

Integrace v psychoterapii a spojení: Použití kognitivně behaviorálních technik v rámci léčby krátkodobou psychodynamickou psychoterapií

Rachel E. Goldmanová a Mark J. Hilsenroth Jesse J. Owen Univerzita v Louisville

Univerzita Adelphi

Jerold R. Gold

Univerzita Adelphi

Tato studie zkoumala vztah mezi psychodynamickými interpersonálními (PI) a kognitivními behaviorálními (CB) technikami používanými v krátkodobé psychodynamické psychoterapii s terapeutickým spojenectvím na počátku léčby. Devadesát jedna ambulantních účastníků hodnotilo své spojení/aliance a bylo pracováno také s videokazetou. Naše zjištění nepodporují primární hypotézu vztahu mezi integrativními technikami a celkovou aliancí hodnocenou pacientem. Naše zjištění však prokázala významnou souvislost mezi integrací technik PI a CB se dvěma aliančními proměnnými: Nastavení cílů a dohoda o terapeutických úkolech a sebevědomá spolupráce. Kromě toho specifické techniky PI a CB významně korelovaly s vyšším spojenectvím pacientů v těchto dvou sledovaných stupních. Psychodynamičtí terapeuti, kteří více spolupracují při identifikaci konkrétních cílů a jejich definování se svými pacienty a poskytují jasné zdůvodnění svého přístupu, mohou usnadnit silnější terapeutické spojení specifické pro důvěru pacientů v léčebný proces a souhlas s ním.

Terapeutické spojení se ukázalo jako významný procesní faktor napříč různými způsoby léčby, který může přispět k výsledkům terapie (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000). Stávající literatura popsala terapeutické spojení jako důležitý "barometr terapeutických změn" a panteoretickou korelaci změny pacienta napříč různými psychoterapeutickými směry (Frieswyk et al., 1986; Gaston, 1990; Goldfried, 1991). Aliance se také důsledně vynořuje jako důležitý konstrukt při předpovídání výsledků léčby napříč různými typy terapií bez ohledu na zaměření terapie nebo způsoby léčby (Horvath et al., 2011; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012).

Pravděpodobně existuje složitá souhra mezi různými technickými a vztahovými aspekty terapeutického spojení, zejména při zprostředkování specifických léčebných postupů (Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2012). Použití účinných metod z různých teoretických směrů, během terapeutického procesu, může být pro potřeby pacienta vhodnější (Ablon & Jones, 1998). Jako takové byla s aliancí pozitivně korelována řada technik z různých psychoterapeutických směrů, včetně kognitivně behaviorálních, interpersonálních a psychodynamických modelů, včetně schopnosti terapeuta podporovat, potvrzovat, poskytovat přesné interpretace, ošetřovat pacientovy zkušenosti a být aktivní v rámci vztahu (Hilsenroth et al., 2012). V literatuře o psychoterapeutické integraci jsou tyto generické nebo mezi-teoretické faktory považovány za běžné faktory změny (Gold & Stricker, 2001).

Gold a Stricker (2001; Stricker & Gold, 1996) navrhl asimilativní model integrace pomocí kognitivních, behaviorálních a dalších technik v rámci relačního psychodynamického modelu. Aktivní a „zjišťovací“ techniky se mohou vzájemně doplňovat a umožňovat smysluplnější práci v rámci vztahu; často se doporučuje integrační přístup, který zasahuje na více úrovních fungování. Tato integrace usnadňuje hlubší zkušenosti s osobním růstem a zároveň poskytuje didaktickou strukturu pro pacienty s cílem zaměřit změnu chování a vyvinout účinné strategie k řešení problémů. Gold a Stricker (2001, 2012) také tvrdí, že včasná integrace a asimilativní využití aktivních, kognitivně - behaviorálních technik v psychodynamickém rámci může často urychlit a posílit rozvoj pozitivního terapeutického vztahu. Použití těchto metod terapeutem posiluje schopnost reagovat na pacienta a mít o něj obavy, a mohou zabránit vztahovým prasklinám nebo opravit vztahové vzorce. A pokud jsou techniky úspěšné, mohly by zvýšit pacientovu důvěru v terapeuta.

DeFife, Hilsenroth a Gold (2008) použili Krátkodobou psychodynamickou psychoterapii (STPP) pro zkoumání výsledků léčby ve vztahu k integrovaným terapeutickým intervencím. Hodnocení pacientů v průběhu sezení významně korelovalo s výsledky léčby. Konkrétně integrace technik CB do modelu STPP byla v některých oblastech fungování významně spojena s pozitivními výsledky léčby. Naproti tomu Castonguay a jeho kolegové (2004) zkoumali použití integrované kognitivní terapie (ICT) při předpovídání spojení s hodnocením pacienta a

depresivní symptomatologií. Tradiční model CT byl doplněn určitými interpersonálními strategiemi, které se obvykle používají k nápravě vztahových trhlin, za účelem zvýšení účinnosti CT. Zjištění prokázala, že přidání některých interpersonálních postupů v rámci CT vedlo k většímu zlepšení depresivních příznaků u pacientů. Constantino a jeho kolegové (2008) tato zjištění dále podpořili prostřednictvím RCT, které zkoumalo použití ICT u deprese. ICT (integrovaná kognit. terapie) byly spojeny se zvýšenými výsledky léčby, klinicky významnějšími změnami a vyššími skóre spojenectví než tradiční CT.

Vocisano a kolegové (2004) provedli RCT u chronicky depresivních jedinců, kteří byli léčeni kognitivně behaviorálním analytickým systémem psychoterapie (CBASP), užívali antidepresiva Nefazodone nebo kombinaci obou. CBASP je ručně používaný protokol, který se zaměřuje na efektivní řešení problémů a vztahové dovednosti. Ačkoli je od přírody kognitivně - behaviorální, zahrnuje kombinaci terapeutických intervencí, včetně interpersonální role terapeuta a přenosové práce (Swan & Hull, 2007). Pacienti měli nejvíce terapeuticky efektivní výsledky při péči u terapeutů, kteří mísí strategie CB a PI. Větší důraz na terapeutický vztah byl nejvíce spojen s pozitivními výsledky a být psychodynamicky orientovaným terapeutem v rámci léčby CBASP vedlo u pacientů k větší úlevě od příznaků. Terapeuti orientovaní na CB, kteří používali nejmenší množství integračních strategií, přinesli výrazně horší výsledky. Tato zjištění dokládají potřebu integračních přístupů.

Vzhledem k úspěchu tohoto předchozího výzkumu může dodatečná práce na integraci specifických terapeutických technik poskytnout plodné informace související s pozitivním budováním terapeutických vztahů. Současná studie se snaží rozšířit tuto předchozí práci a vyhodnotit integraci technik CB do modelu léčby STPP ve vztahu ke zkušenostem pacienta s ranou aliancí. Konkrétně bude zkoumáno nezávislé klinické hodnocení psychodynamických, interpersonálních i kognitivních terapeutických technik ve vztahu k alianci hodnocené pacientem na počátku léčby. Postupy při prvním sezení se ukázaly jako nedílná součást počátečního vývoje vztahu a vykazují dlouhodobé vliv napříč léčbou (Hilsenroth, Peters & Ackerman, 2004; Horváth, 2001 ; Horváth a kol., 2011). Předpokládá se, že terapeuti praktikující z modelu STPP, kteří používají některé integrační techniky, to znamená kombinaci některých CB s technikami PI, na rozdíl od použití pouze technik PI, povedou k

vyššímu hodnocení zkušeností pacienta s raným spojenectvím (Gold & Stricker, 2001). Jinými slovy, použití asimilativního přístupu terapeutem usnadní silnější terapeutický vztah a povede k vyššímu hodnocení vztahu než aliance vytvořená pouze prostřednictvím strategií PI.

Metoda

Současná studie byla vyvinuta v rámci širší programové studie (Hilsenroth, 2007). Současné výzkumné otázky, hypotézy a cíle nebyly formulovány v době shromažďování údajů, ale byly plánovány a priori specificky pro toto šetření. Tento výzkum je tedy perspektivní analýzou archivních dat.

Účastníci

Všichni účastníci této studie (n = 91) byli přijati do psychodynamického psychoterapeutického léčebného týmu (PPTT) na univerzitní komunitní ambulantní klinice (Hilsenroth, 2007). Případy byly přiděleny k léčbě praktikům a klinickým lékařům. Pacienti byli přijati k léčbě bez ohledu na poruchu nebo komorbiditu. V tomto vzorku bylo 91 jedinců, z toho bylo 64 žen (70 %) a 27 mužů (30 %). Střední věk byl 30; 55 pacientů bylo svobodných (60 %), 21 ženatých (23 %), 14 rozvedených (15 %) a 1 ovdovělý (1 %). Všech 91 pacientů (100 %) v této studii obdrželo Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrté vydání (DSM-IV) Padesát pacientů (55 %) dostalo diagnózu a 22 pacientů (24 %) bylo posouzeno jako subkliničtí, ale s výraznými rysy nebo vlastnostmi.

Tento vzorek se skládal především z pacientů s poruchou nálady a vztahovými problémy, které se projevují buď poruchami osobnosti nebo subklinickými poruchami/rysy poruch osobnosti.

Terapeuti

Lékařů, pokročilých doktorandů, ve studii bylo 28 (14 mužů a 14 žen) zařazených do programu Ph.D. klinické psychologie schváleného APA. Každý

terapeut viděl jednoho až šest pacientů. Každý klinický lékař byl minimálně 3,5 hodiny týdně pod dohledem (1,5 hodiny individuálního a 2 hodiny skupiny). Individuální a skupinový dohled se silně zaměřil na přezkum nahrané kauzy. Všichni lékaři byli vyškoleni v psychodynamické psychoterapii pomocí pokynů vymezených Bookem (1998), Luborskym (1984), McCullough et al. (2003) a Wachtel (1993), stejně jako měli k dispozici vybraná čtení o psychologickém hodnocení, psychodynamické teorii a psychodynamické psychoterapii (podrobnější popis tohoto tréninkového procesu viz Hilsenroth, DeFife, Blagys, & Ackerman, 2006).

Léčba

Pacienti nejprve podstoupili psychologické hodnocení (TMA, Finn & Tonsager, 1997; Hilsenroth, 2007), které se pokouší optimalizovat fáze hodnocení pomocí několika technik (tj. rozhovoru, vlastní zprávy, výkonnostních úkolů a dotazníky pro volnou odpověď). Je zde také zvýšený důraz na rozvoj a udržování empatického spojení s pacienty (např. podpora aliance), faktory přispívající k udržení životních problémů (často relačních), spolupráci při definování individualizovaných léčebných cílů a úkolů, jakož i sdílení a zkoumání výsledků hodnocení s pacienty. TMA použitá v této studii se skládala ze čtyř kroků, včetně tří schůzek mezi pacientem a klinickým lékařem v celkové výši přibližně 4 - 5 hodin, a jedné schůzky pacienta k dokončení řady vlastních opatření. Tři setkání zahrnovala: 1) polostrukturovaný diagnostický rozhovor (Westen & Muderrisoglu, 2003, 2006); 2) následná opatření v oblasti pohovoru; a 3) kolaborativní zpětnou vazbu.

Během kolaborativní zpětné vazby je kladen důraz na významná mezilidská/intrapersonální témata odvozená z výsledků testování, interakce pacienta a terapeuta, faktory, které přispívají k udržení životních problémů, stejně jako příležitost prozkoumat nová porozumění a aplikovat je na jejich současné problémy v životě. Pacient a klinický lékař také vedou socializační rozhovor (SI) vyvinutý Luborskym (1984) o tom, co očekávat v psychodynamické psychoterapii a o rolích pacientů a kliniků během formální léčby. SI rovněž zdůrazňuje relační zaměření terapeutického procesu, jakož i informaci, že se může dozvědět o problémech, které nebyly známy před zahájením psychoterapie. Nakonec lékař a pacient spolupracují

na vývoji léčebných cílů a vyjednání explicitního rámce léčby (tj. plánování doby sezení, frekvence léčebných sezení, zmeškaných sezení a platebního plánu). Ve všech případech byl klinický lékař, který provedl psychologické hodnocení, také klinickým lékařem, který prováděl formální psychoterapii.

Individuální psychoterapie se skládala ze sezení, které probíhalo jednou nebo dvakrát týdně. Klíčové rysy léčebného modelu STPP používaného při těchto sezeních zahrnovaly následující: 1) Zaměření na vliv a vyjádření emocí; 2) Zkoumání pokusů vyhnout se tématům nebo se zapojit do činností, které mohou bránit pokroku terapie; 3) Identifikace vzorců v chování, myšlenkách, pocitech, zkušenostech a vztazích; 4) Důraz na minulé zkušenosti; 5) Zaměřit se na mezilidské zkušenosti; 6) Důraz na terapeutický vztah; a 7) Zkoumání přání, snů nebo fantazií.

Pro léčbu prasklin, k nimž došlo v terapeutickém vztahu, byl použit Safranův a Muranův (2000) model intervence. Léčba byla časově otevřená bez ohraničené doby. Kdykoli bylo stanoveno datum ukončení, stalo se to častou oblastí intervence, protože problémy související s ukončením byly často spojeny s klíčovými mezilidskými, afektivními a myšlenkovými vzorci, které byly v léčbě pacienta prominentní. Cíle léčby byly poprvé prozkoumány během hodnocení zpětné vazby a formální plán léčby byl přezkoumán s každým pacientem na počátku psychoterapie; tento léčebný plán byl následně v pravidelných intervalech přezkoumáván. Ihned po vybraných sezeních pacienti a terapeuti dokončili přehodnocení fungování pacienta na standardní baterii. Pacienti byli ústně i písemně informováni, že jejich terapeut by nemá přístup k jejich odpovědím na žádné psychoterapeutické procesní opatření. Také všechna sezení těchto procedur byla natočena na video, nejen sezení, během nichž bylo dokončeno přehodnocení hodnocení. Průměrný počet sezení, kterých se zúčastnilo těchto 91 pacientů, byl 26 sezení (SD = 22) v průměru za 8 měsíců. Medián počtu sezení a délka léčby byly poněkud kratší na 21 sezeních, respektive 6 měsících.

Výzkumné techniky

V rámci výzkumu byly používány tyto metody (uvádím pouze jejich výčet s krátkou informací, podrobný popis včetně psychometrických hodnot viz. originální text):

Globální hodnocení fungování (GAF; Americká psychiatrická asociace, 1994).

Stručný inventář příznaků (BSI; Derogatis, 1993). BSI je inventář s 53 položkami.

Kombinovaná aliance krátká forma – verze pro pacienty (CASF-P; Hatcher & Barends, 1996). CASF-P je alianční opatření s hodnocením klienta, které se skládá z 20 položek hodnocených na 7bodové stupnici.

Srovnávací stupnice psychoterapeutických procesů – forma externího rateru (CPPS-ER; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, & Blais, 2005). CPPS je stručné popisné opatření určené k posouzení terapeutické aktivity a technik používaných během terapeutické hodiny.

Videokazety z rané léčby (3. / 4. sezení) pro každého pacienta byly uspořádány v náhodném pořadí a celá sezení byla sledována / hodnocena dvěma nezávislými hodnotiteli.

Výsledky a diskuse

Jedná se o jednu z prvních studií svého druhu, která zkoumá vztah mezi integrací specifických terapeutických technik a zkušenostmi pacientů se spojenectvím na počátku léčby. Při zkoumání dopadu terapeutických účinků na vztah mezi technikou a trpělivým spojenectvím naše zjištění odhalila, že celkové spojenectví nebylo ovlivněno terapeutovou technikou nebo integrací techniky. Zjistili jsme však, že dynamický terapeut, který používal více technik CB, měl pacienty, kteří hlásili větší spolupráci, zejména když terapeuti poskytovali informace o stavu pacienta nebo procesu terapie. To znamená, že když jsou tradiční kognitivně – behaviorální prvky, jako je poskytování explicitních informací a zdůvodnění jejich příznaků a léčby, prezentovány z psychodynamického hlediska (tj. relační, afektivní, intrapsychické; viz postup TMA), může to pacientům poskytnout větší důvěru, aby čelili svým výzvám, a větší smysl pro spolupráci se svým terapeutem.

V kontextu krátké dynamické terapie, vyšší zastoupení CB technik bylo spojeno s větší dohodou o cílech a úkolech, bez ohledu na zastoupení a úroveň PI technik. Průzkumné analýzy nakonec ukázaly, že specifické psychodynamické interpersonální a kognitivní techniky významně souvisely s vyššími skóre aliance hodnocenými pacienty, a to zejména v dílčích stupních dohody o sebevědomé spolupráci, cílech a úkolech.

S ohledem na efekt interakce (PI X CB) na dohodu o cílech a úkolech lze učinit několik závěrů/výkladů. Ve stručné psychodynamické terapii mohou být zapotřebí techniky CB, aby bylo spojenectví a stanovování cílů a úkolů úspěšné (např. vysoké úrovně CB bez ohledu na úrovně PI). Zvýšením používání technik CB v rámci psychodynamického sezení (zejména psychoedukace a zvýšené terapeutické aktivity) tak může klinický lékař zajistit větší důraz na cíle a úkoly v rámci aliance tím, že poskytne vysvětlení pro svůj přístup. Jak již bylo popsáno, psychodynamičtí lékaři mohou zvážit diskusi o tom, jak psychodynamická psychoterapie funguje a jak by tento přístup mohl nabídnout specifickou pomoc pacientům.

Avšak tváří v tvář omezenému používání CB (např. nízké úrovně CB) může být zapotřebí více technik PI, které pomohou dosáhnout dohody o cílech a úkolech. U těchto pacientů může být nutné, aby sezení obsahovala více zkoumání vzorového chování. To by terapeutovi umožnilo správně vyhodnotit, jaké úkoly by byly potřebné k zajištění toho, aby pacient i terapeut byli na stejné vlně, pokud jde o směr a cíle léčby. A konečně, nízké hladiny CB nebo PI mohou odrážet špatné sezení (nebo terapeutický proces obecně) a podporovat předchozí zjištění, že terapeuti musí být relativně aktivní, aby podpořili pozitivní výsledky sezení (Owen, Hilsenroth, & Rodolfa, 2012).

Tato zjištění poskytují terapeutům oporu, a to použitím určitých psychodynamických interpersonálních a kognitivně – behaviorálních strategií, v úspěšném předvídání silné terapeutické aliance. Psychodynamičtí terapeuti, kteří společně rozvíjejí cíle pacientů spolu s explicitním léčebným plánem, mohou posílit rané spojenectví tím, že aktivně zahájí diskusi s pacientem (Yeomans et al., 1994). Podobně terapeuti, kteří se svým pacientem společně vyvíjejí cíle a úkoly léčby, mohou usnadnit silnější raná spojenectví tím, že konkrétně poskytnou informace o

symptomatologii a léčbě pacienta a vysvětlí psychodynamický model, zdůvodnění a přístup k terapii (DeFife & Hilsenroth, 2011).

Současná práce ve spojení se studií DeFife et al. (2008), nabízí konzistentní důkazy, které podporují asimilativní model psychoterapeutické integrace (Stricker & Gold, 1996; Messer, 1992). Ve zjištěních deFife a kol. o technikách hodnocených pacienty se zdálo, že integrace aktivních i „průzkumných“ intervencí obohacuje terapeutickou práci, což vede k příznivým výsledkům léčby v průběhu času, zatímco v současné práci mělo použití asimilativní integrace nezávisle hodnocených technik přínos v kontextu aliance hodnocené pacientem. Naše zkoumání také prokázalo, že integrace některých kognitivně - behaviorálních intervencí do psychodynamického modelu na počátku terapie, usnadňuje silnější terapeutické spojení a tím spolupráci na zaměření léčby a cílů v rámci terapie. Zdá se tedy, že účinné prvky z psychodynamických, interpersonálních i kognitivně - behaviorálních směrů mají vliv na vytvoření silné aliance na začátku léčby.

Navzdory tomu, že jde o jednu z prvních studií, která empiricky zkoumá terapeutickou integraci ve vztahu k včasné alianci hodnocené pacientem, je třeba se zabývat některými omezeními.

V první řadě současná studie zkoumala zkušenosti pacientů s ranou aliancí; proto jsme se nezaměřily na následné výsledky léčby ve vztahu k interakci terapeutických intervencí. To však nesnižuje jedinečné poznatky psychoterapeutického procesu, které posilují naše chápání specifických terapeutických intervencí, které úspěšně ovlivňují aspekty terapeutické aliance na počátku léčby. Naše snaha byla zdůraznit význam určitých technik, ze kterých mohou terapeuti čerpat, aby doplnili svou vlastní klinickou práci a zvýšili kvalitu terapeutické aliance. Doufáme, že v budoucnu prozkoumáme rané aliance při ve vztahu s integrací psychoterapeutických technik a výsledky léčby.

Mezi další omezení patří naše populace pacientů, která se skládala z ambulantního vzorku; pacienti měli tendenci pociťovat až středně závažnou úroveň úzkosti. Ve vzorku byl neúměrný počet žen; to může být dobré pro jednotlivce, kteří hledají psychoterapii na univerzitní klinice. Nicméně, úsilí musí být více zaměřeno na zlepšení velikosti vzorku a jeho rozšíření tak, aby zahrnovalo různá klinická

nastavení, to znamená, lůžkových a jiných ambulantních zařízení a zkoumání dopadu charakteristik pacienta.

Bez ohledu na tato omezení se jedná o jednu z prvních léčebných studií, která zkoumá interakci mezi psychodynamickými a kognitivními technikami v kontextu spojenectví. Naše zjištění patří mezi první, která v rámci většího psychodynamického modelu na počátku léčby vytáhla na světlo asimilaci některých technik CB.