Badani poinformowani zostali, że biorą udział w badaniu zdolności spostrzegania i porównywania kształtów.

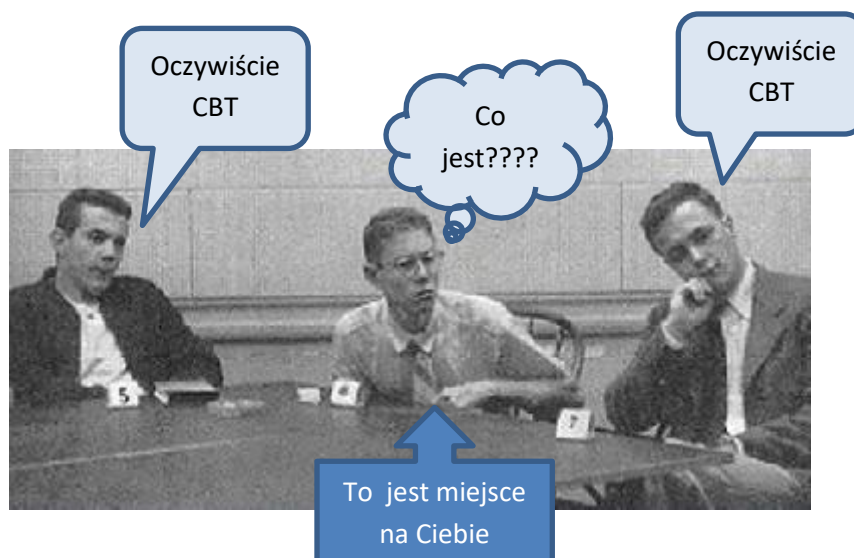
Na jednym z obrazków widniała pojedyncza linia prosta. Na drugim – kilka linii o różnych długościach. Badani poproszeni zostali przez badacza o wskazanie na drugim obrazku linii o takiej samej długości, jak na pierwszym z nich. Różnice w długości linii były wyraźnie widoczne, przy podobnym zadaniu wykonywanym przez badanych osobno, nikt nie miał wątpliwości i nie dokonała błędnego wyboru. Badani mogli wyrażać swoje opinie głośno, dokonywali więc wyboru słysząc opinie innych osób.



Zmienną, którą manipulowano w badaniu były opinie wyrażane przez uczestników badania, którzy współpracowali z badaczami i wybierali niewłaściwą linię.

Badanie oczywiście nie dotyczyło *spostreżania*, a *zdolności do wyrażania własnej opinii* w konfrontacji z większością mającą inne zdanie, czyli do *konformizmu* i *nonkonformizmu*. Ku zdumieniu badaczy 1/3 uczestników we wszystkich próbach dokonała błędnego (ale zgodnego z wyborem większości) wyboru, a 3/4 - wskazało niewłaściwą długość linii w przynajmniej jednej próbie. Współpracownicy Ascha wskazywali błędny wybór, bo taka była instrukcja eksperymentatora. Zjawisko konformizmu społecznego ma jednak charakter ogólny i nie kończy się z chwilą zamknięcia drzwi laboratorium badacza. Po prostu trudno jest oprzeć się naciskowi (choćby i pośredniemu) większości.

Dzisiaj, psychoterapeuci ulegają tej samej prawidłowości i podporządkowują się takiemu samemu naciskowi, jak badani w eksperymencie. Problem polega na tym, jakie są tego konsekwencje.



Współczesny *eksperyment*, jakiemu obecnie jesteśmy poddani, polega na wprowadzaniu do dyskursu publicznego pojęcia *efektywności psychoterapii* i naukowego charakteru dowodów na jej skuteczność – lub też jej nieskuteczność.

A konkretnie – na skuteczność *niektórych* podejść i *nieskuteczność* innych.

Idea skuteczności (lub nieskuteczności) określonych podejść jest w obecnym świecie niezwykle atrakcyjna. Jej atrakcyjność bierze się po części z nacisku, jaki kulturowo kładziony jest na kwestie efektywności zawodowej i życiowej ludzi, kwestie tego, czy jesteśmy skuteczni, błyskotliwi, kreatywni, etc. Wartość tego rodzaju właściwości osób jest obecnie znacznie wyższa, niż np. refleksyjności, pogłębienia, etyczności, etc. Innym powodem jest dominująca rola w całym współczesnym świecie *idei naukowości jako kryterium przyjmowania lub odrzucania większości aspektów kultury* – łącznie z dyskutowaniem na tym tle kwestii wiary i religijności. Naukowość jest zaś bezdyskusyjnie (a czasem nawet bezrefleksyjnie) utożsamiana z dyskursem pozytywistycznym i kryteriami prawdziwości przyjętymi przez ten kierunek filozofii nauki. Konsekwencją tego jest dyskutowanie wartości

przedmiotu badania (tu: podejść w psychoterapii) przy użyciu kryteriów faworyzujących określone nurty i podejścia, a odrzucających inne.

Problem polega jednak na tym, że jest to tylko jeden z możliwych sposobów widzenia kryteriów określających prawdę, a jego przyjęcie przenosi rozmowę od razu na grunt tego właśnie podejścia filozoficznego, odmawiając prawa do rozważania innych argumentów.

Sytuacja taka ma bardzo konkretne skutki - przekłada się w działaniach decydentów na decyzje finansowe. Decyzje określające, które podejścia terapeutyczne zostaną dofinansowane w ramach ubezpieczeń zdrowotnych, albo w ramach systemów szkoleniowych, a jakie pozostawione zostaną na boku lub umieszczone w szufladce „gabinety prywatne”. Decyzje podejmowane przez urzędników zajmujących się polityką zdrowotną, a także kwestiami ubezpieczeń społecznych.

Łatwo jest co prawda ich zrozumieć: urzędnik nie musi być przecież ekspertem w każdej dziedzinie (a także każdym podejściu psychoterapeutycznym) i może po prostu chcieć posłużyć się w procesie decyzyjnym prostymi i łatwymi do zastosowania regułami. Bo taki jest właśnie niestety powód kierowania się ideami naukowości pozytywistycznej, cokolwiek ktoś chce na jego obronę powiedzieć.

Nie chodzi tu o poszukiwanie „rzeczywiście” skutecznego sposobu wydawania społecznych pieniędzy, a o łatwość podejmowania decyzji i zwolnienie z odpowiedzialności za nie, bo przecież „takie jest zdanie ekspertów”. Idea efektywności przy wydatkowaniu naszych, bo pochodzących z naszych podatków pieniędzy jest przecież dla każdego zrozumiała (choć zadziwiająco przestaje być ważna, gdy urzędnicy lub politycy rozmawiają o swoich wynagrodzeniach), ale co oznacza skuteczność w psychoterapii?

Pierwszą i niewygodną w takich rozważaniach kwestią jest fakt zależności definicji skuteczności od kluczowych dla określonego podejścia założeń teoretycznych. A te w wielu podejściach są przecież inne. Niemal każda terapia inaczej definiuje kryteria zdrowia, zaburzenia, to, co jest problemem, a co jest chwilowym pogorszeniem w życiu, etc.. Prowadzi to bezpośrednio do problemu z określeniem kryteriów pomiaru skuteczności, które można byłoby wykorzystać do porównywania różnych metod. Naukowcy próbują jakoś rozwiązać ten problem i prowadzą badania porównawcze w oparciu o kryteria określone jako wspólne, podzielane przez różne podejścia. Sam proces ustalania takich kryteriów jest dyskusyjny, bo do ich przyjęcia trzeba przyjąć jakieś metakryteria, czyli poczynić założenia, etc. Zakładając – bo jednak wymaga to umówienia się, a nie jest faktem empirycznym – że taki sposób postępowania jest trafny, zastanówmy się nad tym co wiemy o różnicach w skuteczności pomiędzy podejściami psychoterapeutycznymi. A więc, spojrzymy jeszcze raz na wyniki badań nad skutecznością psychoterapii i zapytajmy się ponownie: które leczenie jest najbardziej skuteczne?

**Jeśli z Twojej czytelniku wiedzy i ze znanej Ci literatury wynika, że wszystkie podejścia terapeutyczne osiągają podobną efektywność – masz rację.**

Rzeczywiście, jednym z najmocniej uzasadnionych przez największą zapewne ilość doniesień i badań w literaturze przedmiotu ostatnich 40 lat jest stwierdzenie, że **skuteczność rozumiana poprzez rezultaty końcowe nie jest zasadniczo inna dla jakiegokolwiek podejścia terapeutycznego**. Wszyscy jesteśmy podobnie skuteczni.

Co zatem robić mamy my, których próbuje się marginalizować?

Kluczem do zmiany sytuacji jest zatem odwaga mówienia głośno.

W oryginalnym eksperymencie Asha pojawienie się chociaż jednego głosu przeciwnego do błędnie oceniającej większości zmniejszyło skłonność do konformizmu o 80%. I nie jest to prawda, że aby mieć prawo do wypowiedzi i wpływ na to co się dzieje, musisz być naukowcem. W późniejszej wersji eksperymentu Asha pojawienie się chociaż jednego uczestnika który nosił okulary o wyglądzie denek od butelki (co miało sugerować jego słaby wzrok) zmniejszyło pojawianie się konformizmu o połowę.

Tak to prawda co mówią że znajomość badań i rozumienie prawidłowości przez nie opisanych pomaga. W dwóch badaniach przeprowadzonych w 1980 roku zauważono, że studenci matematyki, chemii i nauk inżynierskich zgadzają się z nieprawidłowo oceniającą rzeczywistość większością uczestników badania jedynie na 1 z 396 przypadków! Ale wynik ten pokazuje raczej skutek treningu w tzw. Trzeźwym ocenianiu świata, niż głębię wiedzy tzw. ścisłych umysłów.

Co zatem mówią badania o skuteczności konkurujących ze sobą podejść terapeutycznych? Wyniki badań i przegląd najnowszych rezultatów znaleźć można w czasopismach profesjonalnych, jak na przykład *Psychotherapy Research*; tam i w innych publikacjach przeglądane i porównywane są rozmaite najnowsze metaanalizy usiłujące udowodnić tezę, że jedno określone podejście może być bardziej efektywne niż wszystkie inne. Chcecie zgadnąć, które podejście próbuje być najlepsze?

Stawka jest wysoka, a konsekwencje istotne.

Istniejące poradniki i zestawienia zatwierdzonych terapii nie są zgodne z obecnymi badaniami dotyczącymi tego co działa w leczeniu. Co więcej, skutkują one ograniczeniem wyboru (bo same wymieniają ograniczoną ilość podejść), a także nie służą poprawie jakości prowadzonych terapii.

Ograniczają one wybór i efektywność, nie poprawiając rezultatów - czego skutkiem jest w niektórych przypadkach pogorszenie świadczonych usług terapeutycznych.

Jak mówi oficjalna definicja *praktyka oparta na badaniach* nie dotyczy stosowania określonych podejść do poszczególnych diagnoz a raczej „integrowania najlepszych istniejących badań z doświadczeniem klinicznym w kontekście indywidualnych cech, kultury i preferencji pacjentów” - definicja podana przez APA w 2006 roku

Czytajcie badania i mówcie głośno!