

PATERNALIZM I DYREKTYWNOŚĆ. POMIĘDZY PSYCHOTERAPIĄ A PORADNICTWEM – PRÓBA PROBLEMATYZACJI POJEĆ I PODEJŚĆ NA PRZYKŁADZIE SOTERII

– Radosław Stupak, Kinga Petryka –

Abstrakt: Głównym celem artykułu jest problematyzacja paternalizmu i dyrektywności w kontekście różnic między psychoterapią a poradnictwem. Często przyjmuje się, że psychoterapia dotyczy zaburzeń psychicznych, poradnictwo zaś kryzysów rozwojowych i innych problemów u osób zdrowych. Przyjęcie takiej perspektywy oraz etyki psychoterapeutycznej jest równoważne z przyjęciem dyskursu interwencji medycznej i wiąże się z traktowaniem pacjenta w sposób paternalizujący i dyrektywny. Jest to problematyczne, gdyż sama kategoria „zaburzeń psychicznych”, jak i kryteria diagnostyczne poszczególnych diagnoz, krytykowane są z wielu różnych pozycji. Przykład Soterii, podejścia terapeutycznego dla osób z diagnozą psychozy lub schizofrenii, pokazuje, że nawet w przypadku takiej „ciężkiej choroby psychicznej” model pomocy bliższy poradnictwu, pozwalający na zachowanie większej autonomii i podmiotowości pacjenta, może być równie – a nawet bardziej – skuteczny niż konwencjonalne podejście medyczne i psychoterapeutyczne operujące w aksjologii medycyny. Artykuł stanowi punkt wyjścia do rozważań dotyczących sformułowania właściwego obszaru zainteresowań poradnictwa i psychoterapii, celów tych interwencji oraz konsekwencji etycznych takich decyzji.

Słowa kluczowe: Soteria, schizofrenia, psychoza, bioetyka, poradnictwo, psychoterapia, psychopatologia, kryzys psychologiczny

Zgłoszono: 30 października 2022

Zaakceptowano: 19 grudnia 2023

Opublikowano online: 10 listopada 2024

Wstęp

Celem niniejszego tekstu jest próba problematyzacji zagadnień paternalizmu i dyrektywności w kontekście rozróżnienia pomiędzy psychoterapią a poradnictwem. Wychodząc od toczącej się niegdyś na łamach czasopisma *Diametros* dyskusji dotyczącej psychoterapii, przyjmujemy, że decyzja, czy do czynienia mamy z psychoterapią czy z poradnictwem uwarunkowana jest stwierdzeniem występowania zaburzenia psychicznego. Rozpoznanie

Radosław Stupak
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie,
Instytut Psychologii
radoslaw.stupak@up.krakow.pl
Kinga Petryka
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Instytut Badań Informacji i Komunikacji

zaburzenia psychicznego zależne jest zaś od obowiązującego społecznie systemu wartości oraz prowadzi do przyjęcia aksjologii medycznej i większego paternalizmu w ramach psychoterapii. Następnie prezentujemy płynące z różnych perspektyw argumenty sugerujące, że sama kategoria zaburzenia psychicznego, jak i możliwość obiektywnego zdiagnozowania zaburzeń u konkretnej osoby, są problematyczne. Krótko omawiamy więc podejście terapeutyczne znane jako Soteria, które, choć dotyczy osób uznawanych za zaburzone psychicznie, bliższe wydaje się praktyce i etyce poradnictwa oraz wykazuje podobną lub wyższą skuteczność od podejścia medycznego. Soteria jest przykładem pozwalającym na zadanie pytania o właściwy sposób odróżnienia psychoterapii i poradnictwa oraz o zakres tych interwencji. Samo rozgraniczenie na psychoterapię i poradnictwo może mieć paternalistyczny charakter i takie też konsekwencje dla praktyki terapeutycznej.

Poradnictwo a psychoterapia

Refleksję na temat paternalizmu i dyrektywności w kontekście celów i zasad poradnictwa psychologicznego można zacząć od próby zdefiniowania samego poradnictwa. Jednym z pierwszych napotykanym problemów jest kwestia odróżnienia poradnictwa od psychoterapii. Dobrym punktem wyjścia do rozważań na ten temat jest tocząca się ongiś na łamach czasopisma *Diametros* debata¹. Wzięło w niej udział wiele szanowanych w środowisku psychologicznym, psychiatrycznym, psychoterapeutycznym i filozoficznym postaci, a jej przebieg ogniskował się wokół problemów związanych z interesującymi nas tutaj problemami. Debata zaczyna się od tekstu Aleksandrowicza wprowadzającego rozróżnienie na psychoterapię i inne formy pomagania (a więc także poradnictwo):

określenie „psychoterapia” odnosi się jedynie do tych oddziaływań psychospołecznych, których celem jest usunięcie zaburzeń zdrowia, a więc psychoterapii będącej jedną z form leczenia. Odpowiedzi na pytania o funkcję norm i systemów wartości w teorii i praktyce tak rozumianej psychoterapii różnią się – jak to się dalej okaże – od rozmaitych form pomagania, również potocznie nazywanych „psychoterapią”².

Istnieją różne definicje psychoterapii i poradnictwa psychologicznego, co więcej w odróżnianiu ich istnieje wiele niejednoznaczności. Przyjęcie eklektycznej definicji psychoterapii Norcrossa³ definiującego psychoterapię jako:

świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z psychoterapii uznają za pożądany

nie pozwala na odróżnienie psychoterapii od poradnictwa – być może właśnie ze względu na jej wyjątkowo szeroki i eklektyczny charakter. Zgodne jest to zresztą ze stanowi-

¹ Aleksandrowicz et al. (2007).

² Aleksandrowicz (2007).

³ Norcross (1990).

skiem przyjmowanym często przez przedstawicieli poradnictwa/psychoterapii egzystencjalnej czy humanistycznej, którzy to rozróżnienie na psychoterapię i poradnictwo, jak i medyczny charakter psychoterapii, kontestują⁴. Wyjaśnienia wymaga też definicja „metod klinicznych”, o których mowa powyżej, chyba że przyjmiemy po prostu, że „metoda kliniczna” to taka metoda, która stosowana jest w kontekście kliniki/klinicznym, co i tak zbliża nas do myślenia w kategoriach medycznych i „leczenia”. Ponadto, w tak szerokiej definicji mieści się cały szereg różnego rodzaju oddziaływań, od treningów umiejętności interpersonalnych (np. asertywności), czy umiejętności życiowych, przez psychoedukację aż po samo poradnictwo właśnie. Jeśli zaś kwestię „metod klinicznych” rozwiążemy jakoś inaczej lub ją pominiemy, to psychoterapią moglibyśmy również nazwać coaching, wszelkiego rodzaju szkolenia, a nawet przemówienia motywacyjne, czy wręcz, opierające się na ustaleniach i metodach psychologii, kampanie społeczne lub marketingowe (jeśli uznamy, że ich kierunek odbiorcy uznają za pożądany, co w przypadku przynajmniej części z nich zapewne byłoby prawdą, to w wypadku tych osób spełniona zostałaby taka definicja psychoterapii).

Publikacje często łączą zagadnienia psychoterapii i poradnictwa nawet w tytułach, choć nierzadko opisują pomaganie osobom ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi. Funkcjonuje też pojęcie „poradnictwa terapeutycznego”. Zgodnie z tym, co podaje Aleksandrowicz, przyjmuje się jednak dość powszechnie, nawet jeśli jest to podejście kontestowane, że poradnictwo opisać można jako pomoc osobom doświadczającym kryzysów w realizacji zadań życiowych lub kryzysów rozwojowych, natomiast psychoterapia jest metodą leczenia osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego⁵. Przyjęte niedawno zmiany w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego definiują więc psychoterapię jako „celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi”⁶, tu także przyjmując „zaburzenia psychiczne” jako warunek konieczny psychoterapii.

Gdybyśmy chcieli psychoterapię od poradnictwa (i innych opartych na wiedzy psychologicznej oddziaływań) odróżnić, kluczowa staje się zatem kwestia „zaburzeń zdrowia psychicznego”. Jednak, jak dalej pisze Aleksandrowicz, to etyka decyduje o tym, co jest zdrowiem psychicznym (a co nim nie jest), ostatecznie więc możemy o nim mówić jedynie w odniesieniu do przyjętego systemu wartości. Natomiast „przyjęcie tego systemu przez jakąś grupę społeczną, to zarazem akt władzy i jej źródło”⁷. Jak zwraca uwagę Dobroczyński⁸, trudno w obliczu takiej deklaracji nie przywołać refleksji Foucaulta⁹ dotyczącej m.in. relacji pomiędzy wiedzą a władzą i nie zadać sobie pytania o to, czy i w jakim stopniu psychoterapia staje się wtedy narzędziem sprawowania władzy. Największe kontrowersje we wzmiankowanej dyskusji wzbudził głos Wró-

⁴ Cooper (2017); van Deurzen (2010); Spinelli (1994).

⁵ Czabała (2019); Czabała, Kluczyńska (2015).

⁶ Dz. U. 2023 poz. 1972 – Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

⁷ Aleksandrowicz (2007).

⁸ Dobroczyński (2007).

⁹ Foucault (2003); Foucault (2012a); Foucault (2012b).

bla, oscylujący wokół tych pytań, czyli głębszych filozoficznych źródeł różnych norm i decyzji etycznych oraz ich konsekwencji w indywidualnym i społecznym kontekście terapii i medycyny¹⁰.

Umieszczenie psychoterapii, w przeciwieństwie do poradnictwa, w obszarze etyki medycznej może wiązać się z aspektem paternalistycznej władzy. Jak wskazuje we wspomnianej debacie Morasiewicz¹¹: „(...) pierwotność [etyki medycznej w psychoterapii] staram się podkreślać nie z tytułu, że jestem lekarzem, lecz z tego powodu, że z doświadczenia zawodowego wnoszę o silniejszych normach etycznych, przyjmowanych w obrębie medycyny niż poza nią”. Te rzekomo „silniejsze normy etyczne”, wynikające z umieszczenia psychoterapii w sferze medycyny, stawiają jednak pomagającego w wyjątkowej sytuacji, w której od norm kulturowych, decydujących o tym co jest zaburzeniem, pomagający może ostatecznie abstrahować, jeśli uzna, że służy to zdrowiu (co stanowi swoisty paradoks, skoro owe normy decydują o tym co zdrowiem nie jest). Jak pisze bowiem Aleksandrowicz¹², gdy do czynienia mamy z zaburzeniami psychicznymi, może być tak że: „wiedza lekarza powinna skłaniać go do działań niezgodnych z obowiązującymi normami etycznymi, nawet wówczas, gdy w pełni je akceptuje i kieruje się nimi”. Innymi słowy, wprowadzenie czegoś w obszar oddziaływań medycznych wyłącza podejmowane działania z ogólnie przyjętych norm. Usprawiedliwiać ma to naczelną zasadą etyki medycznej „salus aegroti suprema lex”, a więc uznanie zdrowia za wartość najwyższą, ponad prawem, a może nawet poza dobrem i złem.

Według Aleksandrowicza „[p]sychoterapia, z natury rzeczy, narusza autonomię pacjenta w najbardziej intymnych obszarach. Uprawnieniem do takiej ingerencji jest kierowanie się jego dobrem, a więc naczelną zasadą deontologii (...) Co stanowi owo dobro, zależy jednak od decyzji psychoterapeuty.”¹³ „Owo dobro”, którym kierować ma się psychoterapeuta, to, jak już wiemy – zdrowie. Tak jak określi je psychoterapeuta w odniesieniu do norm kulturowych i preferowanej przez siebie teorii, jak trafnie zauważa Dobroczyński¹⁴. To „dobro” ma więc usprawiedliwiać paternalistyczną władzę.

Kluczowe dla tej dyskusji, która dobrze odzwierciedla także różnego rodzaju inne problemy bioetyczne związane z obszarem psychiatrii, psychoterapii (także szerzej ujętej medycyny)¹⁵, wydają się więc dwie kwestie: jak zdefiniować i określić zdrowie psychiczne lub jego brak rozumiany jako zaburzenie psychiczne i czy na pewno oddziaływania, które wynikają z przyjęcia danej definicji zaburzenia – a więc umieszczające problem w sferze medycyny i psychoterapii, nie zaś poradnictwa psychologicznego – są usprawiedliwione ze względu na ich wyższą „skuteczność”? Pojawia się tu też oczywiście pytanie o to, jak ową „skuteczność” rozumiemy i operacjonalizujemy. Czy chodzi o przywracanie do zdrowia zgodnego z uprzednio przyjętą uwarunkowaną kulturowo definicją? O wyższą jakość i zadowolenie z życia pacjenta? O lepsze pełnienie przez niego różnych ról społecznych i zawodowych? O pozytywne przezwyciężenie kryzysu? To jak

¹⁰ Wróbel (2007).

¹¹ Morasiewicz (2007).

¹² Aleksandrowicz (2007).

¹³ Tamże.

¹⁴ Dobroczyński (2007).

¹⁵ Galewicz (2019).

konceptualizować będziemy skuteczność działań pomocowych, a więc jaki jest cel naszych interwencji, powiązane jest bezpośrednio z odpowiedzią na pytanie czy do czynienia mamy raczej z psychoterapią, czy z poradnictwem – cele poradnictwa zorientowane będą raczej wokół obszarów związanych z funkcjonowaniem społecznym i rozwojem, nadrzędnym celem psychoterapii miałyby być zaś „zdrowie”. Na przykład, McWilliams zwraca uwagę zarówno na problematyczne dla psychoterapii podporządkowanie się, w praktyce klinicznej i badaniach naukowych, myśleniu w kategoriach „redukcji objawów”¹⁶, jak i na szkodliwe aspekty reifikowania medycznych konstruktów (opartych na liście owych objawów, które należy zredukować) z *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* lub *International Classification of Diseases (ICD)*¹⁷.

Jak słusznie w ramach dyskusji w *Diametros* zauważa Prusak¹⁸, choć teorie, metody i techniki stosowane w przypadku poradnictwa i psychoterapii są w dużej mierze tożsame, to jednak uznanie problemu za zaburzenie lub chorobę usprawiedliwiać miałyby większy stopień dopuszczalnej ingerencji, np. działania sprzeczne z systemem wartości pacjenta i modyfikujące go, bez świadomie wyrażonej na to przez pacjenta zgody. Oznacza to więc większy paternalizm, umożliwia większą dyrektywność, a nawet działanie wbrew woli pacjenta. W przeciwieństwie do psychoterapii, w przypadku pomocy psychospołecznej, a więc poradnictwa, problem ten, jak pisze Aleksandrowicz¹⁹, nie występuje i do czynienia mamy ze zgodnością systemów wartości – medyczne wyłączenie terapeuty z obowiązujących powszechnie norm nie znajduje tutaj zastosowania. Na fakt, że teorie i techniki stosowane w poradnictwie i psychoterapii są w dużej mierze tożsame zwracają także uwagę Czabała i Kluczyńska²⁰, autorzy podręcznika poradnictwa. Jedyną istotną różnicą pomiędzy psychoterapią i poradnictwem wydaje się więc kwestia stwierdzenia „zaburzenia” i związane z tym konsekwencje etyczne i praktyczne.

Zaburzenie zdrowia psychicznego

Teza Aleksandrowicza²¹, jakoby kwestia zdrowia psychicznego dała się zredukować do obowiązujących w danym społeczeństwie norm etycznych i kulturowych, może wydawać się tezą zbyt radykalną. Wydawać by się bowiem mogło, że stwierdzenie zaburzenia psychicznego opiera się na obiektywnej medycznej diagnozie identyfikującej biologiczne nieprawidłowości. Jak jednak wskazuje wielu autorów, ani klasyfikacje DSM i/lub ICD, na podstawie których stawia się diagnozy psychiatryczne, ani zawarte w nich kategorie nie są właściwie oparte na nauce (szczególnie rozumianej jako wolnej od uwikłania w wartości i ujmowanej pozytywnie lub też: nauce medycznej jako identyfikującej realnie istniejące oddzielne biologiczne przypadłości)²². Kendler²³, prominentny psychiatra bezpośrednio zaangażowany w tworzenie kilku wersji DSM pisze

¹⁶ McWilliams (2013).

¹⁷ McWilliams (2021).

¹⁸ Prusak (2007).

¹⁹ Aleksandrowicz (2007).

²⁰ Czabała, Kluczyńska (2015).

²¹ Aleksandrowicz (2007).

²² van Os, Guloksuz (2022); Johnstone (2022); Campolonghi, Orrù (2023).

²³ Kendler (2022).

np., że niemożliwe jest zaobserwowanie patofizjologii zaburzeń psychicznych, które pozwoliłoby na określenie ich kluczowych elementów. Dodaje, że założenie, iż kategorie diagnostyczne odpowiadają nawet w przybliżeniu cemukolwiek w rzeczywistości jest nieprawdopodobne (*implausible*), choć utrzymuje równocześnie, że kategorie te są przydatne i należy je stosować i rozwijać. Trafność diagnoz jest więc nieokreślona, a ich rzetelność problematyczna. Np. współczynnik kappa dla depresji według DSM 5 wynosi 0,28, co odpowiada sytuacji, w której dwoje psychiatrów w większości przypadków ma odmienną opinię, a zgadza się co do takiej diagnozy w od 4% do 15% przypadków²⁴. Klasyfikacje DSM i ICD i kategorie w nich zawarte są krytykowane z wielu różnych pozycji, np. psychodynamicznej²⁵, behawioralnej²⁶, ale też biologicznych²⁷ i innych psychiatrycznych i psychologicznych, jak również z perspektyw społecznych, kulturowych i filozoficznych²⁸.

Dlatego też proponuje się współcześnie szereg alternatyw lub przynajmniej uzupełnień dla DSM, takich jak np. *Research Domain Criteria* (RDoC), czy *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP,) które z założenia miałyby większy związek z empirią, wychodząc od danych zamiast od arbitralnych list objawów²⁹. Proponuje się również zastąpienie podejścia kategorialnego podejściem dymensjonalnym (co jednak wydaje się konceptualnie najbliższe obowiązującemu modelowi oraz wiąże się przede wszystkim z problemem ustalenia granicy pomiędzy „normalną wariacją” a „psychopatologią” w obrębie danego wymiaru lub samego „objawu”³⁰ oraz, jak wskazują niektórzy, może paradoksalnie sprawić, że w „spektrum patologii” znajduje się coraz więcej zjawisk)³¹. Istnieją również propozycje kategoryzacji psychodynamicznych (jak np. *Psychodynamic Diagnostic Manual 2* (PDM) i *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD)), czy też konceptualizacje takie jak *Power Threat Meaning Framework*³², sytuujące się dalej od modelu medycznego. Obowiązujące wciąż kategorie DSM i ICD traktowane są jednak często tak, jakby miały odsyłać do realnie istniejących biologicznych nieprawidłowości lub mechanizmów psychologicznych, reifikując tym samym konstrukty teoretyczne.

W sytuacji braku wskaźników biologicznych i biomarkerów³³, które pozwalałyby jednoznacznie i obiektywnie rozróżniać pomiędzy zaburzeniem i jego brakiem w ogóle i u danej osoby, także decyzja o tym, czy do czynienia mamy z „pomaganiem” (a więc np. kryzysem rozwojowym) czy z „leczeniem” (a więc zaburzeniem psychicznym) jest de facto arbitralna. Nawet jeśli uznać, że same kryteria diagnostyczne są do pewnego stopnia „obiektywizowalne” (np. poprzez zastosowanie ustrukturyzowanego wywiadu lub kwestionariuszy) i że można je bezstronnie zastosować w konkretnej sytuacji diagnostycznej czy też terapeutycznej (co również jest wątpliwe, na co uwagę zwracali już

²⁴ Hengartner (2021).

²⁵ McWilliams (2021).

²⁶ Hayes, Hofmann (2020).

²⁷ Lane (2013).

²⁸ Kusters (2020); Garson (2022); Karter (2019); Hacking (1986).

²⁹ Raskin et al. (2022).

³⁰ Kendler, Heckers (2022).

³¹ Pérez-Álvarez, García-Montes (2023).

³² Raskin et al. (2022).

³³ Stupak (2020).

Kępiński³⁴ lub Ingleby³⁵), to same te kryteria w punkcie wyjścia wynikają z arbitralnych decyzji, co przyznają nawet twórcy DSM-III i późniejszych edycji³⁶. Zachar³⁷, autor kilku artykułów na temat prac nad DSM-V, wprost przedstawił proces powstawania, modyfikowania i dodawania kategorii do klasyfikacji jako przedsięwzięcie przede wszystkim polityczne.

Jak zwraca uwagę Charland³⁸, w języku, w którym sformułowane są kryteria diagnostyczne zaburzeń osobowości z tzw. wiązki B, kryją się sądy moralne. Te uwagi można byłoby też, bez większego problemu, zastosować do niemal wszystkich diagnoz zawartych w DSM lub ICD, czy nawet do samych kategorii „choroby” lub „zaburzenia” psychicznego jako takich³⁹. Można próbować argumentować, iż to, że rozpoznajemy zaburzenia posługując się ocenami moralnymi nie wyklucza faktu, że mimo wszystko rozpoznajemy realnie istniejące zaburzenia, a nie tylko dokonujemy sądów moralnych, jak stara się to robić np. Banicki⁴⁰. Jednakże nie rozwiązuje to problemu, skąd w takim razie wiemy, że jest to zaburzenie, a nie po prostu ocena moralna, której w ten sposób nadajemy pozór obiektywnej oceny odnoszącej się do obiektywnej kategorii medycznej. Rozpoznanie to opiera się ostatecznie na subiektywnej ocenie terapeuty lub lekarza w odniesieniu do preferowanej przez nich teorii, wartości i/lub arbitralnych systemach diagnostycznych.

Podobnym torem jak Charland idzie też np. feministyczna krytyka, szczególnie w kontekście tzw. osobowości z pogranicza (*Borderline Personality Disorder*)⁴¹, ale rozszerzając ją też na inne etykiety diagnostyczne oraz wskazując na ich patriarchalne uwarunkowania i funkcje⁴². Również dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości⁴³ stanowi pewnego rodzaju wyzwanie dla możliwości ścisłego rozgraniczenia między zdrowiem a zaburzeniem. Kategoria neuroróżnorodności, np. w kontekście spektrum autyzmu⁴⁴, czy ujęcia opisujące diagnozę ADHD przede wszystkim jako narzędzie utrzymania dyscypliny i wydajności w miejscu pracy lub szkole w ramach kapitalistycznego wyzysku⁴⁵, to jeszcze inne przykłady problemów z systemami diagnostycznymi i ich uwikłaniem w rzeczywistość ekonomiczną i społeczno-kulturową oraz z odróżnieniem zaburzeń psychicznych od zdrowia psychicznego. Skrajnym przykładem problemów etycznych związanych z kategorią zaburzenia psychicznego jest traktowanie homoseksualizmu jako psychopatologii i uznanie, że zadaniem lekarza lub psychoterapeuty jest w związku z tym usunięcie takiej rzekomej patologii i przywrócenie zdrowia⁴⁶.

³⁴ Kępiński (2013).

³⁵ Ingleby (1980).

³⁶ Davies (2013); Lane (2022).

³⁷ Zachar (2019).

³⁸ Charland (2006).

³⁹ Szasz (1961); Martin (2006); Karter (2019).

⁴⁰ Banicki (2018).

⁴¹ Józefik (2022); Shaw, Proctor (2005).

⁴² Taylor (2022).

⁴³ Nowak (2015).

⁴⁴ Hoffman (2019).

⁴⁵ Cohen (2016).

⁴⁶ Carey (2012); Hunte (2020).

Soteria

Powyższe kwestie, a co za tym idzie, rozróżnienie między leczeniem i poradnictwem oraz konsekwencje tego rozróżnienia w kontekście paternalizmu i dyrektywności interwencji terapeutycznych można dobrze przedstawić na przykładzie podejścia terapeutycznego nazywanego Soterią (lub też „domem Soteria”), opracowanego w celu leczenia osób, którym postawiono diagnozę schizofrenii. Samo słowo „leczenie”, szczególnie w kontekście oryginalnej Soterii, może być już tutaj niezupełnie adekwatne, bowiem „schizofrenia” była tam w zasadzie rozumiana jako swojego rodzaju kryzys rozwojowy (związany często z separacją od rodziców)⁴⁷.

Najkrócej mówiąc, Projekt Badawczy Soteria (*Soteria Research Project*) (gr. σωτηρια – „zbawienie, ratunek”), był eksperymentem, w ramach którego, za pomocą różnych skal, porównywano efekty standardowego leczenia szpitalnego osób z diagnozą schizofrenii z leczeniem w przypominającym zwyczajny dom ośrodka nazwanym Soterią, w którym unikano stosowania neuroleptyków. Ośrodek funkcjonował od 1971 do 1983 roku. Inicjatorem badania i jego kierownikiem był Loren Mosher, ówczesny dyrektor badań nad schizofrenią przy National Institute of Mental Health⁴⁸. Po publikacji pierwszych pozytywnych doniesień stracił jednak posadę oskarżony o fałszowanie rezultatów, choć późniejsze dochodzenie nie wykazało żadnych nieprawidłowości⁴⁹.

Analiza wszystkich zebranych podczas eksperymentu wyników ukazała się dopiero w 2006 r. Ogólnie rzecz biorąc, wyniki obu grup były porównywalne już po 6 tygodniach terapii, pomimo dobrowolności i unikania stosowania neuroleptyków w grupie eksperymentalnej. Ponadto, po dwóch latach leczenia w Soterii częściej niż pacjenci szpitala mieszkali samodzielnie lub z rówieśnikami (a nie z rodzicami), mieli lepsze wyniki na skalach psychopatologii oraz mniej ponownych hospitalizacji. Co ciekawe, najlepiej na ogólnej skali wypadło 43 procent osób z grupy eksperymentalnej, które podczas pobytu w Soterii nie przyjmowały leków⁵⁰. W kontekście psychoterapii i poradnictwa kluczowe jest jednak to, na czym właściwie oddziaływania pomocowe w Soterii polegały i jak rozumiano problem, w którym starano się pomóc.

W Soterii wprost odrzucano „metaforę choroby psychicznej”. Mosher chciał, aby personel traktował psychozę jako odmienny, wyjątkowy, czy też po prostu trudniejszy do zrozumienia dla otoczenia, stan świadomości powstały w związku z kryzysem rozwojowym i niemożnością zaspokojenia potrzeb. Wybuch i rozwój psychozy oraz dziwne, niezrozumiałe, czy niepokojące zachowania oddziaływać miały na „psychospołeczną matrycę” rodziny, powodując tym samym kryzys w całym otoczeniu „chorego”. Dlatego jednym z celów Soterii było zapewnienie „bezpiecznej przystani” umożliwiającej zrekonstruowanie siebie w przychylnym otoczeniu, które jednocześnie nie narzucałoby pacjentom gotowych rozwiązań i oczekiwań w odniesieniu do ich celów i potrzeb. Chodziło także o wyrwanie z otoczenia, które przerażone zachowaniem „zidentyfikowanego

⁴⁷ Mosher et al. (2004).

⁴⁸ Stupak, Dobroczyński (2019).

⁴⁹ Whitaker (2001).

⁵⁰ Stupak, Dobroczyński (2019).

pacjenta” (by użyć terminologii terapii systemowej) dodatkowo potęgowało i wzmacniało jego zagubienie i dezintegrację⁵¹.

Mosher i współpracownicy uważali, że psychoza to kryzys umożliwiający rozwój i zmianę a skuteczne przezwycięzenie go może prowadzić do psychologicznego wzrostu, większego poczucia wewnętrznej spójności i zbudowania nowej, bardziej satysfakcjonującej tożsamości. W przeciwieństwie więc do medycznego ujęcia psychozy i schizofrenii jako zaburzenia, w którym to ujęciu kładzie się nacisk na rzekomą patologię i różnego rodzaju deficyty, w Soterii akcentowano potencjalnie rozwojowy charakter kryzysu psychicznego. Kluczową rolę w jego przezwycięzeniu odgrywały relacje interpersonalne. Z jednej strony personel i pacjenci (nazywani „klientami” lub „domownikami”), którzy ostrą fazę psychozy mieli za sobą, pomagali osobom w kryzysie odnaleźć sens w swoim doświadczeniu, z drugiej zmiana miała odbywać się dzięki zaangażowaniu w procesy grupowe i w ramach diad. Zadaniem pomagających miał być udział we wspólnym ustaleniu przyczyn wewnętrznego konfliktu, który mógł prowadzić do kryzysu⁵². Liczył się przede wszystkim kontakt i „bycie z” (*being with*) w przeciwieństwie do „robienia komuś czegoś” (*doing to*).

Mosher uważał także, że wykształcenie psychologiczne lub psychiatryczne może utrudniać nawiązanie autentycznego kontaktu, ponieważ będzie on zapośredniczony przez teorię determinującą postrzeganie drugiej osoby (i tego „co należy jej zrobić”). Tymczasem twórcy Soterii zależało zarówno na unikaniu patologizującego zachowanie żargonu, jak i na symetrycznej, niepaternalistycznej, niekontrolującej, nienarzucającej rozwiązań, akceptującej relacji. Już sam fakt, że jedna z osób występuje w roli „eksperta” rzekomo obdarzonego trafną specjalistyczną wiedzą może to uniemożliwiać. Ponadto, jeśli preferowane przez danego terapeutę model czy teoria nie przystają do potrzeb pacjenta, może to unieważniać i podważać znaczenie oraz sens doświadczenia osoby w kryzysie. Mosher chciał więc aby personel stanowiły osoby bez psychologicznego wykształcenia, dobierane jednak pod kątem odpowiednich cech osobowości i poinstruowane co do podstawowych zasad i reguł, które miały stosować w praktyce. Później personel stanowili także byli pacjenci (nazywani „absolwentami”)⁵³.

Całkowite oderwanie od pewnych wstępnych założeń nie było oczywiście możliwe, świadczył o tym także fakt stosowania do pomiaru skal psychiatrycznych, pozwalało to jednak na wpisanie wyników w medyczny paradygmat. Wskazać można byłoby także szereg inspiracji teoretycznych i praktycznych dla przyjętego podejścia, a ośrodki w podobnym do Soterii modelu funkcjonują do dziś w różnych częściach świata i osiągają zbliżone do oryginalnych wyniki⁵⁴.

Lichtenberg, psychiatra, który rozczarowany medycznym ujęciem schizofrenii założył domy Soterii w Izraelu⁵⁵, twierdzi, że współcześnie funkcjonujące w tym modelu ośrodki można podzielić na dwa rodzaje: „prawicowe” i „lewicowe”⁵⁶. Prawicowe miałyby charakteryzować się stosowaniem leków za zgodą pacjenta oraz udziałem

⁵¹ Mosher et al. (2004).

⁵² Mosher et al. (1972).

⁵³ Mosher et al. (2004).

⁵⁴ Calton et al. (2008).

⁵⁵ Lichtenberg (2017); Friedlander et al. (2022).

⁵⁶ Lichtenberg, Friedlander (2021).

wykwalifikowanego personelu i sesjami sformalizowanej psychoterapii indywidualnej i grupowej. W lewicowych natomiast nie stosuje się leków i nie ma profesjonalnej kadry ani psychoterapii sensu stricto. Część funkcjonujących współcześnie Soterii jest więc bliższa podejściu medycznemu i psychoterapeutycznemu i mocniej ogranicza autonomię pacjenta, inne bliżej są oryginalnej Soterii, a więc podejściu, które można powiązać z poradnictwem, mimo że do czynienia mamy, zgodnie z oficjalnie obowiązującą terminologią, z „chorobą psychiczną”. Oba te nurty Soterii dopuszczają jednak zdecydowanie większą autonomię pacjentów, są więc mniej paternalistyczne i dyrektywne niż w standardowym postępowaniu z osobami z diagnozą psychozy lub schizofrenii, w którym dominuje podejście uznające farmakoterapię za warunek wstępny dla psychoterapii lub pomocy psychologicznej, ograniczającej się często do „psychoedukacji” o schizofrenii jako uwarunkowanej genetycznie chorobie, która wiązać miałaby się z koniecznością stałej farmakoterapii⁵⁷.

Sam Mosher pomoc osobom, u których można zdiagnozować psychozę lub schizofrenię, rozumiał raczej jako interwencję kryzysową⁵⁸. Interwencja kryzysowa jest zaś, podobnie jak poradnictwo, formą pomocy skierowaną przede wszystkim do ludzi określanych jako zdrowi, a samo pojęcie „kryzysu”, tak kulturowo jak i w ramach teorii interwencji kryzysowych, związane jest zazwyczaj z potencjałem do pozytywnych przemian wewnątrzpsychicznych, a szerzej – społecznych, nie zaś z chroniczną psychopatologią⁵⁹.

Schizofrenia jako kryzys rozwojowy

Podobnie jak w przypadku przywoływanych wyżej kontrowersji dotyczących różnych diagnoz, tak i co do „schizofrenii” i jej natury, chorobowego charakteru, sposobu istnienia (szczególnie w odniesieniu do tego, jak jest definiowana w ramach DSM lub ICD) i jej kryteriów diagnostycznych nie ma powszechnej zgody⁶⁰.

Odwolując się głównie do ujęć fenomenologiczno-egzystencjalnych i humanistycznych schizofrenię jako swego rodzaju kryzys rozwojowy próbuje ująć Kapusta⁶¹, pozostaje jednak w ramach myślenia w kategoriach dysfunkcji i psychopatologii. Ujęcie schizofrenii jako kryzysu rozwojowego zgodnie z przytoczoną wcześniej definicją poradnictwa jako formy pomocy w kryzysach rozwojowych, mogłoby nas jednak kierować poza obszar psychoterapii, medycyny i psychopatologii. Kusters⁶², w monumentalnym dziele czerpiącym z własnego doświadczenia, ale także z tradycji psychiatrii fenomenologicznej i innych źródeł, argumentuje, że to filozofia, a nie głównonurtowa medycyna i psychologia, pozwala na znacznie głębszą i bardziej adekwatną próbę zrozumienia i ujęcia psychozy (woli jednak niemedyyczny termin: „szaleństwo”). Choć szaleństwa nie romantyzuje, to sprzeciwia się również prostej patologizacji psychozy jako w istocie pozbawionego sensu i znaczenia zaburzenia. Doświadczenie psychozy traktuje jako

⁵⁷ Read et al. (2004).

⁵⁸ Stupak, Dobroczyński (2019).

⁵⁹ Pilecka (2004); Kubacka-Jasiecka (2010); Badura-Madej (1999); James, Gilliland (2016).

⁶⁰ Boyle (2014); Read, Magliano (2019); van Os, Guloksuz (2022); Tandon et al. (2022).

⁶¹ Kapusta (2021).

⁶² Kusters (2020).

źródło do dalszych filozoficznych rozważań wykraczających poza samą kwestię zdrowia psychicznego a dotyczących podstawowych pytań filozofii; według niego same te ontologiczne i epistemologiczne pytania, potraktowane z należyтым intelektualnym zaangażowaniem, mogą prowadzić do egzystencjalnego i duchowego kryzysu nazywanego psychozą. Związek filozofii z szaleństwem jest zaś dwukierunkowy i głębszy niż w powszechnie przyjętej narracji. Także Garson w opublikowanej niedawno monografii⁶³ stara się przeciwstawić dominującemu dyskursowi o szaleństwie jako o biologicznej lub psychicznej „dysfunkcji”, a więc zaburzeniu. Opiera się na bogatych źródłach historycznych i wychodząc od psychologii ewolucyjnej, w ramach której o „zaburzeniach” można myśleć jako o „przystosowaniach”, proponuje myślenie o szaleństwie jako „strategii”.

Jeszcze inaczej zdrowie psychiczne definiuje Dąbrowski⁶⁴. W jego ujęciu zdrowie to zdolność do rozwoju przebiegającego także poprzez procesy dezintegracji pozytywnej, której towarzyszyć mogą zachowania czy emocje tradycyjnie definiowane jako symptomy zaburzeń psychicznych, także „psychozy” lub „schizofrenii”. Nie są one jednak po prostu symptomami, które należy wyłącznie usunąć lub złagodzić, skoro w ramach dezintegracji pozytywnej pełnią funkcje rozwojowe. Tutaj również do czynienia mamy z perspektywą, która rzuca wyzwanie pojęciu zaburzenia psychicznego, a co za tym idzie, jasnemu rozgraniczeniu pomiędzy psychoterapią i poradnictwem.

Kępiński, o czym rzadko się mówi, sam doświadczył psychozy⁶⁵. Doświadczenie psychozy i doświadczenie leczenia szpitalnego, podobnie jak okres, który spędził w obozie koncentracyjnym, mogły wpłynąć na jego krytykę organizacji oddziałów psychiatrycznych oraz na charakter zmian, które starał się wprowadzić w kierowanej przez siebie klinice⁶⁶. Występował więc przeciwko sprowadzaniu człowieka do etykiety zaburzenia psychicznego, do roli pacjenta, obiektu biernie podlegającego paternalistycznym aktom władzy lekarzy i pozbawionego autonomii. Postulował możliwie poziomą, a nie skośną, relację pomiędzy terapeutą a pacjentem i przestrzegał przed reifikowaniem diagnostycznych konstruktów, które w przyrodoznawczym podejściu zrównuje, w nieuprawniony sposób, kryzysy psychiczne z chorobami somatycznymi. To podejście, jako lekarz, próbował jednak osadzić w etyce medycznej.

Jeszcze dalej idzie współczesny model *Open Dialogue*, wprowadzony w Finlandii⁶⁷, gdzie podobnie jak w Soterii odrzuca się „metaforę choroby”, a psychozę rozumie właściwie jako efekt zablokowanej komunikacji w najbliższym otoczeniu „zidentyfikowanego pacjenta”. Psychoza byłaby więc problemem dotyczącym systemu rodzinnego i sieci społecznej, a nie tylko rzekomo zaburzonej jednostki. W tym ujęciu przywrócenie komunikacji jest przewycięzeniem kryzysu rozwojowego nie tylko danej osoby, ale całego układu. Jak ujmuje to de Barbaro, podejście *Open Dialogue* „jest w pewnym kontraście do takiej medycyny czy do takiej psychiatrii klasycznej, gdzie jest władca psychiatra i jest pacjent, który ma być posłuszny.”⁶⁸ Podobnie można ująć różnicę między psychoterapią zorientowaną medycznie a poradnictwem.

⁶³ Garson (2022).

⁶⁴ Dąbrowski (1975); Dąbrowski (1979).

⁶⁵ Pabisek (2022).

⁶⁶ Stupak, Dyga (2018).

⁶⁷ Seikkula, Olson (2003); Seikkula, Arnkil (2018).

⁶⁸ Balicki et al. (2019).

Na nieoczywisty status schizofrenii jako choroby (czy też zaburzenia) wskazuje również opublikowany niedawno w czasopiśmie „Psychosis” artykuł p.t. *Trapped in contradictions: professionals’ accounts of the concept of schizophrenia and its use in clinical practice* („Uwięzieni w sprzecznościach: koncept schizofrenii według relacji specjalistów i jego wykorzystanie w praktyce klinicznej”)⁶⁹. Autorki, na podstawie wywiadów przeprowadzonych z klinicystami, pokazują jak w psychiatrii funkcjonują dwie równoległe narracje – jedna kularowa, dla „wtajemniczonych”, druga – dla publiki i pacjentów.

Nawet w ramach wywiadów z tymi samymi osobami, w krótkich odstępach czasowych, pojawiały się sprzeczne konstrukcje dotyczące schizofrenii. Z jednej strony była ona często ujmowana jako fizyczna patologia mogąca przejawiać się poprzez wiele różnych objawów, z drugiej, wyłącznie jako zbiór symptomów bez leżącej u podłoża fizycznej patologii. Równocześnie, w kilku wywiadach badani opisywali schizofrenię jako pragmatyczny konstrukt przydatny głównie w celu ułatwienia dostępu do leczenia, czy jako termin używany jedynie przez „konwencję” lub wręcz szkodliwy ze względu na związaną z nim stygmatyzację oraz sposób, w jaki niewłaściwie sugeruje istnienie stanu chorobowego. Zaprzeczano temu w innych punktach tych samych wywiadów, gdy uczestnicy opisywali schizofrenię jako „konkretną chorobę psychiczną” i „chorobę biologiczną” powodowaną „leżącym u podłoża procesem chorobowym”. Jeden z uczestników badania wyraźnie skrytykował „medyczny model” schizofrenii, a także stwierdził, że: „Etykietowanie ludzi tak potężnym, hmmm, określeniem, nawet dla jednostki... może to być całkiem niszczące”.

Ta niespójność jest przykładem powracającej i uderzającej różnicy między tym, jak uczestnicy badania rozmawiali o schizofrenii bezpośrednio z ankieterem – zwykle postrzeganym jako specjalista/kolega z pracy – a tym, w jaki sposób opisywali schizofrenię podczas spotkań z pacjentami. Prawie wszystkie bezpośrednie analogie do schorzeń fizycznych pojawiały się, gdy uczestnicy opisywali rozmowy z pacjentami. Najczęściej stosowano porównania do cukrzycy, ale inne przykłady obejmowały raka, anemię, nadciśnienie i stwardnienie rozsiane. Wprost wyrażoną funkcją tych (nieuprawnionych) analogii było zachęcenie ludzi do przyjmowania leków i podporządkowania się woli lekarza. Niektóre miały za zadanie przekazać „ciężkość” schizofrenii lub jej chroniczność. Podobnie kiedy schizofrenię ujmowano jako „brak równowagi chemicznej”, spowodowany „nierównowagą neuroprzekazników” lub jako „zbyt dużą ilość tej substancji chemicznej [...] dopaminy”, odnosiło się to głównie do ujęć przedstawianych w ramach spotkań z pacjentami. Zastrzeżenia, takie jak przyznanie, że taka koncepcja schizofrenii jest potencjalnie szkodliwa, „nie jest nauką ścisłą” i że „nic nie jest definitywnie oparte na dowodach”, pojawiały się prawie wyłącznie w relacjach skierowanych bezpośrednio do ankietera. Ogólnie rzecz biorąc, rozmowy z pacjentami, o których mówili uczestnicy badania, zawierały niewiele (lub nie zawierały wcale) wzmianek o problemach z koncepcją schizofrenii i konstruowały ją jednoznacznie jako konkretne zjawisko medyczne i naukowe – jako zobiektywizowane zaburzenie istniejące niezależnie od norm etycznych i kulturowych.

Interpretując tę sprzeczność w kontekście paternalizmu, autorki piszą, że specjaliści zazwyczaj imputowali pacjentom brak autonomii konstruując „schizofrenię” jako

⁶⁹ de Waal et al. (2022).

fizyczną chorobę sprawiającą, że tak zdiagnozowani ludzie „nie potrafią rozpoznać, że są chorzy”. Najczęściej ujmowano to jako „brak wglądu”. W ten sposób konstruowano dwie role: „specjalisty”, jako odpowiedzialnego i posiadającego wiedzę o chorobie i o tym jak należy nią „zarządzać” oraz pacjenta – jako osoby pozbawionej tak wiedzy, jak i zdolności do decydowania o sobie, zobowiązanej jedynie do stosowania się do poleceń lekarza i kontrolowania przebiegu swojej choroby zgodnie z nimi. Takie ujęcie usprawiedliwiałoby więc nierówny i dyrektywny charakter relacji.

Podobnie we wspomnianej na początku debacie ujmuje to Aleksandrowicz w kontekście relacji psychoterapeutycznej, dopuszczając właściwie świadome wprowadzanie pacjenta w błąd, stosowanie oszustwa, co usprawiedliwiać miałyby rzekoma troska o zdrowie chorego. Wydaje się, że jest to przykład paternalizmu *par excellence*. Jest to równocześnie całkowicie sprzeczne z podejściem proponowanym przez Soterię czy *Open Dialogue*, w których pacjent traktowany jest jak równorzędny partner, a nie niezdolne do decydowania o sobie dziecko. Kryzys, w tym ujęciu, w przeciwieństwie do zaburzenia, nie oznacza braku podstawowych kompetencji poznawczych i zdolności do podejmowania decyzji zgodnych z własnym systemem wartości.

Kryzys psychologiczny rozumieć można bowiem na wiele różnych sposobów, które nie muszą mieć nic wspólnego z psychopatologią. O samych oddziaływaniach pomocowych myśleć można zarazem nie tylko na poziomie jednostek i systemów rodzinnych, ale też na poziomie społecznym. Kryzys, jak już wspominaliśmy, zgodnie ze źródłowym i teorią interwencji kryzysowej, ujmowany jest zazwyczaj jako przesilenie, punkt zwrotny, moment decydujący, który prowadzić może do wzrostu i rozwoju⁷⁰, co trudno pogodzić z ideą „chronicznej choroby/zaburzenia”.

Podsumowanie

Jak pokazaliśmy, rozróżnienie na psychoterapię i na poradnictwo wydaje się problematyczne, ponieważ za problematyczną uznać można samą kategorię zaburzenia psychicznego lub choroby psychicznej. Niewykluczone, że kategorie te więcej wspólnego mają z sądem moralnym wielorako uwarunkowanym społecznie i kulturowo, niż z obiektywnym stwierdzeniem występowania problemu natury zdrowotnej. Argumentować można, że istnieją bardziej i mniej „medyczne” lub też bardziej i mniej paternalistyczne nurty psychoterapii, a i poradnictwo przyjmować może bardziej lub mniej dyrektywne i paternalistyczne formy, niezależnie od kategorii „zdrowia” i „zaburzenia”. Paternalizm może też wynikać z wartości i norm, które w koncepcje psychopatologii nie zostały wcielone. Rozróżnienie na psychoterapię „medyczną” i „niemedyczną” (przyjmując, że niektóre nurty odchodzą od myślenia w kategoriach „chorób” i „zaburzeń”, jeśli chodzi o konceptualizację przyczyn problemów i cele interwencji) wydaje się jednak wtedy po prostu duplikować rozróżnienie na psychoterapię i poradnictwo, nie rozwiązując ważnych problemów etycznych czy też prawnych i organizacyjnych związanych np. z ich regulacją.

⁷⁰ Pilecka (2004); Kubacka-Jasiecka (2010); Badura-Madej (1999); James, Gilliland (2016).

Uznanie, że psychoterapia „niemedyczna” (np. egzystencjalna) nie ma opisywanego wyżej charakteru medycznego, rodzi np. pytania o zasadność stosowania wobec niej standardów obowiązujących w sferze medycyny i działalności leczniczej (lub jej finansowania w ramach takiego systemu, a nie, dajmy na to, pomocy społecznej, skoro nie jest to kwestia „leczenia zaburzeń”). Z drugiej strony, jeśli, jak mogłoby się wydawać, „psychoterapia niemedyczna” i „poradnictwo” niewiele się od siebie różnią, można zapytać, dlaczego tylko „psychoterapia” miałaby podlegać różnego rodzaju obwarowaniom. Specyficzne regulacje psychoterapii wiążą się właśnie z przyjęciem założenia o wyjątkowej odpowiedzialności za „pacjenta” (a nie np. „klienta”) w ramach postępowania medycznego, tj. leczenia. Ta wyjątkowa odpowiedzialność terapeuty za drugą osobę i jej dobro (rozumiane jako zdrowie, które przede wszystkim należy przywrócić) implikuje zaś w tym kontekście relację skośną i paternalizm.

Stwierdzenie zaburzenia zdrowia psychicznego może więc prowadzić do paternalistycznego podejścia wobec pacjenta w procesie terapeutycznym, czy nawet do działania bez jego świadomej zgody lub wbrew jego woli. Przykład Soterii pokazuje, że nawet schizofrenię, rozumianą najczęściej jako wyjątkowo ciężkie zaburzenie psychiczne czy wręcz chorobę, ująć można jako kryzys rozwojowy. Zgodnie z często przyjmowanymi definicjami, wykluczałoby to jednak schizofrenię z obszaru zainteresowania medycyny, a więc i psychoterapii, i wprowadzało ją w zakres poradnictwa. Mimo że przyjęć można, że Soteria wywodzi się z różnego rodzaju nurtów psychoterapeutycznych, to, ze względu np. na brak udziału wykwalifikowanej kadry w procesie „terapii” należałoby uznać, że poza te nurty i poza samą psychoterapię wykraczała, inaczej musielibyśmy uznać, że nawet w najcięższych „zaburzeniach psychicznych” psychoterapią skutecznie posługiwać mogą się osoby bez przygotowania psychoterapeutycznego, co stawiałoby pod znakiem zapytania jego sens. Co więcej, bliższe poradnictwu podejście, jak w Soterii, może być co najmniej równie pomocne co podejście medyczne, zarówno jeśli chodzi o „medyczne” wskaźniki dotyczące „objawów”, jak i o miary bliższe „poradnictwu”, związane z funkcjonowaniem społecznym.

Zatem samo rozróżnienie między „leczeniem” a „poradnictwem” jawić może się jako paternalistyczne i arbitralne, szczególnie, że obie te formy „pomagania” (czy nawet „terapii”, a słowa te bywają używane zamiennie, zarówno w kontekście poradnictwa, jak i psychoterapii) posługują się podobnym zestawem szeroko rozumianych technik, metod i stojących za nimi teorii, niezależnie od tego, że poszczególne teorie różnie mogą konceptualizować zarówno „dobro”, jak i nawet „zaburzenie”⁷¹. Rozróżnienie między zaburzeniem a jego brakiem wydaje się może konieczne dla biomedycznej psychiatrii i interwencji rzekomo dobieranych do konkretnych „zaburzeń” na podobieństwo medycznej logiki, czyli dobierania leków do określonych chorób, ale nie musi ono znajdować zastosowania w obszarze psychoterapii i poradnictwa, szczególnie jeśli interesuje nas bardziej „rozumienie” niż „wyjaśnianie”⁷². Stawia to pod znakiem zapytania sens rozgraniczenia na psychoterapię i poradnictwo oraz uzasadnianie paternalizmu i dyrektywności w relacji z drugim człowiekiem (także terapeutycznej) troską o zdrowie.

⁷¹ Dobroczyński (2007).

⁷² Opoczyńska-Morasiewicz (2016); Trzópek (2006).

Jak słusznie zauważył Aleksandrowicz w przytoczonej na początku debacie – kwestia zdrowia psychicznego jest kwestią umowy społecznej, a więc ostatecznie kwestią dominującego w danym momencie dyskursu oraz relacji władzy wcielanych w wytwarzaną przez różne instytucje wiedzę. Zdrowie jako najwyższa wartość usprawiedliwiająca paternalizm traci jednak na znaczeniu w przypadku poradnictwa, które z definicji nie dotyczy problemów nazywanych zaburzeniami.

W podejściu bliższym poradnictwu powiększanie dobrostanu nie musi koniecznie oznaczać „redukcji objawów choroby”, tak jak i „redukcja objawów choroby” niekoniecznie prowadzi do większego dobrostanu czy też wyższej jakości życia, a sam wyższy dobrostan możliwy jest też niezależnie od nasilenia określonych „objawów chorobowych”. Sama koncepcja „zdrowienia” (*recovery*) kontestowana jest również przez część pacjentów, którym udało się „wyzdrowieć”⁷³. W podobny sposób ujmuje to Hoffman⁷⁴, podkreślając równocześnie, że takie bliższe poradnictwu podejście byłoby zbieżne z postulatami ruchu *Mad Pride*, reprezentującego osoby uznane za chore psychicznie. Autorka pokazuje, że przynajmniej część ludzi „nie chce być normalna” lub wręcz że próby „wyleczenia” odbiera jako zamach na te cechy, które uznaje za konstytutywne dla swojej tożsamości i podmiotowości. Wtedy też „leczenie”, które ma polegać na przywróceniu pożądanego, wzorcowego, „normalnego” przejawiania istnienia odbierane może być przez pacjentów wręcz jak zamach na życie. Alternatywą mogłoby być podejście bliższe poradnictwu, które koncentruje się na celach abstrahujących od „zdrowia” i „objawów”, co, w przeciwieństwie do podejścia medycznego, nie pozwala na wyjście poza powszechnie przyjęte normy etyczne przez pomagającego w rzekomej trosce o „zdrowie” pacjenta. Jeśli nawet uznać, że większość pacjentów jest zadowolona z obecnie oferowanych rozwiązań, to zdecydowanie nie odpowiadają one tym osobom, które swoistej konwersji (jak w „terapii konwersyjnej”) poddać się nie chcą lub nie mogą. Głębszy namysł nad samym pojęciem „zdrowia” w kontekście „zdrowia psychicznego”, jak postuluje część byłych pacjentów nazywających siebie „ocalałymi z psychiatrii”, także mogłoby być tutaj wskazany⁷⁵.

Jednym z możliwych rozwiązań jest ujęcie tego typu problemów zgodne z proponowanym przez *British Psychological Society*, wspomnianym już wcześniej, *Power Threat Meaning Framework* (PTMF)⁷⁶. Co ważne, opisywanie problemów i sytuacji według PTMF nie dotyczy jedynie osób u których można zdiagnozować zaburzenie psychiczne, stosuje się ono do wszystkich, wszyscy bowiem podlegamy procesom, na które ta propozycja podejścia do diagnozy zwraca uwagę. Tym samym rozróżnienie na zaburzenie i jego brak traci istotność, a pomoc można dopasować do konkretnej osoby, niezależnie od tego, czy określamy pomocanie mianem psychoterapii czy poradnictwa i czy mówimy o zaburzeniu psychicznym, czy też nie. Takie podejście mogłoby być odpowiedzią na formułowane przez Gilardiego i Stanghelliniego⁷⁷ wezwanie do dialektycznego uznania w dialogu między terapeutą i klientem. Przesuwa to jednak cele interwencji bardziej

⁷³ O’Keeffe et al. (2022).

⁷⁴ Hoffman (2019).

⁷⁵ Hall (2019).

⁷⁶ Johnstone, Boyle (2018).

⁷⁷ Gilardi, Stanghellini (2021).

w kierunku lepszego funkcjonowania społecznego, czy też wyższej jakości życia, które nie muszą pokrywać się z „redukcją symptomów” i „zdrowiem” według systemów diagnostycznych i podejść psychoterapeutycznych. Zawarte w niniejszym opracowaniu wstępne rozważania mogą mieć wpływ na to, jak o paternalizmie myślimy w odniesieniu do poradnictwa, ale przede wszystkim pozwalają postawić pytanie o to, *jaki jest właściwie* oraz *jaki jest właściwy* obszar oddziaływań, które moglibyśmy tak nazwać i jak należy go zakreślić. Poszerzenie obszaru zainteresowania poradnictwa mogłoby sprzyjać większej autonomii osób, którym próbujemy pomóc.

Finansowanie: brak.

Konflikt interesu: Autorzy oświadczają, że w ramach pracy nad artykułem nie wystąpił konflikt interesów na żadnym z jej etapów.

Licencja: Artykuł opublikowany w otwartym dostępie na licencji Creative Commons Attribution License, która dopuszcza użycie, rozpowszechnianie oraz powielanie w dowolnym medium, pod warunkiem, że oryginalne dzieło jest stosownie cytowane.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (2007), *Psychoterapia: etyka – wartości – deontologia*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&if=26> [dostęp 26.11.2022].
- Aleksandrowicz J., Banicki K., Dobroczyński B. et al. (2007), *Etyka w psychoterapii*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb6&m=43> [dostęp 26.11.2022].
- Badura-Madej W. (1999), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice.
- Balicki M., de Barbaro B., Bisikiewicz R. et al. (2019), *Open Dialogue – assumptions and practice*, URL = https://www.youtube.com/watch?v=HQBEBedhEIM&ab_channel=ZdrowiePsychiczne [dostęp 28.11.2022].
- Banicki K. (2018), *Personality disorders and thick concepts*, „Philosophy, Psychiatry & Psychology” 25 (3): 209–221.
- Boyle M. (2014), *Schizophrenia: A scientific delusion?*, Routledge, New York.
- Calton T., Ferriter M., Huband N., Spandler H. (2008), *A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia*, „Schizophrenia Bulletin” 34 (1): 181–192.
- Campolonghi S., Orrù L. (2023), *Psychiatry as a medical discipline: Epistemological and theoretical issues*, „Journal of Theoretical and Philosophical Psychology”, URL = <https://doi:10.1037/teo0000256>.
- Carey B. (2012), *Psychiatry Gaint Sorry for Backing Gay „Cure”*, URL = <https://www.nytimes.com/2012/05/19/health/dr-robert-l-spitzer-noted-psychiatrist-apologizes-for-study-on-gay-cure.html> [dostęp 28.11.2022].
- Charland L.C. (2006), *Moral nature of the DSM-IV cluster B personality disorders*, „Journal of Personality Disorders” 20: 116–125.
- Cohen B.M. (2016), *Psychiatric hegemony: A Marxist theory of mental illness*, Springer, New York.
- Cooper M. (2017), *Existential therapies*, wyd. 2, SAGE, Thousand Oaks.

- Czabała J.C. (2019), *Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia*, „Roczniki psychologiczne” 19 (3): 519–533.
- Czabała J.C., Kluczyńska S. (red.) (2015), *Poradnictwo psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Davies J. (2013), *Cracked: Why psychiatry is doing more harm than good*, Icon Books Ltd, London.
- Dąbrowski K. (1975), *Trud istnienia*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Dąbrowski K. (1979), *Dezintegracja pozytywna*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- de Waal H., Boyle M., Cooke A. (2022), *Trapped in contradictions: professionals' accounts of the concept of schizophrenia and its use in clinical practice*, „Psychosis” 15 (4): 1–11.
- Dobroczyński B. (2007), *Psychoterapia: metoda lecznicza, zbiór wierzeń, czy sposób sprawowania władzy?*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=452> [dostęp 26.11.2022].
- Foucault M. (2003), *Madness and civilization*, Routledge, New York.
- Foucault M. (2012a), *Discipline and punish: The birth of the prison*, Vintage, New York.
- Foucault M. (2012b), *The birth of the clinic*, Routledge, New York.
- Friedlander A., Tzur Bitan D., Lichtenberg P. (2022), *The Soteria model: implementing an alternative to acute psychiatric hospitalization in Israel*, „Psychosis” 24 (2): 1–10.
- Galewicz W. (red.) (2019), *Ochrona zdrowia psychicznego*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków.
- Garson J. (2022), *Madness: A Philosophical Exploration*, Oxford University Press, Oxford.
- Gilardi L., Stanghellini G. (2021), *I am schizophrenic, believe it or not! A dialogue about the importance of recognition*, „Philosophy, Psychiatry & Psychology” 28 (1): 1–10.
- Grzywacz R., Urbaniak S. (red.), *The Faces of Contemporary Phenomenology: the Quest for Relevance: Dedicated to the memory of Jan Patočka and Roman Ingarden*, Harrassowitz Verlag, Wiesbaden.
- Hacking I. (1986), *Making up people*, [w:] *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought*, T.C. Heller, M. Sosna, D.E. Wellbery (red.), Stanford University Press, Stanford: 222–236.
- Hall W. (2019), *Psychiatric Medication Withdrawal: Survivor Perspectives and Clinical Practice*, „Journal of Humanistic Psychology” 59 (5): 720–729.
- Hayes S.C., Hofmann S.G. (red.) (2020), *Beyond the DSM: Toward a process-based alternative for diagnosis and mental health treatment*, New Harbinger Publications, Oakland.
- Hengartner M.P. (2021), *Evidence-biased Antidepressant Prescription: Overmedicalisation, Flawed Research, and Conflicts of Interest*, Springer Nature, Berlin.
- Hoffman G.A. (2019), *Public mental health without the health? Challenges and contributions from the Mad Pride and neurodiversity paradigms*, „Developments in Neuroethics and Bioethics” 2: 289–326.
- Hunte B. (2020), *Gay 'conversion therapy': Man given electric shocks demands apology*, URL = <https://www.bbc.com/news/education-55263392> [dostęp 28.11.2022].
- Ingleby D. (red.) (1980), *Critical Psychiatry: The Politics of Mental Health*, Pantheon Books, New York.
- James R.K., Gilliland B.E. (2016), *Crisis intervention strategies*, Cengage Learning, Boston.
- Johnstone L. (2022), *A Straight Talking Introduction to Psychiatric Diagnosis*, wyd. 2, PCCS Books, Monmouth.
- Johnstone L., Boyle M. (2018), *The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System*, „Journal of Humanistic Psychology”, URL = <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>.

- Józefik B. (2022), *Poskromienie złoŃnicy – patriarchy i władza w związku, w rodzinie, w kulturze*, „Psychoterapia” 200 (1): 63–75.
- Kapusta A. (2021), *Transformative experience and psychopathology*, [w:] *The Faces of Contemporary Phenomenology: the Quest for Relevance. Dedicated to the memory of Jan Patočka and Roman Ingarden*, P. Janik, M. Kozak, R. Grzywacz, S. Urbaniak (red.), Harrassowitz Verlag, Wiesbaden.
- Karter J.M. (2019), *An ecological model for conceptual competence in psychiatric diagnosis*, „Journal of Humanistic Psychology”, URL = <https://doi.org/10.1177/0022167819852488>.
- Kendler K.S. (2022), *Potential Lessons for DSM From Contemporary Philosophy of Science*, „JAMA Psychiatry” 79 (2): 99–100.
- Kendler K.S., Heckers S. (2022), *The schizophrenia concept*, „Schizophrenia Research” 242: 67–69.
- Kępiński A. (2013), *Poznanie chorego*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010), *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Kusters W. (2020), *A Philosophy of Madness: The Experience of Psychotic Thinking*, tłum. N. Forest-Flier, MIT Press, Cambridge (MA).
- Lane C. (2013), *The NIMH withdraws support for DSM-5*, URL = <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/side-effects/201305/the-nimh-withdraws-support-dsm-5> [dostęp 26.11.2022].
- Lane C. (2022), *Robert Spitzer on DSM-III: A Recently Recovered Interview*, URL = <https://www.madinamerica.com/2022/02/robert-spitzer-dsm/> [dostęp 26.11.2022].
- Lichtenberg P. (2017), *From the closed ward to Soteria: a professional and personal journey*, „Psychosis” 9 (4): 369–375.
- Lichtenberg P., Friedlander A. (2021), *Soteria Israel: A Personal & Professional Story*, URL = https://www.youtube.com/watch?v=mY4IKJIJvfQ&ab_channel=RethinkingPsychiatry [dostęp 28.11.2022].
- Martin M.W. (2006), *From Morality to Mental Health: Virtue and Vice in a Therapeutic Culture*, Oxford University Press, New York.
- McWilliams N. (2013), *Psychoanalysis and Research: Some Reflections and Opinions*, „The Psychoanalytic Review” 100 (6): 919–945.
- McWilliams N. (2021), *Diagnosis and Its Discontents: Reflections on Our Current Dilemma*, „Psychoanalytic Inquiry” 41 (8): 565–579.
- Morasiewicz J. (2007), *Dylematy moralne w psychoterapii – perspektywa psychoterapeuty*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=465> [dostęp 26.11.2022].
- Mosher L.R., Hendrix V., Fort D.C. (2004), *Soteria: Through madness to deliverance*, Xlibris Corporation, Bloomington.
- Mosher L.R., Menn A., Goveia L. (1972), *Schizophrenia and crisis theory*, odczyt wygłoszony na konferencji *Annual Meeting of the American Orthopsychiatry Association* (7–10 kwietnia), Detroit.
- Norcross J.C. (1990), *An Eclectic Definition of Psychotherapy*, [w:] *What is Psychotherapy? Contemporary Perspectives*, J.K. Zeig, W.M. Munion (red.), Jossey-Bass, San Francisco: 218–220.
- Nowak K. (2015), *Dymensjonalne podejście do zaburzeń osobowości – osobowość w DSM-5*, „Psychiatria” 12 (2): 99–103.
- O’Keeffe D., Sheridan A., Kelly A., Doyle R., Madigan K., Lawlor E., Clarke M. (2022), *A qualitative study exploring personal recovery meaning and the potential influence of clinical*

- recovery status on this meaning 20 years after a first-episode psychosis, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 57 (3): 473–483.
- Opoczyńska-Morasiewicz M. (2016), *Genealogie psychoterapii: fragmenty dyskursu egzystencjalnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pabisek M. (2022), *Tydzień Zdrowia Psychicznego. Kraków wspomina legendarnego psychiatrę prof. Antoniego Kępińskiego*, URL = <https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,29007280,tydzien-zdrowia-psychicznego-krakow-wspomina-legendarnego-psychiatre> [dostęp 26.11.2022].
- Pérez-Álvarez M., García-Montes J.M. (2023), *Toward a Change of Paradigm in Psychosis: A Contextual Phenomenological Approach*, [w:] *Psychological interventions for psychosis: Towards a paradigm shift*, J.A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite, E. Morris (red.), Springer Nature Switzerland AG, Cham: 1–22, URL = https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1_1.
- Pilecka B. (2004), *Kryzys psychologiczny: wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Prusak J. (2007), *Wartości w psychoterapii: jaka psychoterapia – czyje normy?*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=455> [dostęp 26.11.2022].
- Raskin J.D., Maynard D., Gayle M.C. (2022), *Psychologist attitudes toward DSM-5 and its alternatives*, „Professional Psychology: Research and Practice” 53 (6): 553–563.
- Read J., Magliano L. (2019), *‘Schizophrenia’ – the least scientific and most damaging of psychiatric labels*, [w:] *Drop the Disorder!: Challenging the Culture of Psychiatric Diagnosis*, J. Watson (red.), PCCS Books Limited, Monmouth.
- Read J., Mosher L.R., Bentall R.P. (2004), *“Schizophrenia” is not an illness*, [w:] *Models of Madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, J. Read, L.R. Mosher, R.P. Bentall (red.), Routledge, London: 3–7.
- Seikkula J., Arnkil T.E. (2018), *Otwarte dialogi. Antycypacje. Szanowanie Inności. Podejście terapeutyczne skoncentrowane na sieci społecznej*, tłum. A. Haduła, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Seikkula J., Olson M.E. (2003), *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics*, „Family process” 42 (3): 403–418.
- Shaw C., Proctor G. (2005), *I. Women at the margins: A critique of the diagnosis of borderline personality disorder*, „Feminism & Psychology” 15 (4): 483–490.
- Spinelli E. (1994). *Demystifying Therapy*, Constable, London.
- Stupak R. (2020), *Model biomedyczny w psychopatologii. Krytyczny szkic historyczny, współczesny kontekst i problemy etyczne*, „Diametros” 17 (66): 34–51.
- Stupak R., Dobroczyński B. (2019), *The Soteria project: A forerunner of “a third way” in psychiatry*, „Psychiatria Polska” 53 (6): 1351–1364.
- Stupak R., Dyga K. (2018), *Postpsychiatry and postmodern psychotherapy: theoretical and ethical issues in mental health care in a Polish context*, „Theory & Psychology” 28 (6): 780–799.
- Szasz T. (1961), *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Harper & Row, New York.
- Tandon R., Keshavan M., Nasrallah H. (2022), *Re-Inventing Schizophrenia: Updating the Construct*, „Schizophrenia Research” 242: 1–3.
- Taylor J. (2022), *Sexy But Psycho: How the Patriarchy Uses Women’s Trauma Against Them*, Hachette, London.
- Trzópek J. (2006), *Filozofie psychologii. Naturalistyczne i antynaturalistyczne podstawy psychologii współczesnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

- Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. 2023 poz. 1972), URL = https://orka.sejm.gov.pl/proc9.nsf/ustawy/3183_u.htm [dostęp 30.08.2023].
- van Deurzen E. (2010), *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy*, wyd. 2, Routledge, London, URL = <https://doi.org/10.4324/9780203864593>.
- van Os J., Guloksuz S. (2022), *Schizophrenia as a symptom of psychiatry's reluctance to enter the moral era of medicine*, „Schizophrenia Research” 242: 138–140.
- Watson D., Levin-Aspenson H.F., Waszczuk M.A. et al. (2022), *Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum*, „World Psychiatry” 21 (1): 26–54.
- Whitaker R. (2001), *Mad In America: Bad Science, Bad Medicine, And The Enduring Mistreatment Of The Mentally Ill*, Basic Books, New York.
- Wróbel S. (2007), *Sprawiedliwość i psychoterapia*, URL = <https://diametros.uj.edu.pl/servis/?l=1&p=deb5&m=43&ii=457> [dostęp 26.11.2022].
- Zachar P. (2019), *The aspirations for a paradigm shift in DSM-5*, [Keynote lecture], 21st Annual Conference of the International Network for Philosophy and Psychiatry (22–24 października), Warszawa, URL = <https://osfp.org.pl/inpp-2019-keynote-speakers/> [dostęp 24.10.2019].