

Psychiatria i Psychoterapia 2010, Tom 6, Nr 1: s.3-10.

Jerzy W. Aleksandrowicz

**KILKA UWAG O PROCESACH INTEGRACJI TEORII PSYCHOTERAPII  
(ARTYKUŁ REDAKCYJNY)**

**SOME REMARKS ON PROCESSES OF INTEGRATION OF PSYCHOTHERAPY  
THEORIES (EDITORIAL)**

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika Katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

**Streszczenie**

Liczne i sprzeczne teorie psychoterapii, oraz ich sugerowana równoprawność, powodują pewną dezorientację zarówno wśród badaczy jak i wśród psychoterapeutów klinicystów. Autor niniejszego tekstu proponuje próbę uleczenia tej sytuacji przez oddzielenie psychoterapii (zorientowanej na leczenie zaburzeń) od oddziaływań typu pomocy psychospołecznej i udzielania wsparcia.

**Summary**

Numerous and contrasted psychotherapy theories, and their suggested equality, make researchers as well as psychotherapy practitioners a bit disoriented. An attempt to cure this situation with separation of psychotherapy (as oriented on treatment of disorders) from psychological help or support is proposed by an author of this paper.

Słowa klucze: integracja psychoterapii, teorie psychoterapii, podejścia teoretyczne, werdykt Ptaka Dodo

Keywords: psychotherapy integration, psychotherapy theories, theoretical approaches, Dodo Bird verdict

Trudno zliczyć istniejące teorie psychoterapii, jest ich co najmniej kilkadziesiąt, jeśli nie kilkaset. Większość z nich to rozmaite pochodne psychoanalizy lub teorii uczenia społecznego. Na ogół koncentrują się w większej mierze na wyjaśnianiu procesów psychicznych i dróg rozwoju psychiki, niż okoliczności zakłócających te procesy. Z tego względu są nieraz bliższe psychologii i teorii edukacji, niż medycynie. Najczęściej znajdują zastosowanie w zmniejszaniu niezadowolenia podmiotu z siebie samego, umożliwianiu lepszemu poznaniu swojego przeżywania i jego motywów, podwyższaniu samooceny, uzyskiwaniu większej sprawności interpersonalnej itp., ale są także szeroko wykorzystywane w usuwaniu zaburzeń zdrowia psychicznego. Wprawdzie często okazuje się, że ich efekty w tym zakresie sprowadzają się jedynie do poprawy samopoczucia, na ogół tylko przejściowej i prawdopodobnie będącej wyrazem działania „niespecyficznych czynników leczniczych” [1], stały się jednak integralną częścią psychiatrii. Psychoterapia usytuowała się więc na pograniczu psychologii i medycyny, antropologii, socjologii i filozofii, w różnym stopniu obecnych w tych cząstkowych koncepcjach teoretycznych.

Zazwyczaj teorie te były traktowane przez swoich zwolenników jako jedynie trafne, całkowicie wystarczające i konkurencyjne wobec pozostałych sposobów rozumienia człowieka i dysfunkcji przeżywania. Powodowało to nieraz burzliwe spory, chociaż

najczęściej prowadziło do wzajemnego, podbarwionego lekceważeniem, wzajemnego „tolerancyjnego ignorowania”. Dotyczyło to zarówno koncepcji uznawanych za marginalne, jak i „wielkich teorii” (psychoanalizy czy poznawczo-behawioralnej). Relacje między szkołami psychoterapii zmieniły się jednak diametralnie w drugiej połowie XX wieku. Pojawił się i stał się niemal obowiązujący pogląd o ich równowartości, a nawet komplementarności.

Mimo wielu starań o naukowe uzasadnienie przynajmniej najważniejszych koncepcji teoretycznych trudno uznać, że stały się one teoriami naukowymi. Żadna z nich nie oferuje systemu specyficznych dla psychoterapii, jasno zdefiniowanych pojęć i zespołu logicznie spójnych, intersubiektywnie komunikowalnych, falsyfikowalnych twierdzeń, spełniającego kryteria naukowości. Skłaniało to do uznawania psychoterapii za sztukę lub za praktyczną umiejętność, technologię. Pojawiło się więc oczekiwanie, że kryteria naukowości spełni dopiero integracyjna, „ogólna” teoria psychoterapii.

Wielu psychoterapeutów dostrzega konieczność stworzenia takiej teorii, integrującej wiedzę zgromadzoną w ciągu ponad stu lat obserwacji i zawartą w rozmaitych „częstkowych podejściach teoretycznych”. Chyba prawie każde z nich wnosi jakieś oryginalne i wartościowe spostrzeżenia, może być użytecznym elementem takiej syntezy. Dążenie do jej stworzenia jest zresztą zgodne z opisami rozwoju wszelkiej wiedzy naukowej [2], rozwoju przebiegającego poprzez opozycje konkurujących ze sobą sposobów wyjaśniania rzeczywistości, prowadzące do powstania ogólniejszych, integrujących je teorii, skądinąd napotykaną po jakimś czasie na kolejny – bardziej lub mniej sprzeczny z nią – system twierdzeń<sup>1</sup>. Jednak, mimo coraz większej popularności „podejścia integracyjnego”, do tej pory nie powiodło się stworzenie takiego systemu który stanowiłby syntezę tych częściowych teorii, a zarazem spełniałby kryteria nauki.

Dążenie do integracji teorii, na których opiera się praktyka psychoterapii, ma swój początek jeszcze w latach 30-tych ubiegłego wieku, kiedy to podejmowano próby odnalezienia wspólnych elementów poglądów Freuda i Pawłowa (np. French, Sears). Od tej pory pojawiały się co jakiś czas propozycje łączenia przynajmniej kilku spośród wielu istniejących teorii. Chyba pierwszą powszechniej znaną była próba połączenia psychoanalizy, teorii uczenia się (Pawłowa, Thorndike i Hulla) oraz wiedzy o społeczeństwie, podjęta w połowie XX wieku przez Dollarda i Millera [3]. Opierała się ona na spostrzeżeniu, że różne, właściwe tym podejściom określenia opisują te same zjawiska (np. zasada wzmocnienia i zasada przyjemności, wyparcie i zahamowanie reakcji sygnałotwórczych). Kolejne próby integracji konkurujących z sobą teorii również często sprowadzały się do tworzenia „wspólnego języka” (np. kognitywno-analityczne podejście Ryle’a [4]), czasem opierały się na poszukiwaniu wspólnych elementów i tworzeniu wokół tych elementów systemu pojęć, mającego zastąpić istniejące koncepcje. Ale chyba najpowszechniejszy stał się eklektyzm [5], często sprowadzający się do integracji psychoterapii na „poziomie techniczne”.

Pojawiały się także próby konstrukcji nowych teorii, budowanych wokół dotychczas niedostrzeganych lub niedocenianych czynników działających w psychoterapii – np. tych „niespecyficznych”, obecnych w każdym akcie uzdrawiania [1] i analogicznych „czynników leczących” w grupie terapeutycznej [6], wokół znaczenia relacji terapeutycznej, specyfiki

---

<sup>1</sup> w rozumieniu zaproponowanym przez T. Kuhna, nauka to system zdań opisowych, opartych na obserwacji, tworzących ustrukturowaną całość i uzyskujących dzięki temu nową jakość – wiedzę, pozwalającą na opisanie świata, umożliwiającą dokonywanie operacji na rzeczywistości i przewidywanie skutków tych operacji. Kolejne teorie są zastępowane przez nowe, nauka jest systemem dynamicznym. Natomiast sztuka jest działaniem mającym na celu tworzenie trwałych i niezmiennych wartości estetycznych, zbiorem nie powiązanych elementów, równoprawnie współistniejących i niewymagających weryfikacji. Umiejętności, techniki, to procedury oddziaływania (takie jak „techniki psychoterapeutyczne”), nie związane bezpośrednio z teoriami.

procesów zachodzących w toku psychoterapii, mechanizmów zachodzenia zmian [7, 8] itp. Żadna z tych koncepcji nie stała się jednak powszechnie akceptowaną podstawą praktyki psychoterapeutycznej, nie zastąpiła mnogości istniejących teorii i związanych z nimi „szkół”.

Podtrzymywane wciąż przekonanie o zasadności istnienia wielu teorii psychoterapii wiąże się z pytaniem o to, które z nich mogą być użyteczne w jakich sytuacjach (a raczej: w jakich zaburzeniach), inaczej mówiąc – „co dla kogo” [9]. Między innymi, pod koniec XX wieku doszło do określenia listy 22 wartościowych procedur i podejść psychoterapeutycznych oraz do pojawienia się twierdzeń o celowości posługiwania się np. podejściem behawioralno-poznawczym w leczeniu fobii czy depresji, podejściem psychodynamicznym (psychoanalitycznym) w leczeniu zaburzeń typu „borderline” itp. W praktyce terapeutycznej wartość tych dyrektyw okazała się jednak ograniczona. W USA i w Kanadzie zaobserwowano nawet wyraźne zmniejszanie się zainteresowania poznawaniem tych rekomendowanych „modalności” i rezygnowanie z posługiwania się nimi zgodnie z powyższymi wskazaniem [10].

Coraz powszechniejsza krytyka zasadności tych podejść dotyczy zarówno ograniczonego związku twierdzeń teorii z istotą zaburzeń, których leczeniu miałyby służyć, jak i zniekształcania obrazu rzeczywistości powodowanego przez posługiwanie się ich pojęciami. To ostatnie wynika z niedostrzegania w procesie diagnostycznym i pomijania w leczeniu tego wszystkiego, co nie przystaje do danego systemu pojęciowego; „przykrawanie pacjenta do twierdzeń teorii”. Zasadność takich wątpliwości znajduje swoje potwierdzenie w spostrzeżeniu, że doświadczeni psychoterapeuci posługują się hipotezami i procedurami właściwymi rozmaitym podejściom, kierując się raczej okolicznościami wynikającymi ze specyfiki zakłóceń przeżywania pacjenta oraz przebiegiem procesu psychoterapii, niż założeniami teoretycznymi.

Mimo to przekonanie, że wystarcza gruntowne zapoznanie się z tylko jedną z „modalności”, jest wciąż obecne i nawet chyba dominujące w środowisku psychoterapeutów. Opór przed rezygnacją z częściowych teorii jest zresztą zrozumiałym zjawiskiem, opisywanym przez Kuhna i związanym z ewolucją wiedzy [2]. Skądinąd, zapewne nie bez znaczenia są tu także żywotne potrzeby samych psychoterapeutów – np. uzyskiwania poczucia bezpieczeństwa w możliwości odwoływania się do autorytetu teorii, oparcia w prestiżu szkoły i przywódców ruchu, w przynależności do grupy osób podzielających ich poglądy i proponującej jasno określone standardy uprawiania praktyki psychoterapeutycznej itp. Poza tym, rzetelne wykształcenie adeptów psychoterapii w wielu różnych podejściach, a zwłaszcza opanowanie związanych z nimi umiejętności, byłoby trudne i długotrwałe. Znacznie praktyczniejsze i wygodniejsze jest więc uznanie, że wszystkie istniejące kierunki są równoważące i że gruntowne szkolenie w którymkolwiek z nich zapewnia wystarczające kompetencje psychoterapeuty.

Należałoby oczekiwać, że współczesne dążenie do nadania psychoterapii rangi samodzielnego zawodu i szczególnej dyscypliny wiedzy, odrębnej od medycyny i psychologii, będzie stymulować powstanie teorii integrującej istniejące podejścia, uzasadniającej tą odrębność. Stało się jednak przeciwnie. Założenie równej wartości wszystkich modalności spowodowało „podejście integracyjne” do roli jednej z wielu opcji. Tak więc, cokolwiek by sądzić o merytorycznej zasadności tych usiłowań doprowadzenia do emancypacji psychoterapii, okazało się, że ich praktyczna realizacja nie sprzyja integracji wiedzy psychoterapeutycznej i nadaniu jej charakteru odrębnej nauki. Posługiwanie się określeniem „psychoterapia” w liczbie pojedynczej jest więc chyba tylko wyrazem myślenia życzeniowego.

Nie bagatelizując roli rozmaitych czynników, przeszkadzających w budowaniu naukowo uzasadnionej, syntetycznej teorii wydaje się, że główną przyczyną dotychczasowych

niepowodzeń podejścia integracyjnego jest fundamentalna różnica między dwoma obszarami rzeczywistości, będących przedmiotem psychoterapii.

Jednym z tych obszarów jest kształtowanie się psychiki i osobowości człowieka, procesy prowadzące do powstania prawidłowego (a przynajmniej uznawanego za taki w ramach danej kultury) funkcjonowania jednostek. Jest to głównym przedmiotem większości „cząstkowych” teorii psychoterapii. Co prawda odchylenia od – uznawanego za prawidłowy – przebiegu tych procesów są uznawane nie tylko za przyczynę powstawania trudności i problemów jednostki, ale także za powód zaburzeń zdrowia psychicznego, psychopatologia jest jednak traktowana bardziej lub mniej marginalnie. Niektóre z nich – np. koncepcje określane jako „humanistyczne” – stanowią w gruncie rzeczy zbiór postulatów, mających zapewnić życie godne i szczęśliwe, jeszcze inne zajmują się opisem zachowań, umożliwiających skuteczne działanie (np. w interakcjach społecznych) itp. Podstawowym sposobem wykorzystywania tej grupy podejść teoretycznych jest pomaganie osobom, których cierpienie jest związane z tym, „jacy są” lub z tym, co przydarzyło im się w życiu (a nie z powodu zaburzeń życia psychicznego). Taka pomoc odwołuje się do filozofii człowieka, do twierdzeń o naturze ludzkiej, do teorii antropologicznych oraz do teorii funkcjonowania jednostki, zwłaszcza funkcjonowania społecznego. Przykładem może być podejście egzystencjalne, próbujące m in. konceptualizować troski człowieka związane z istnieniem [11] i pomagać w radzeniu sobie z nimi, ale także psychoanaliza, stwarzająca przede wszystkim możliwości poznania i zrozumienia siebie. Jednak ważnym fragmentem tej ostatniej jest także specyficzna psychopatologia, co przyczynia się do przekonania o użyteczności psychoterapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń zdrowia.

Drugim obszarem rzeczywistości, będącym przedmiotem teorii psychoterapii jest psychopatologia, mechanizmy i przyczyny zaburzeń przeżywania oraz sposoby modyfikacji (leczenia) tych zaburzeń. Tylko w niewielu podejściach teoretycznych (takich, jak rozmaite odmiany CBT) znajduje się to w centrum rozważań. Ale niezależnie od tego, czy twierdzenia dotyczące psychopatologii są bardziej, czy mniej rozbudowaną częścią danej teorii, opisują one inne zjawiska, niż twierdzenia dotyczące prawidłowego funkcjonowania psychiki i okoliczności związanych z jej rozwojem.

Z różnic między tymi obszarami rzeczywistości wynikają także istotne odmienności zasad działania osób, pomagających ludziom w trudnych sytuacjach: niezadowolenia z siebie, nie radzących sobie z okolicznościami przekraczającymi ich dotychczasowe doświadczenia, możliwości skutecznego radzenia sobie (także z przewlekłymi chorobami i uciążliwościami ich leczenia) itp. od zasad, sterujących działaniami osób podejmujących zadanie leczenia zaburzeń zdrowia, w których istotnym elementem etiopatogenezy są zaburzenia przeżywania.

Pomaganie sprowadza się do dostarczania „klientowi” tego, czego oczekuje, a nie tego, co chciałby mu dać ten, kto udziela pomocy. Terapeuta musi się pogodzić z tym, że jego wiedza teoretyczna i doświadczenie życiowe nie stanowią podstawy do wyrokowania, co potrzebne jest klientowi – natomiast klient dysponuje wszystkimi niezbędnymi informacjami (choć często o tym nie wie). Często zresztą osoba, chwilowo z jakiegoś powodu bezradna, dysponuje potencjałem umożliwiającym poradzenie sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi lub wytworzenia nowych mechanizmów radzenia sobie. Pomoc powinna polegać wówczas przede wszystkim na stymulacji tego potencjału. Pomagający powinien jedynie ułatwiać odślonięcie i uświadomienie sobie okoliczności, powodujących przejściową bezradność osoby zwracającej się o pomoc, przeszkód w wykorzystywaniu swoich możliwości itp. i nie może uzurpować sobie prawa do decydowania, co dla tej osoby byłoby najlepsze. Tylko w pewnych szczególnych formach pomocy, takich jak psychoedukacja, pomagający może coś „wiedzieć lepiej” – informować o istocie choroby, o użytecznych zachowaniach prozdrowotnych itp.

Natomiast leczenie wymaga od psychoterapeuty przede wszystkim odwoływania się do wiedzy o zaburzeniach zdrowia – patologii, kierowania się tą wiedzą, a nie wyobrażeniami pacjenta o tym, co mu jest potrzebne (często zresztą wynikającymi z jego zaburzeń). Oczywiście, terapeuta powinien dążyć do uzgodnienia z chorym celów leczenia i sposobów ich osiągnięcia („kontrakt”), jednak to on, a nie pacjent, ma decydować o tym, co jest potrzebne by uzyskać zdrowie. Chory – zwłaszcza osoba z zaburzeniami nerwicowymi – na ogół nie ma możliwości dostrzeżenia istotnych okoliczności i przyczyn swojej choroby, zarówno ze względu na brak niezbędnych informacji, jak i na procesy unieświadomiania. Nie jest w stanie samodzielnie dostrzec natury dysfunkcji, nazwać jej, a tym bardziej usunąć swoimi własnymi siłami. Jest skazany na korzystanie z fachowej wiedzy kompetentnego psychoterapeuty, dysponującego wiedzą o istocie zaburzeń i umiejętnościach ich usuwania.

Mimo zasadniczej odmienności sytuacji pomagania i leczenia, psychoterapię traktuje się tak, jakby jej przedmiotem był tylko jeden obszar rzeczywistości. Wiąże się to przekonaniem o continuum zdrowia i choroby, mocno zakotwiczonym w naszych schematach poznawczych i dodatkowo umocowanym w „definicji zdrowia” (WHO) oraz z trudnościami zastąpienia XIX-wiecznego modelu „jednostek chorobowych” jakimś lepszym, uwzględniającym współczesną wiedzę o złożoności i różnorodności uwarunkowań zaburzeń zdrowia. Źródłem rozmycia granic między zaburzeniem przeżywania a zdrowiem można doszukiwać się także w twierdzeniu, że wszyscy „normalni ludzie” mają neurotyczną strukturę osobowości. Przyjęcie takiego założenia uzasadnia aplikowanie analogicznych oddziaływań w przypadku leczenia zaburzeń nerwicowych i w sytuacji pomagania osobom, nie mającym takich zaburzeń. Nie bez znaczenia wydaje się także funkcjonowanie w języku metafor takich, jak „chore społeczeństwo”, „chora rodzina” itp. – dodatkowo rozmywających pojęcie „choroby” i sugerujących, że oznacza ono jakąkolwiek dysfunkcję dowolnego systemu. Wszystko to skłania do uznania wszelakich działań zmniejszających jakiegokolwiek dysfunkcje, niezależnie od tego, co jest przyczyną niesprawności, za mające identyczną jakość – za „psychoterapię”.

Odróżnianie pomagania od leczenia jest uzasadnione tylko wtedy, gdy postawimy wyraźną granicę między dysfunkcjami wynikającymi z zaburzeń zdrowia, a „problemami” osób, nie mających zakłóceń funkcji psychicznych. Wydaje się oczywiste, że ich problemy – takie jak poczucie niepowodzenia w realizacji celów życiowych, brak umiejętności radzenia sobie w relacjach interpersonalnych, konieczność zmiany nawyków żywieniowych itp. czy nawet konieczność poradzenia sobie z utratą kogoś bliskiego – nie mają wymiaru choroby; natomiast np. ataki paniki, życie w świecie urojeniowym czy dolegliwości narządowe wyrażające nieświadomiony konflikt psychiczny, a także „specyficzne zaburzenia osobowości” itp. są zaburzeniami zdrowia<sup>2</sup>.

Nie ma tu miejsca na głębsze rozważanie tych okoliczności. Można jedynie wskazywać na bezzasadność rezygnacji z dostrzegania jakościowej odmienności stanu choroby jednostki od jej zdrowia i bezzasadność schematu poznawczego, wyrażającego się w koncepcji „continuum” zdrowia i choroby. Koncepcja ta utrudnia dostrzeganie odmienności rozmaitych rodzajów pomagania oddziaływaniami psychospołecznymi od psychoterapii, będącej leczeniem.

Być może przede wszystkim z powodu niedostrzegania odmienności pomagania i leczenia nie udało się zbudowanie integracyjnej teorii, opisującej i wyjaśniającej wszelkie

---

<sup>2</sup> Uznanie zakłócenia funkcjonowania jednostki za chorobę jest oczywiście osadzone w kontekście społecznym i kulturowym. Nie wynika jednak z tego, że akt takiego uznania jest wyłącznie woluntarystyczną decyzją, jak to wyobrażał sobie nurt antypsychiatryczny. To prawda, że chorym jest ten, którego społeczeństwo uważa za chorego, ale nie należy zapominać o przyczynach zakwalifikowania jednostki do podgrupy „chorych”, a nie np. „opętanych przez demony”. Decyduje o tym stan wiedzy, zwłaszcza medycznej, jaka dysponują członkowie tej społeczności.

działania określane jako „psychoterapia”. Zbudowania spójnego zespołu twierdzeń, adekwatnego do obu tych obszarów, wspólnej teorii tak odmiennych oddziaływań, wydaje się nierealistycznym zamiarem [12, 13]. Coraz powszechniejsze jest przekonanie, że inną musi być ogólna teoria oddziaływań, mających charakter pomagania, przede wszystkim zdrowym, ale także chorym ludziom (tym drugim – w radzeniu sobie z sytuacją choroby i jej leczenia), a zupełnie inną teorią, opisującą i wyjaśniającą oddziaływania, których celem jest usuwanie „psychogennych” zaburzeń zdrowia, zarówno tych które przejawiają się zakłóceniami procesów psychicznych jak i tych, w których dominują dysfunkcje somatyczne.

Integracja wiedzy o sposobach pomagania osobom, które z rozmaitych przyczyn nie radzą sobie bez profesjonalnych oddziaływań psychospołecznych i tworzenie spójnej, naukowo uzasadnionej teorii takich oddziaływań, w gruncie rzeczy wydaje się procesem już znacznie zaawansowanym. Wiedza ta jest bliższa naukom humanistycznym (zwłaszcza psychologii, antropologii i socjologii), niż medycynie i nie jest ograniczana niedostatkami psychopatologii. Szczególnie obiecującym kierunkiem tworzenia takiej teorii wydaje się określanie warunków i reguł, sterujących zachodzeniem zmian w przeżywaniu, a współczesne „integracyjne” podejścia teoretyczne, takie jak np. „transteoretyczna” propozycja Prohaski i Norcrossa [7], okazują się adekwatne bardziej do wyjaśniania procesów skutecznego udzielania pomocy osobom chcącym porzucić palenie tytoniu, poradzić sobie ze swoją złością itp., niż w usuwaniu zaburzeń zdrowia.

Natomiast stworzenie spójnej teorii psychoterapii mającej charakter leczenia wydaje się znacznie trudniejsze<sup>3</sup>. Podstawowym warunkiem wydaje się sformułowanie odpowiedzi na pytanie: jeśli leczenie, to właściwie czego? Bo chyba nie „zaburzeń” w rozumieniu klasyfikacji ICD-10 czy DSM? Kategorie diagnostyczne (a właściwie statystyczne) proponowane przez te klasyfikacje to przecież sztuczne konstrukty, w których nie mieszczą się rzeczywiste, obserwowane u chorych, zaburzenia zdrowia. Nieadekwatność tej psychopatologii do rzeczywistości zaburzeń (zwłaszcza nerwicowych) jest zresztą chyba głównym powodem ograniczonej wartości wszystkich dotychczasowych prób określania naukowych podstaw psychoterapii, które w ogromnej większości sprowadzają się do oceny skuteczności działań, mających na celu usuwanie zaburzeń zdrowia.

Spśród różnych sposobów określania prawdziwości twierdzeń teorii, największym zaufaniem obdarza się obecnie określanie skutków postępowania zgodnego z dyrektywami, wynikającymi z tej teorii („pragmatyczne kryterium prawdy”). Trudność, na jaką napotyka zastosowanie tego kryterium do sprawdzania trafności podejść psychoterapeutycznych, wynika przede wszystkim z niejednorodności grup pacjentów, leczonych z powodu pozornie identycznego zaburzenia (drugim, nie mniej ważnym powodem, są różnice pozornie identycznych sposobów oddziaływania).

Nawet jeśli wspólnym mianownikiem dla grupy leczonych osób nie jest diagnoza sformułowana w języku mało trafnych kategorii diagnostycznych, tylko jakaś jedna cecha lub objaw zaburzenia – np. występowanie myśli natrętnych – indywidualne różnice specyfiki i mechanizmów schorzenia sprawiają, że taki zbiór chorych nadal nie jest jednolitym materiałem badawczym. Każdy pacjent choruje inaczej i różnice między nimi – nawet przy bardzo podobnym zespole objawowym – są istotniejsze od analogii obrazu zaburzeń. Te same objawy wyrażają różne zakłócenia przeżywania, a specyfika znaczenia objawu kryje się raczej w kontekstach, w jakich ten objaw się pojawia, niż w samym rodzaju dysfunkcji. Dlatego każdy pacjent wymaga indywidualnego dookreślenia swoistej psychopatologii, a praktyka psychoterapii wymaga indywidualizacji sposobu rozumienia pacjenta i inwencji w określaniu, na czym ma polegać skuteczne usuwanie jego choroby.

---

<sup>3</sup> Najbliższe takiej teorii wydają się koncepcje poznawczo-behawioralne.

Także rodzaj psychoterapii, którego trafność (skuteczność) jest przedmiotem oceny, jest – mimo odwoływania się do tego samego podejścia teoretycznego – niejednorodnym zbiorem rozmaitych oddziaływań. Na przykład wielość wariantów psychoterapii opartych o założenia kognitywno-behawioralne sprawia, że określenie „CBT” nie informuje o tym, czy były to procedury przede wszystkim poznawcze, czy też behawioralne, czy zajmowano się raczej przekonaniem pacjenta, czy nieświadomymi konstruktami poznawczymi itp. Odmienność oddziaływań określaną taką samą etykietą potęgują indywidualne różnice funkcjonowania psychoterapeutów, z których każdy nieco inaczej rozumie i stosuje założenia teorii, jaką się posługuje. Tych różnic nie mogą zniwelować żadne szczegółowe przepisy, standardy czy „manuale”. Na całe szczęście zresztą, gdyż ściśle stosowanie się do takich instrukcji, uniemożliwiające elastyczne i realistyczne zachowanie psychoterapeuty, byłoby gwarantem niepowodzenia.

Tak więc, oceny naukowych podstaw psychoterapii przypominają rozwiązywanie równania, w którym występują co najmniej dwie niewiadome. Ale ponadto, niezmiernie wątpliwa jest sama metodologia takich poszukiwań.

W badaniach efektywności psychoterapii dominuje tendencja do posługiwania się jednakowymi narzędziami oceny, niezależnie od rodzaju leczonych zaburzeń. Niewątpliwie, stoi za tym zasadne dążenie do uzyskania porównywalności wyników, w konsekwencji jednak nie można się dowiedzieć niczego naprawdę istotnego o zmianach stanu choroby.

Chyba najczęściej stosuje się pomiary nasilenia objawów – narzędziami takimi jak np. SCL-90. Nasilenie to, jak wiadomo, jest zależne od rozmaitych okoliczności, a jego zmniejszenie często bywa skutkiem działania niespecyficznych czynników leczniczych i efektu placebo, zaspokajania „neurotycznych potrzeb” (będącego w gruncie rzeczy nasileniem zaburzenia) itp. Nieobecność zewnętrznych przejawów zaburzenia nie oznacza automatycznie jego ustąpienia; stosowanie tego kryterium efektywności leczenia budzi więc wiele wątpliwości, nawet w przypadku wielokrotnego powtarzania pomiarów i sprawdzania stanu zdrowia przez wiele lat po terapii.

Równie mało miarodajne jest stosowanie narzędzi, mierzących zmienne „ogólne” – takie jak sprawność funkcjonowania jednostki czy satysfakcja z życia. Są to oczywiście niezmiernie ważne okoliczności, jednak o poprawie w tych zakresach decyduje bardzo wiele różnych czynników, nie tylko stan zdrowia. W przypadku odwoływania się do oceny tych zmian dokonywanej przez pacjentów, podobnie zresztą jak w przypadku korzystania z ocen dokonywanych przez psychoterapeutów lub „kompetentnych sędziów”, wartość tych informacji jest dodatkowo ograniczona subiektywizmem i niezmiernie wątpliwa.

I wreszcie: oparta na statystycznej istotności różnicy średnich ocena efektywności psychoterapii nie jest przekonująca, zwłaszcza w przypadku metaanaliz, nie opierających się na bezpośredniej ocenie nieprzetworzonych jeszcze „twardych” danych<sup>4</sup>. Nadmierne zaufanie do informacji wynikających z procedur statystycznych – mogących być przecież jedynie wskazówką kierunku szczegółowych poszukiwań, a nie podstawą ostatecznych twierdzeń – prowadzi np. do błędnego wniosku o podobnej skuteczności wszelkich rodzajów psychoterapii i nadmierne optymistycznych przeświadczeń o naukowym uzasadnieniu takich oddziaływań, w wyniku których tylko niewielki odsetek leczonej populacji – np. 40% – byle tylko statystycznie istotnie większy, niż w grupie kontrolnej uzyskuje znaczące, skądinąd rozmaicie rozumiane korzyści. O tym, że – ze względu na labilność nasilenia objawów – wątpliwe jest uznanie za efektywne procedur, w wyniku których nawet 80-85% populacji uzyskuje jakiś stopień poprawy objawowej, była już powyżej mowa.

---

<sup>4</sup> Warto przypomnieć o nieporozumieniach związanych z jedną z pierwszych metaanaliz, opublikowaną w 1952 roku przez Eysencka.

Wydaje się, że pragmatyczne sprawdzanie skuteczności leczenia (a za tym uzyskiwanie naukowych dowodów na zasadność teorii, do których się odwołuje) wymaga gruntownej modyfikacji aktualnej metodologii badań, przede wszystkim zupełnie innego określania celów i sposobów pomiaru. Często zapomina się o tym, że ocena efektów leczenia wymaga stosowania narzędzi mierzących to, co – przy aktualnym stanie wiedzy psychopatologicznej (mimo wszystkich zastrzeżeń odnośnie tego stanu) – wydaje się specyficzne dla danego zaburzenia. Inne więc muszą być parametry zmiany i kryteria skuteczności w przypadku leczenia zaburzeń nerwicowych niż schizofrenii, zaburzenia afektywnego, zaburzeń osobowości itd. Oczywiście jeszcze inne, nie związane z aktualnym stanem psychopatologii, muszą być sposoby oceny skuteczności udzielania pomocy.

Podobnie w konstruowaniu naukowo uzasadnionych teorii psychoterapii: wiodący powinien być wymóg trafności (a nie tylko wewnętrzna spójność) zespołu twierdzeń, składających się na tę teorię oraz zasada adekwatności oddziaływań leczniczych do specyfiki zakłóceń procesów psychicznych, dostrzeganych u pacjentów [11,12,14].

Przed wszystkim jednak, budowanie teorii integracyjnych adekwatnych do każdego z tych dwóch zakresów oddziaływania, wymaga rezygnacji z podtrzymywania i utrwalania schematów poznawczych proponowanych przez istniejące, cząstkowe teorie. Budzi to skądinąd zrozumiałe sprzeczności co sprawia, że trudno spodziewać się szybkiego doprowadzenia do integracji tej wielości cząstkowych teorii psychoterapii i uzyskania miarodajnej oceny naukowej zasadności (trafności) którejkolwiek z nich.

Coraz częściej jednak pojawiają się opinie, że to sama rzeczywistość wymusi rezygnację z paradygmatów, dotychczas przyjmowanych za oczywiste. Odróżnienie psychoterapii mającej służyć usuwaniu zaburzeń zdrowia od działań, mających charakter pomocy psychospołecznej wydaje się pierwszym – i chyba decydującym – krokiem w tym kierunku.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. med. Jerzy W. Aleksandrowicz

[mzaleksa@cyf-kr.edu.pl](mailto:mzaleksa@cyf-kr.edu.pl)

Katedra Psychoterapii UJ CM

ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków

## Piśmiennictwo

1. Frank JD, Frank JB. Perswazja i uzdrawianie. IPZ Warszawa 2005.
2. Kuhn TS. Dwa bieguny. PIW Warszawa 1985.
3. Dollard J, Miller NR. Osobowość i psychoterapia. PWN Warszawa 1967.
4. Ryle A. (ed). Cognitive Analytic Therapy. Wiley & Sons. Chichester etc. 1995.
5. Garfield SL. Psychotherapy. An Eclectic Approach. J Wiley & Sons. New York etc 1980.
6. Yalom ID. The Theory and Practice of Psychotherapy. Basic Books. New York, 1975.
7. Prohaska JO, Norcross JC. Systemy psychoterapeutyczne. IPZ. Warszawa, 2006.
8. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. WN PWN Warszawa 1997.
9. Roth A, Fonagy P. What works for whom? The Guilford Press New York London 1996.
10. Wooly SR, Weisz J, Mc Lean C: Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. The Clinical Psychologist 2005, 58,5, 4-11.
11. Yalom ID. Religia i psychiatria. Paradygmat. Warszawa, 2009.
12. Di Nuovo S. Research in psychotherapy: some thoughts on scientificness. Rivista di Psicologia Clinica, 2007, 1.
13. Aleksandrowicz JW. What psychotherapy is and is not: an essay on redefining of the term. Arch. Psychiatr. Psychot. 2003, 5, (1) 59-68.
14. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia - leczenie czy pomaganie? Wiadomości Psychiatryczne 2005, 8 (3), 175-181.