

Brak wpływu studiów psychoterapeuty na jego skuteczność i kompetencje zawodowe – wstępne wyniki badań

MILENA KARLIŃSKA-NEHREBECKA, ALICJA HEYDA, ANDRZEJ NEHREBECKI, DAGMARA KUCZYŃSKA-GINKO, STANISŁAWA KUFEL

Abstrakt:

W środowisku zawodowym i pośród laików rozpowszechniony jest pogląd, że kierunek studiów ukończonych przez psychoterapeutę jest jedną z tych determinant. Przeprowadzono badanie mające zweryfikować tezę, że psychoterapeuci którzy ukończyli studia lekarskie, psychologiczne lub pedagogiczne są skuteczniejsi i bardziej kompetentni niż absolwenci innych kierunków.

Próba badawcza i metody: Próba liczyła 235 diad psychoterapeuta-pacjent. Psychoterapeutami byli studenci Studium Psychoterapii Integratywnej. Przed rozpoczęciem treningu ukończyli oni różne studia magisterskie: psychologiczne, pedagogiczne, teologiczne, lekarskie, pielęgniarstwo, filologiczne, prawnicze, inne humanistyczne lub w naukach przyrodniczych. Przedmiotem oceny była sesja psychoterapeutyczna. Po zakończeniu sesji pacjent wypełniał szczągółową skalę ocen, dotyczącą psychoterapeuty i sesji. Kompetencje psychoterapeuty oceniane były przez ekspertów w oparciu o skalę ocen dotyczącą kompetencji osobistych i technicznych, na podstawie obserwowalnych kryteriów. Do obliczenia wyników zastosowano metody nieparametryczne. Wyniki: Psycholodzy i lekarze i pedagodzy okazali się tak samo efektywni i kompetentni jak psychoterapeuci z którzy ukończyli inne studia humanistyczne lub w naukach przyrodniczych. Tym samym nie znaleziono empirycznych podstaw dla uprzywilejowywania psychologów, lekarzy lub pedagogów w dostępie do kształcenia w zawodzie psychoterapeuty.

słowa kluczowe: zawodowe kompetencje psychoterapeutyczne, psychoterapeuta, efektywność psychoterapii, skala oceny, szkolenie psychoterapeuty

*

Niewielu ludzi jest w stanie spokojnie wyrażać opinie, które różnią się od przesądów ich własnej grupy społecznej. Większość ludzi jest nawet niezdolna do sformułowania takich opinii. Albert Einstein

Wprowadzenie

Wampold swojej w książce „The Great Psychotherapy Debate” z 2001 podkreślił, że to „psychoterapeuta jest krytycznym czynnikiem sukcesu psychoterapii”, nie zaś stosowana

przez niego odmiana psychoterapii (Wampold, 2001 pp. 202). Wykazał, na podstawie powtórnych analiz statystycznych badań mających udowodnić wpływ tzw. czynników specyficznych, że modalność nie wpływa na rezultat psychoterapii. (Wampold 2001, pp.119-148). W literaturze efekt ten znany jest jako „Dodo bird verdict”.

Jakie więc specyficzne wymiary psychoterapeuty determinują jego skuteczność? Skoro uprawiana modalność psychoterapii nie gra roli, to można oczekiwać, że będą to predyspozycje osobowościowe, posiadane kompetencje, oraz umiejętności techniczne i kompetencje nabyte w trakcie szkolenia zawodowego.

Trening psychoterapeuty jako czynnik wpływający na efektywność jego pracy nie jest gruntownie zbadany. Część autorów wskazuje, że psychoterapia w wykonaniu paraprofjonalistów jest bardziej skuteczna niż prowadzona przez profesjonalistów (Hattie, Sharpley & Rogers, 1984). Inni w swoich badaniach wykazują że paraprofjonalni i profesjonalni psychoterapeuci są równie skuteczni (Berman & Norton, 1985).

Dłatego niektórzy naukowcy skłaniają się do poglądu, że ponieważ dotychczasowe badania empiryczne nie wykazują wpływu szkolenie zawodowego psychoterapeutów na ich skuteczność, należy większy nacisk kłaść na selekcję w dostępie do zawodu psychoterapeuty (Ladany, 2007). I dopuszczać do dalszego szkolenia tylko osoby które na pierwszym roku szkolenia wykażą dobre wyniki w przyswajaniu umiejętności pomagania. Ladany wskazuje, że dotychczas dostęp do kształcenia w psychoterapii odbywa się na podstawie nieadekwatnych kryteriów takich jak oceny w nauce, doświadczenie badawcze, czy niewiarygodne rozmowy kwalifikacyjne, co sprawia, że mierni kandydaci zostają potem miernymi psychoterapeutami (2007). Jakie więc kryteria powinni spełniać kandydaci do zawodu psychoterapeuty?

Oprócz empirycznie uzasadnionych kryteriów dostępu do treningu psychoterapeutycznego, w wielu krajach obowiązują też regulacje prawne nieoparte na kryteriach empirycznych. W samej Europie jedynie w 18% krajów ustawodawca dopuszcza do szkolenia absolwentów różnych studiów, w większości krajów faworyzowani są psychologowie, lekarze i niekiedy pedagodzy (Pritz, 2011). Pogląd, że tylko psychologowie i lekarze mają odpowiednie predyspozycje do uprawiania psychoterapii jest rozpowszechniony nie tylko wśród laików i polityków ale także w samym środowisku zawodowym. Powstaje zatem pytanie: „Azy psychoterapeuci z wykształceniem psychologicznym, lekarskim czy pedagogicznym są bardziej kompetentnymi profesjonalistami i skuteczniejszymi psychoterapeutami niż ich koledzy z innym wykształceniem, np. teologami, matematykami czy prawnikami.”

Cel

Celem badania było zidentyfikowanie jaki wpływ na skuteczność i kompetencje zawodowe psychoterapeuty wywierają studia, które ukończył przed swoim szkoleniem w psychoterapii. Postawiono hipotezę, że psychoterapeuci, którzy ukończyli studia psychologiczne, lekarskie i pedagogiczne wykażą wyższą skuteczność i kompetencje psychoterapeutyczne niż ci, którzy ukończyli inne studia humanistyczne, nauki przyrodnicze czy studia techniczne.

Metody i próba badawcza

Próba składała się z 235 diad pacjent-psychoterapeuta. Psychoterapeutami byli studenci programu szkoleniowego psychoterapii integratywnej, pozostający w szkoleniu 1-6 lat i więcej. Przed rozpoczęciem szkolenia ukończyli studia wyższe : psychologiczne (62%), lekarskie (5%), pedagogiczne (20%), inne humanistyczne, przyrodnicze, takie jak prawo, matematyka czy historia (14%). Pacjenci byli losowo dobierani z tej samej grupy. Pacjent

mógł reprezentować dobrze sobie znanego pacjenta ze swojej praktyki lub być sobą. Psychoterapeuta był informowany tylko o wieku i płci pacjenta. Po losowaniu psychoterapeuta prowadził sesję psychoterapeutyczną. Podczas sesji 2-3 osobowa komisja ekspertów oceniała jego kompetencje używając „Skali oceny kompetencji psychoterapeutycznych” (PCRS) autorstwa Karlińskiej-Nehrebeckiej i Nehrebeckiego, opisującej kompetencje osobiste i techniczne w 16 skalach.

Pięć osobistych: czynnik „Rogeriański” (życzliwość, szacunek, autentyczność, kongruencja itp), empatia, sojusz terapeutyczny, kontenerowanie i spożytkowanie przeciwprzeniesienia w służbie psychoterapii, obecność i dostępność emocjonalna vs dysocjacja oraz 11 kompetencji technicznych: kontrolowanie i holding sytuacji terapeutycznej, jakość języka, minimalizacja interwencji prowadząca do intensywności emocjonalnej, neutralność, postępowanie z manipulacjami i z oporem, generowanie znaczącego doświadczenia emocjonalnego, trafność/ wybieranie centralnych wątków, konceptualizacja/techniki, odpowiednia dyrektywność i niedyrektywność, odpowiednie przepracowywanie wątków relacyjnych/przeniesieniowych.

Każda kompetencja oceniana była w przedziale 0-6, gdzie 0 oznaczało zachowania szkodliwe i destrukcyjne a 6 poziom mistrzowski. Podstawą punktacji był opis poszczególnych poziomów każdej kompetencji oparty na obserwowalnych fenomenach np. *Kontrolowanie sesji terapeutycznej; 2 = terapeuta spostrzega potrzebę pokierowania sytuacją, postawienia granic etc., ale brakuje mu umiejętności technicznych. Próbuje ale jest albo zbyt permissywny albo zbyt obcesowością niepotrzebnie zraża pacjenta. Nadmierną kontrolą maskuje niepewność. Nadmierną permissywnością powoduje rozmycie sesji i stratę czasu.* Eksperti dokonywali oceny kompetencji (PCRS) niezależnie. Po sesji, jeśli oceny się różniły, wspólnie analizowano daną kompetencję w oparciu o obserwowalne kryteria i uzgadniano ostateczny wynik. Ekspertami byli doświadczeni nauczyciele psychoterapii integratywniej będący też superwizorami. Skala została skonstruowana na podstawie badań Horvatha (Horvath, Bedi, 2002), Norcrossa (Norcross, 2002), Rogersa and innych (Berman, 1985; Hattie, J.A, Sharpley, C. S. & Rogers, H.J.,1984; Ladany, 2007; Rogers, C. R., 1951), analogicznie do struktury CTS (Cognitive Therapy Scale) Becka i (Young & Beck 1980).

Skuteczność psychoterapeuty, jego cechy i efekty sesji były oceniane przez pacjentów zaraz po zakończeniu sesji. Wypełniali oni Skalę Oceny Psychoterapeuty i Sesji (PSRS) Karlińskiej-Nehrebeckiej i Nehrebeckiego. Pacjent oceniał sojusz terapeutyczny, „Rogeriańskie” cechy psychoterapeuty, jego pomocność, wzbudzanie nadziei, dodawanie siły, oceniał chęć kontynuacji terapii, czy zarekomendowałby tego terapeutę bliskiej osobie, na ile pomógł lub zaszkodził oraz czy sesja przyniosła rozwiązanie, wgląd, lub coś znaczącego, w 7 punktowej skali Likerta. Wynik ogólny wahał się od 0 do 72 punktów. Wewnętrzna rzetelność skal wyrażona w postaci współczynnika α Cronbacha dla PCRS wyniosła 0,98; dla PSRS wyniosła 0,94.

Przeprowadzono analizę związku pomiędzy ukończonymi studiami a oceną efektywności psychoterapeuty i sesji przez pacjentów (RSPS) oraz oceną kompetencji terapeutycznych przez ekspertów (PCRT). Wyniki obliczono na podstawie statystyk nieparametrycznych (Testu U Manna-Witneya).

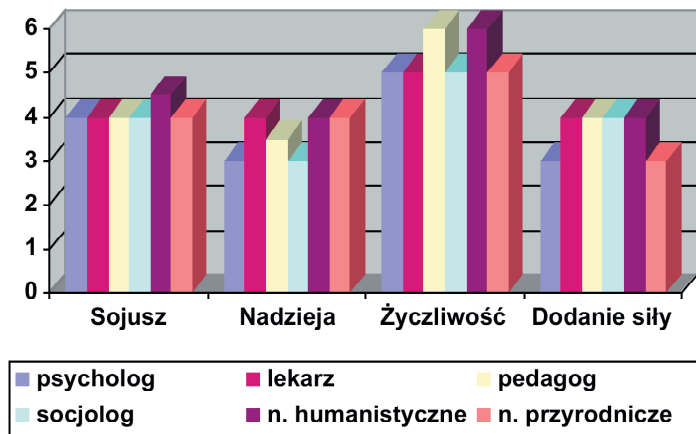
Porównano trzy dychotomiczne zestawy grup psychoterapeutów, utworzone zgodnie z regulacjami prawnymi obowiązującymi w różnych krajach; 1) psycholodzy vs lekarze, socjolodzy, pedagodzy, absolwenci innych nauk humanistycznych i przyrodniczych; 2) psycholodzy, lekarze i pedagodzy vs socjolodzy, absolwenci nauk humanistycznych i przyrodniczych; 3) psycholodzy i lekarze vs pedagodzy, socjolodzy, absolwenci nauk humanistycznych i przyrodniczych.

Wyniki

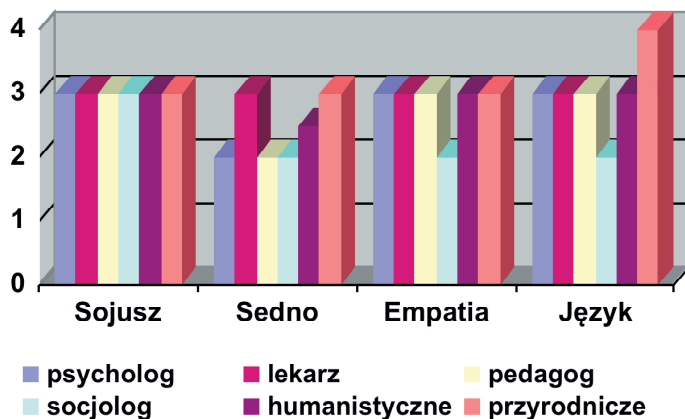
Tab.1. Rzetelność narzędzi (α Cronbacha)

Skala oceny kompetencji psychoterapeutycznych (PCRS)	Cała skala	0.98
	Kompetencje osobiste	0.93
	Kompetencje techniczne	0.97
Skala oceny psychoterapeuty i sesji (PSRS)	Cała skala	0.94
	Ocena psychoterapeuty	0.90
	Ocena sesji	0.90

Obie skale wykazały wysoką spójność wewnętrzną.



Ryc.1. Porównanie oceny przez pacjentów: sojuszu terapeutycznego, wzbudzenia nadziei, życzliwości, dodawania siły przez psychoterapeutów (RSPS). Wykres ilustruje kolejno: psychologów, lekarzy, pedagogów, socjologów, absolwentów pozostałych nauk humanistycznych oraz przyrodniczych. Różnice są nieistotne statystycznie.



Ryc.2. Porównanie oceny sojuszu terapeutycznego, trafności rozpoznania, empatii i kompetencji językowych psychoterapeutów przez ekspertów (PCRS). Wykres ilustruje kolejno: psychologów, lekarzy, pedagogów, socjologów, absolwentów pozostałych nauk humanistycznych oraz przyrodniczych. Różnice są nieistotne statystycznie.

Analiza efektywności psychoterapii i efektywności sesji terapeutycznej nie wykazała żadnych statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą złożoną z psychologów a grupą złożoną z absolwentów nauk przyrodniczych, humanistycznych, lekarzy, pedagogów i socjologów, z jednym wyjątkiem: po sesji z niepsychologami pacjenci czuli więcej siły niż po sesji z psychoterapeutami o wykształceniu psychologicznym ($p < 0,032$). Nie wykazano też istotnych różnic porównując grupę złożoną z psychologów, lekarzy i pedagogów z grupą złożoną z psychoterapeutów o wykształceniu w innych naukach humanistycznych, przyrodniczych i socjologów. Porównanie grupy psychologów i lekarzy z grupą złożoną z pedagogów, socjologów, absolwentów nauk przyrodniczych i humanistycznych również nie wykazało istotnych różnic. Na granicy istotności statystycznej była przewaga tej drugiej grupy nad psychologami i psychiatrami w zakresie życzliwości.

	Psycholodzy (N=144) vs Niepsycholodzy (N=91)	Psycholodzy, lekarze, pedagodzy (N=199) vs inni (N=36)	Psycholodzy, lekarze (N=153) vs inni (N=83)
Życzliwość	0,133251	0,738843	0,057497**
Pomocność	0,479464	0,628982	0,287233
Rozumienie	0,390274	0,782106	0,137795
Sesja znacząca	0,450488	0,457499	0,151181
Dodanie siły	0,032597*	0,504810	0,068675
Wgląd	0,212402	0,963427	0,112624
Nadzieja	0,938503	0,364432	0,651914
Sojusz	0,923307	0,170109	0,898123
Rozwiązanie	0,511278	0,484485	0,474829
Chęć kontynuacji	0,841975	0,177394	0,698835
Rekomendacja	0,424238	0,779654	0,292099
Efektywność; pomoc vs szkodliwość	0,454878	0,75	0,297472

*wynik testu istotny statystycznie, wskazujący przewagę niepsychologów

**wynik testu na granicy istotności, wskazujący na przewagę innych studiów nad psychologicznymi i lekarskimi.

Tab.2. Ocena skuteczności sesji i psychoterapeutów przez pacjentów (PSRS). Porównanie psychologów z niepsychologami; psychologów, lekarzy i pedagogów z pozostałymi oraz psychologów i lekarzy z pozostałymi. Test *U* Manna-Whitneya.

Analiza kompetencji zawodowych psychoterapeutów ocenianych przez ekspertów (PCRT) nie wykazała żadnych statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą złożoną z psychologów a grupą złożoną z absolwentów nauk przyrodniczych, humanistycznych, lekarzy, pedagogów i socjologów. Nie wykazano też istotnych różnic porównując grupę złożoną z psychologów, lekarzy i pedagogów z grupą złożoną z psychoterapeutów o wykształceniu w innych naukach humanistycznych, przyrodniczych i socjologów. Porównanie grupy psychologów i lekarzy z grupą złożoną z pedagogów, socjologów, absolwentów nauk przyrodniczych i humanistycznych również nie wykazało istotnych różnic.

	Psycholodzy (N=144) vs Niepsycholodzy (N=91)	Psycholodzy, lekarze, pedagodzy (N=199) vs inni (N=36)	Psycholodzy, lekarze (N=153) vs inni (N=83)
Kompetencje „Rogeriańskie”	0,105679	0,385279	0,154620
Sojusz terapeutyczny	0,265283	0,315130	0,189187
Empatia	0,350262	0,452233	0,244714
Kontenerowanie	0,519681	0,551253	0,413787
Obecność vs dysocjacja	0,156127	0,471231	0,272192
Kontrola/ holding	0,278069	0,998803	0,405048
Język	0,934845	0,927119	0,648169
Minimalizacja/ intensyfikacja	0,54	0,477445	0,790289
Neutralność	0,305948	0,921396	0,562837
Manipulacje – radzenie	0,905876	0,419481	0,938067
Opór – radzenie	0,247097	0,730259	0,340856
Organizowanie doświadczenia	0,825030	0,695044	0,946457
Trafność/ekonomia	0,906513	0,772811	0,636444
Konceptualizacja/Techniki	0,933362	0,475917	0,499530
Drektywność/ niedrektywność	0,181015	0,413635	0,160106
Relacja/przeniesienie	0,400072	0,702111	0,676073

Tab.3. Ocena kompetencji psychoterapeutycznych przez ekspertów (PCRT). Porównanie psychologów z niepsychologami; grupy psychologów, lekarzy i pedagogów z pozostałymi oraz psychologów i lekarzy z pozostałymi. Test *U* Manna-Whitneya.

Dyskusja

Kierunek studiów uniwersyteckich psychoterapeutów nie miał wpływu na ich skuteczność ani na kompetencje zawodowe. Pogląd, że psycholodzy i lekarze, ewentualnie pedagodzy, mają szczególne predyspozycje do psychoterapii, mimo że rozpowszechniony, nie został potwierdzony w tym badaniu. Wynik badania mógł być spowodowany homogenizacją próby badawczej wynikającą z procesu selekcji do kształcenia w programie psychoterapii integratywnej, gdzie kryterium były predyspozycje osobowościowe, nie zaś kryteria akademickie. Innym wyjaśnieniem wyniku może być, że wykształcenie nie wpływa ani na skuteczność psychoterapii ani na kompetencje zawodowe psychoterapeutów a różnice pomiędzy psychoterapeutami wynikają z innych przyczyn niż kierunek studiów poprzedzający trening zawodowy. Gdyby tak było, należało by badać co jest rzeczywistym prognostykiem efektywności i kompetencji psychoterapeuty i na tych empirycznie udowodnionych kryteriach oprzeć dostęp do zawodu. W obecnym stanie wiedzy uprzywilejowywanie psychologów i lekarzy, ewentualnie absolwentów pedagogiki wobec absolwentów innych studiów humanistycznych lub nauk przyrodniczych, w dostępie do kształcenia w zawodzie psychoterapeuty nie znajduje empirycznych podstaw. Jeżeli powyższe wyniki znajdą

potwierdzenie w dalszych badaniach, państwowe regulacje dotyczące dostępu do zawodu psychoterapeuty powinny zapewnić ów dostęp wszelkim absolwentom nauk humanistycznych i skończyć z praktyką ograniczania go do psychologów, psychiatrów i pedagogów.

Przedstawione wyniki mają charakter badań wstępnych. Ich ograniczeniem było oparcie się jedynie na ocenach pacjentów i ekspertów oraz to, że pacjenci byli wykształconymi profesjonalistami. Potrzeba kontynuowania analizy na próbach klinicznych, z psychoterapeutami szkolonymi w innych modalnościach i programach szkoleniowych oraz na podstawie dłuższej trwającej psychoterapii i z wykorzystaniem typowych narzędzi do oceny wyników psychoterapii.

Bibliografia

- BERMAN, J.S. & NORTON, N.C. (1985). Does training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, Vol. 98, pp. 401-407.
- HATTIE, J.A, SHARPLEY, C. S. & ROGERS, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, Vol. 95, pp. 490-499.
- HORVATH, A. O., & BEDI, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs* (pp. 37-69). London: Oxford.
- LADANY, N. (2007). Does psychotherapy training matter or maybe not. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 44, pp. 392-396.
- NORCROSS, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY: Oxford University Press.
- PRITZ, A. (2011 & 2012). The struggle for legal recognition of the education of psychotherapy and an autonomous psychotherapy profession in Europe. *European Psychotherapy*, Vol. 10, pp. 5-20 and *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 16, No. 3, pp. 75-87.
- ROGERS, C. R. *Client-centered therapy*. (1951). Boston: Houghton Mifflin.
- WAMPOLD, E.B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- YOUNG J., Beck, A.T. (1980) *Cognitive Therapy Rating Scale Manual*. Retrived from <http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812...>