

Piotr Drozdowski ¹

Aksjologia psychoterapeuty psychodynamicznego

1. Stoimy na stanowisku rozdzielenia wiedzy nabytej według odpowiedniej teorii i procedur poznania od zasad postępowania profesjonalisty, co związane jest z różnymi źródłami zdań opisowych i normatywnych.
2. Etykę psychoterapeuty psychodynamicznego uznajemy za pochodną etyki lekarza.
3. Rozróżniamy etykę grupy zawodowej od indywidualnej moralności terapeuty i przyjmując wpływ nieświadomych procesów na jego aktywność dopuszczamy wewnętrzną konfliktowość terapeuty w tym zakresie, której nie jest w stanie znieść świadoma deklaracja neutralności aksjologicznej.
4. Psychoterapię psychodynamiczną rozumiemy jako formę leczenia etnocentrycznego, podobnie jak pojęcia, na których się opiera i z których korzysta.
5. Uważamy, że używając słowa „terapia”, winniśmy odwołać się do powszechnego, społecznego rozumienia znaczenia tego terminu, tożsamego z leczeniem. Stosując inne rozumienie tego słowa, subiektywnie lub metaforycznie nadużywamy zaufania pacjenta i zobowiązani być powinniśmy do podania mu nowego, własnego rozumienia, nowej definicji tego terminu. Podobna zasada winna obowiązywać terminu patologia.
6. Sądzymy, że powyższa zasada powinna obowiązywać przy używaniu terminu „pacjent”. Według naszego przekonania, pacjent to członek danej wspólnoty, który w świetle kryteriów przez nią stworzonych, wymaga zmiany funkcji psychicznych, sposobów zachowania, poprzez proces terapii. Kryteria te są w danej wspólnocie powszechnie przyjęte.

Poznanie w terapii służy leczeniu i dotyczy ono pacjenta

Nie znajdujemy żadnego metodologicznego uzasadnienia aby wnioski dotyczące funkcjonowania psychiki pacjenta stawały się wnioskami na temat funkcjonowania człowieka, jak i poszczególnych wytworów jego kultury. Stoimy na stanowisku rozdzielenia poznania rzeczywistości wewnętrznej pacjenta, jako wytworu jego aktywności umysłowej i psychicznej, od rzeczywistości zewnętrznej, materialnej i kulturowej, o których pochodzeniu i istocie nie mamy możliwości formułowania twierdzeń na podstawie znajomości indywidualnej psychiki pacjenta. Pacjent jest poznawany poprzez intelekt, zmysły, intuicję i empatię. W oparciu o naukę i kulturę, poznanie to rozumiemy jako poznanie konceptualne, po części interpersonalne a także subiektywne. W całości nie ma ono charakteru naukowego.

Poznanie dotyczy rzeczywistości wewnętrznej pacjenta, jej obrazu i związanych z nią emocji i zachowań. Rzeczywistość tą traktujemy, jako zmienną w czasie, opartą na faktach mentalnych, częściowo uświadamianą, częściowo nie, częściowo logiczną i opartą o arystotelesowską definicję prawdy. Rzeczywistość ta ujawnia się w relacjach społecznych na drodze języków werbalnych, świadomie korzystających w różnych proporcjach z symboliki społecznej, w zależności od psychopatologii oraz w językach niewerbalnych i prewerbalnych, odczytywanych w różny indywidualny sposób, na drodze intuicyjno-empatycznej. Rozumienie zasad funkcjonowania rzeczywistości wewnętrznej pacjenta odbywa się przy pomocy pojęć operacyjnych, takich jak konflikt i deficyt, a kategoryzowane jest przez takie terminy, jak: mechanizmy obronne, relacje z obiektami wewnętrznymi i zewnętrznymi. Wszystkie te terminy zachowują znaczenie psychoanalityczne. Poznanie rzeczywistości wewnętrznej pacjenta odbywa się w dialogu opartym o zasady dialogu psychoanalitycznego z wykorzystaniem zjawisk, zasad i pojęć dla niego przynależnych. Poznanie rzeczywistości wewnętrznej pacjenta w dialogu sprawia, że pojęcia faktu, prawdy i sensu stają się pojęciami terapeutycznymi, interpersonalnymi i nie odnoszą się do ich różnych znaczeń filozoficznych, tworząc relatywizm psychodynamiczny. Stanowi to epistemologiczną konsekwencję naszej niemożności zbudowania wiedzy o rzeczywistości pozadialogowej.

Rzeczywistość zewnętrzna ma kluczowe znaczenie w dwóch aspektach. Po pierwsze wtedy, jeśli jest brana pod uwagę przez pacjenta w formułowaniu przekonań ontologicznych i estetycznych, a także gdy jest ona opisywana w języku społecznych znaków i symboli. Pojęcie terapeutycznej prawdy, sensu i faktu uniemożliwiają terapeutę psychodynamicznemu koncentracji na socjogenii objawu. Proces poszerzania świadomości pacjenta dotyczy czynników nieuświadamianych przez niego, a mających wpływ na jego myślenie, przeżywanie i zachowanie.

Pojęcie „nieuświadomionego” pomieszcza w sobie nieświadome, przedświadome i biologiczne determinanty powyższych funkcji. W stosunku do uwarunkowań biologicznych i nieświadomych zachowana jest zasada rozdzielnosci języków przedmiotowych, co sprawia, że wiedza psychodynamiczna nie jest spójna, nie jest zintegrowana, nie utożsamia rzeczywistości wewnętrznej z metodą jej poznania, a także nie daje spójnego obrazu funkcjonowania i teorii etiopatogenezy psychiki pacjenta.

Uważamy, że dopóki nie zostanie stworzona spójna i powszechnie przyjęta teoria świadomości, zintegrowana etiopatologia pacjenta, dopóty nasze interwencje terapeutyczne będą wynikiem wiedzy, doświadczenia i dojrzałości rozwojowej terapeuty, opartymi na wiedzy i wierze. Podstawowym kryterium dla nich przynależnym będzie skuteczność terapeutyczna, mierzona redukcją objawów oraz postępem dojrzałości mechanizmów obronnych i społecznie akceptowanych relacji interpersonalnych.

Nasz stosunek do teorii i metody psychoanalitycznej jest pełen uwagi i uznania, o ile jest stosowany do pacjenta i dotyczy określonej psychopatologii. Twierdzimy, że różne propozycje i stanowiska poszczególnych szkół psychoanalitycznych są nieocenione i niezastąpione, o ile dotyczą wyjaśniania etiopatologii poszczególnych zespołów psychopatologicznych. Jednak ze względu na priorytet leczenia nad poznaniem, traktujemy je utylitarnie, nie nadrzędnie w stosunku do oczekiwanych efektów terapeutycznych. Są one teorią i metodą organizującą dialog terapeutyczny. Dla psychoterapeutów uwzględniających wpływ nieświadomych procesów na psychopatologię pacjenta są nie do zastąpienia. Jednocześnie uważamy, że granicami tej metody i teorii jest efektywność zmian.

Zatem w świetle tej perspektywy uznajemy, że konieczne jest przyjęcie pojęcia deficytu, który rozumiany jest jako pojęcie nie tylko psychoanalityczne. Pod tym terminem rozumiemy dysfunkcję psychiczną / psychopatologiczną, która dla terapeuty i/lub jego grupy odniesienia zawodowego wydaje się niepodatna na zmianę, przy jego czy ich aktualnym stanie wiedzy i zachowaniu preferencji profesjonalnych, rozumianych jako zasady stosowania metody przez określoną szkołę wraz z procedurami leczenia. Deficyty mogą dotyczyć myślenia, przeżywania lub zachowania według klasyfikacji psychopatologicznych. Uznajemy również pojęcie defektu, jako utrwalonej patologii umysłu lub mózgu, która może lecz nie musi tworzyć deficyty. Wartość obu tych pojęć polega przede wszystkim na ich istnieniu i funkcji jaką pełnią. Jest to funkcja konfrontująca terapeutę z ograniczeniami, zabezpieczająca go przed wszechwiedzą, profetyzmem i misyjnością w sprawowaniu społecznej roli, jaką jest leczenie. Stanowią one również wyzwanie i warunek rozwoju wiedzy o patologii psychicznej i metodach jej usuwania.

Nie znajdujemy żadnego przekonującego uzasadnienia metodologicznego do generalizowania psychoanalitycznych twierdzeń poczynionych na podstawie poznania i

leczenia pacjentów, na ludzi nie będących pacjentami, jak również na efekty ich działalności. Uważamy, że z psychoanalitycznej wiedzy o pacjencie nie można wyprowadzić żadnego rozumienia rzeczywistości ani materialnej, ani społecznej, ani też metafizycznej, w sposób logicznie poprawny. Koncepcje te traktujemy, w zależności od twórcy, jako fascynujące intelektualnie spekulacje, niezmiernie wzbogacające osobowość terapeuty albo jako "just so story".

Uznajemy również nieodzowność wiedzy psychiatrycznej, a szczególnie neurobiologicznej, o zaburzeniach psychicznych i emocjonalnych. Ze względów rygorystyki metodologicznej nie widzimy możliwości zintegrowania ich z językiem psychoanalitycznym. Uważamy to za okoliczność korzystną, ukazującą złożoną naturę ludzkiej psychopatologii, pokrywającą się z realnym doświadczeniem profesjonalnych psychoterapeutów. Największą zaletę widzimy w fakcie, że z wiedzy psychiatrycznej nie wynika żadne twierdzenie antropologiczne, jak również żadna pozytywna definicja zdrowia psychicznego, nie posługująca się eufemizmami i tautologiami. Podstawowy niedostatek spostrzegamy w tym podejściu w braku rygorystyki pojęciowej, organizującego język dialogu z pacjentem. Powoduje to stosowanie języków naturalnych, różnych u różnych psychiatrów, jak i tworzenie różnych preferencji etiopatologicznych, uzależnionych od osobowości oraz stanowisk ontologicznych i etycznych, a także estetycznych psychiatrów.

Stanowisko terapii psychodynamicznej do innych orientacji psychoterapeutycznych

Uważamy, że wyłonienie się różnych szkół psychoterapeutycznych jest związane z postępującą polimorfizacją kultury europejskiej, zarówno w obszarze paradygmatów, jak i imperatywów leżących u ich podstaw, będących odzwierciedleniem różnych dogmatów ontologicznych, poznawczych i głównie etycznych, aktualnie w niej istniejących. Szkoły te często korzystają z podobnych terminów np.: zmiany, konflikty, problemy, co może stwarzać dobry punkt wyjścia dla prób integracji. Uznajemy zasadność tego procesu na poziomie teoretycznym. Sądzymy jednocześnie, że nie ma przekonującej procedury ukazującej, w jaki sposób teoria integracji zostaje przekształcona w poszczególne rodzaje terapii integracyjnej. Podobnie, nie jest dla nas jasny proces przekształcania teorii systemowej w terapię systemową, współczesnych kierunków filozofii humanistycznej w terapię humanistyczną. Uważamy, że istnieje niedosyt wyjaśnienia, przy użyciu jakiej aksjologii podejmowane są działania terapeutyczne, na jakiej drodze tworzone są nowe pojęcia patologii czy diagnozy. Powszechnie stosowane terminy zawierają bowiem różne treści, różne znaczenia i opierają się na różnych językach opisujących rzeczywistość psychiczną pacjenta. To prowadzi nas do przekonania, że to co nazywa się integracją w obszarze psychoterapii jest zabiegiem nominalistycznym, bazującym na efekcie "flatus vocis", tożsamym z podobieństwem brzmienia nazw, przy zachowaniu różnorodności znaczeń. Terminy bazują na języku naturalnym, ich znaczenia redagowane są w różnych językach przedmiotowych. Nie umiemy wskazać ani wspólnego języka /metajęzyka/, ani wspólnej diagnozy /metadiagnozy/, jak również wspólnej teorii /metateorii/. Ale brak jest przede wszystkim wspólnie przyjętej teorii świadomości. Znajdujemy za to różne paradygmaty i różne imperatywy stojące u źródeł formułowania twierdzeń teoretycznych, jak i różne aksjologizujące

motywy podejmowania profesji psychoterapeuty.

Powyższe obserwacje uniemożliwiają nam integrację psychoterapii, zarówno w teorii, jak i w praktyce, a na pewno usytuowanie orientacji psychodynamicznej w obrębie procesów integracyjnych. Nie widzimy również możliwości umieszczenia podejścia psychodynamicznego w nurcie eklektycznym. Poza wymienionymi powyżej przyczynami, terapia eklektyczna opiera się na różnych elementach z różnych podejść, przy czym nie napotkaliśmy żadnego kryterium, według którego ten intersubiektywny proces jest realizowany. Przy postrzeganiu psychoterapii psychodynamicznej jako wewnętrznie niespójnej i niezintegrowanej, co poza wcześniej opisaną dychotomią pomiędzy psychoanalizą a psychiatrią, zawiera w sobie opozycję nieświadome/świadome, nie widzimy możliwości akcesu do terapii integracyjnej czy eklektycznej. Z różnymi zastrzeżeniami moglibyśmy akceptować wspólnotę teoretyczno-metodologiczną realizowaną według procesu synkretyzmu. Łączność z innymi szkołami psychoterapeutycznymi postrzegamy głównie poprzez rozliczne braki teoretyczne i wspólne sposoby ich kompensowania, z których brak wspomnianej teorii świadomości uważamy za podstawowy. Pomimo wspomnianych tu trudnych do przezwyciężenia różnic i zastrzeżeń, zachowujemy w stosunku do nich stanowisko tolerancyjne.

Uważamy, że przy aktualnej popularności terminu - psychodynamika, rozlicznych wątpliwościach i różnych jego redakcjach, przedstawienie naszego stanowiska, stanowiska Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego, jest naszym obowiązkiem. Zestaw powyższych poglądów jest aktualnym zapisem naszej autorefleksji nad wykonywanym przez nas zawodem, nad uwarunkowaniami stanowiska psychodynamicznego i nie ma on charakteru zamkniętego ani kanonicznego.

¹ dr Piotr Drozdowski — kierownik kursu psychoterapii atestowanego przez Naukową Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, psychiatra, superwizor Naukowej Sekcji Psychoterapii PTP, ordynator Oddziału Nerwic i Zaburzeń Osobowości Katedry Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, jako psychoterapeuta pracuje od 1974 roku