

Szymon Chrząstowski

## WIARA PSYCHOTERAPEUTÓW WE WŁASNY OBIEKTYWIZM, W DOŚWIADCZENIE KLINICZNE ORAZ WARTOŚĆ INFORMACJI ZWROTNYCH — PERSPEKTYWA PSYCHOLOGII SPOŁECZNEJ I POZNAWCZEJ

PSYCHOTHERAPISTS' BELIEFS ABOUT THEIR OWN OBJECTIVISM, CLINICAL EXPERIENCE  
AND THE VALUE OF FEEDBACK FROM CLIENT/PATIENT — SOCIAL AND COGNITIVE  
PSYCHOLOGY PERSPECTIVE

Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny  
Kierownik: dr hab. Małgorzata Świącicka

### psychotherapy errors in judgement

*W artykule poruszany jest problem wpływu wybranych przekonań terapeutów na stopień rzetelności diagnozy klinicznej oraz sposobu i efektywności prowadzonej terapii. Autor, na podstawie badań z zakresu psychologii społecznej i poznawczej, omawia m.in. temat zaufania do doświadczenia klinicznego, intuicji, wiary we własny obiektywizm, polegania na informacjach zwrotnych od pacjenta. Opisuje powszechnie występujące błędy poznawcze, które negatywnie wpływają na efekty terapii.*

**Summary:** In this article, certain beliefs of mental health professionals were compared with the results of social and cognitive psychology. These beliefs refer to the trust in the value of clinical experience, intuition, relying on feedback from client/patient, trust in one's own objectivism or internal motivation of a patient to undergo therapy. Cognitive processes and errors in judgement, which lead to beliefs described in the article, usually have a universal and an unconscious character. They may, however, lead to incorrect assessment and treatment methods. These beliefs were asserted in such a way so as not to be connected with any particular therapeutical approach, but to characterise a certain way of thinking of the therapist about himself as an objective expert. Although the awareness itself, of the errors in cognitive mechanisms does not eliminate them from work of mental health professionals, they can attempt to limit their influence through self-reflectivity and search for alternative explanations (to those previously assumed) in relation to what occurs during therapy. Conclusions emerging from studies of social and cognitive psychology concur with certain guidelines devised by postmodern mental health professionals.

Osoby zajmujące się pomocą psychologiczną, w tym psychoterapeuci i lekarze psychiatrzy, podzielają czasami przekonania, które nie zawsze znajdują swoje uzasadnienie, gdy skonfrontujemy je z wynikami badań empirycznych. W artykule skupimy się na tych dotyczących zaufania do doświadczenia klinicznego, intuicji, polegania na informacjach zwrotnych uzyskanych od pacjenta, wiary we własny obiektywizm czy wewnętrznej

---

Autor pragnie podziękować dr Janinie Pietrzak za uwagi do pierwszej wersji artykułu.

motywacji pacjenta do podjęcia terapii. Przekonania te zostały dobrane tak, aby nie były w szczególności związane z określonym podejściem terapeutycznym. Reprezentują one raczej pewien styl myślenia terapeuty o sobie i o kliencie/pacjencie.

Mechanizmy poznawcze, które prowadzą do opisanych w artykule przekonań, nie są szczególnie charakterystyczne dla osób zajmujących się pomocą psychologiczną. Mają zwykle charakter nieświadomy i podlegają nim wszyscy ludzie. Dzięki nim radzimy sobie ze złożonością napływających informacji, gdyż stanowią one swoiste poznawcze „drogi na skróty”. Niestety, czasami skróty te prowadzą terapeutów na bezdroża.

Prezentowane poniżej zagadnienia są przynajmniej częściowo znane Czytelnikom, zwłaszcza tym, którzy ukończyli studia psychologiczne. Tak się jednak składa, że często program szkoleń psychoterapeutycznych tylko w ograniczonym zakresie odwołuje się do osiągnięć naukowej psychologii i w związku z tym pewna część wiedzy zostaje po prostu zapomniana. Poza tym niektórzy terapeuci bywają nadmiernie pewni siebie (podobnie zresztą jak specjaliści z innych dziedzin, zwłaszcza z tych, w których brak obiektywnych miar sukcesu), co w najlepszym wypadku prowadzi do ich samozadowolenia, ale też niestety czasami do szkodliwej ignorancji objawiającej się w sięganiu do pseudonaukowych metod pracy [1]. W jednym z badań 129 osób zajmujących się pomocą psychologiczną poproszono, aby porównały swoje umiejętności z umiejętnościami innych terapeutów oraz oszacowały u ilu procent ich klientów nastąpiła poprawa w wyniku terapii, nie doszło do żadnych zmian lub nastąpiło pogorszenie [2]. Zdecydowana większość badanych oceniała swoje umiejętności jako większe niż koleżanek/kolegów po fachu, nikt nie wystawił sobie oceny poniżej średniej. Ponad 75% terapeutów oszacowało, że nastąpiła poprawa u klientów/pacjentów przypisywana uczestnictwu w terapii, a tylko 3,66%, iż pogorszenie — wynik ten jest znacznie lepszy niż rezultaty badań mówiących o generalnej efektywności psychoterapii [2]. Przeniesienie własnych umiejętności oraz rezultatów pracy jest charakterystyczne nie tylko dla psychoterapeutów i nosi nazwę błędu samooceny (self-assessment bias). Krytycyzm w postaci stałego kwestionowania założeń swojej pracy (postulowany zresztą przez samych psychoterapeutów) może zatem stanowić istotne remedium wobec nadmiernej pewności siebie, o której będzie jeszcze mowa w dalszej części artykułu.

Celem tej pracy jest pokazanie, w jaki sposób psychologia społeczna i poznawcza mogą pomóc w krytycznym myśleniu o procesie pomagania pacjentowi. Perspektywa ta wydaje się użyteczna, gdyż pobudza do refleksji nad sobą i własną praktyką terapeutyczną, a refleksja taka jest kluczowa dla profesjonalnego udzielania pomocy. Przejdźmy teraz do opisu wspomnianych już niektórych przekonań osób zajmujących się pomaganiem — i zaprezentujemy je w perspektywie psychologii społecznej oraz poznawczej.

### **Zawodność polegania na doświadczeniu klinicznym**

Powszechnie uważa się, że im większe doświadczenie psychiatry lub psychologa, tym trafniejsze jego diagnozy i lepsza jakość oferowanej pomocy. Sami terapeuci wskazują, że podejmując decyzje kliniczne odwołują się przede wszystkim do swojego doświadczenia [1]. Badania jednak nie potwierdzają, że doświadczenie i trafność podejmowanych decyzji są ze sobą tak ściśle związane, jak to jest potocznie spostrzegane [3].

Diagnozy stawiane przez mniej i bardziej doświadczonych klinicystów mogą mieć podobną trafność pod warunkiem, że obie grupy dysponują tym samym zestawem informacji. W jednym z badań analizowano trafność diagnoz stawianych przez psychiatrów o różnym stopniu doświadczenia (minimum 4 lata praktyki). Psychiatrom przedstawiano fragment wywiadu z pacjentem i na tej podstawie proszono ich o postawienie wstępnej diagnozy. Tak przygotowaną diagnozę porównywano z diagnozą ze szpitala psychiatrycznego. Trafność wstępnych diagnoz u mniej doświadczonych psychiatrów nie była mniejsza niż w przypadku psychiatrów bardziej doświadczonych [3]. W innym badaniu porównywano wskazania do wykonania zabiegu elektrowstrząsów (ECT) zalecone przez bardziej doświadczonych psychiatrów i młodszych lekarzy [3]. Starsi stażem psychiatrzy częściej zalecali ECT w przypadku pacjentów z diagnozami, w których użycie ECT nie wydaje się uzasadnione (z punktu widzenia wyników badań empirycznych) [3]. W kolejnym badaniu 32 studentów trzy razy poproszono o przygotowanie diagnoz: (1) po pierwszym roku studiów, (2) po odbytych kursie analizy MMPI, (3) po ukończeniu rocznych praktyk z diagnozy i terapii. Ich trafność była większa po ukończeniu kursu dotyczącego MMPI, ale nie zmieniła się po odbyciu praktyk (czyli nie było istotnych różnic między pomiarem drugim a trzecim) [3].

Dlaczego terapeutów zawodzi doświadczenie? Dlatego, że ich ocena jest zniekształcona przez różnego rodzaju nieuświadomione procesy poznawcze. Jednym z nich jest tendencja do szukania informacji, które potwierdzają zakładane przez nich wstępne hipotezy, a lekceważenia źródeł informacji sprzecznych z nimi [3]. Prowadzi to do nadmiernej pewności sądów, a im bardziej terapeuta jest pewien swoich sądów, tym bardziej ignoruje informacje niezgodne z nimi. W jednym z badań studenci psychologii oglądali nagranie wywiadu z pacjentem, a następnie wymieniali pytania, jakie chcieliby zadać temu pacjentowi, aby uzyskać dodatkowe informacje. Gdy je przeanalizowano, okazało się, że 64% miało charakter confirmacyjny (pytania miały potwierdzić jakieś zakładane przez badacza przypuszczenie), 21% stanowiły pytania neutralne, a tylko 15% miało charakter falsyfikacyjny (czyli podważający zakładaną wstępnie tezę). Wynik ten wskazuje, że kiedy wstępnie zostanie postawiona diagnoza, to psycholog czy psychiatra będzie raczej dążył do jej potwierdzenia niż obalenia [3].

Teoretycznie, większe doświadczenie prowadzi do zwiększenia zakresu informacji o pacjencie, a w konsekwencji do trafniejszej diagnozy. Niestety, nie zawsze liczba informacji przekłada się na trafność diagnozy. Wydaje się raczej, że im większym zasobem informacji terapeuta dysponuje, tym bardziej jest pewny swoich diagnoz lub hipotez klinicznych, chociaż de facto trafność tych diagnoz/hipotez nie rośnie. A zatem wielość informacji jest związana bardziej z subiektywnym poczuciem pewności diagnozy niż jej rzeczywistą trafnością. Wspomniana strategia confirmacyjna prowadzi do zdobywania coraz to nowych informacji potwierdzających założoną diagnozę/hipotezę kliniczną i umniejszania wagi informacji z nią sprzecznych [3].

Przytoczone powyżej wyniki badań wcale nie dowodzą bezużyteczności doświadczenia klinicznego, wskazują jednak, jak niebezpiecznie jest polegać wyłącznie na własnym doświadczeniu. Sceptycyzm wobec formułowanych przez siebie hipotez w procesie terapii zalecany jest również w postsystemowych nurtach psychoterapii. A zatem paradoksalnie

niektóre zalecenia formułowane przez postmodernistycznych terapeutów znajdują wsparcie w psychologii akademickiej.

### **Ustrukturalizowane metody pracy terapeutycznej vs wiara w intuicję kliniczną**

Niektórzy psychoterapeuci (głównie pracujący w nurtach inspirowanych konstrukcjonizmem społecznym) odrzucają ustrukturalizowane metody pracy, uważając, że „struktura” przeszkadza w uważnym słuchaniu klienta/pacjenta [4]. Skupiają się na bacznym podążaniu za klientem/pacjentem, w czym pomaga im intuicja poparta wiedzą dotyczącą sposobów prowadzenia rozmowy i doświadczeniem. Intuicja jest tu oczywiście rozumiana jako proces myślowy, a nie rodzaj przeczucia opartego głównie na emocjach. Jest rodzajem zautomatyzowanego procesu myślowego, bazującego na doświadczeniu w zauważaniu pewnych wzorców zachowania pacjenta, i jednocześnie umiejętnością odrzucania szczegółów nieistotnych dla procesu terapii. Tak rozumiana intuicja może znacznie przyspieszać proces terapii, ale też prowadzić do fałszywych wniosków.

Porównywano trafność diagnoz opartych na określonych ustrukturalizowanych modelach z rozpoznaniem stawianymi przez klinicystów [5]. Wyniki tych badań pokazują, że diagnozy postawione przez klinicystów są mniej trafne niż diagnozy powstałe w wyniku zastosowania ustrukturalizowanych metod (tzw. diagnoza aktuarialna) [5]. W jednym z takich badań hospitalizowani psychiatrycznie pacjenci wypełniali test MMPI. Porównywano trafność przewidywań dotyczących diagnozy umieszczonej na wypisie pacjenta: (1) sformułowanych przez doświadczonych klinicystów oraz (2) wynikających ze specjalnej formuły matematycznej, opartej na wynikach testu MMPI. Badacze analizowali dwie generalne kategorie diagnoz: psychozę i nerwicę. Okazało się, że diagnozy aktuarialne były bardziej trafne niż diagnozy stawiane przez klinicystów [5].

Badania porównujące trafność diagnoz aktuarialnych oraz stawianych przez klinicystów nie dotyczyły diagnoz psychicznych mechanizmów zaburzeń, ale skupiały się na diagnozie nozologicznej. Modele matematyczne wydają się lepiej niż klinicyści przewidywać stosowanie przemocy i oceniać deficyty neuropsychologiczne [5]. Modele takie wykorzystywano także w diagnozie chorób somatycznych. Duża część rozpoznań (ale nie wszystkie) za pomocą modelu okazywała się bardziej trafna niż diagnozy stawiane przez lekarzy (z wyjątkiem sytuacji, gdy lekarz dysponował większą liczbą danych niż te wykorzystywane w modelu). Przykładowo, porównywano trafność diagnozy ataku serca stawianej przez lekarza SOR-u oraz uzyskanej za pomocą odpowiedniego modelu aktuarialnego [5]. Zarówno lekarz, jak i model tak samo trafnie diagnozowali aktualny atak serca, chociaż model lepiej wykazywał fałszywe alarmy. Model trafniej przewidywał też przyszłe ataki serca [5].

Terapeuci, którzy polegają na intuicji w swojej pracy, mają bardziej negatywny stosunek do badań, są mniej otwarci na wykorzystanie podejść terapeutycznych opartych na dowodach empirycznych, za to bardziej interesują się alternatywnymi sposobami terapii, a także podzielają fałszywe przekonania o zdrowiu [6]. Być może przeceniają wartość jednych informacji o pacjencie, a nie doceniają innych; przypisują szczególną wagę do pewnych wymiarów, lekceważąc inne.

W praktyce nie ma takich narzędzi psychometrycznych, które pozwoliłyby zastąpić klinicystę w stawianiu diagnoz. Być może jednak diagnozy te powinny w większym niż dotychczas stopniu opierać się na wynikach uzyskanych badań kwestionariuszowych. W psychoterapii istnieje bardzo silna i ugruntowana tradycja odwoływania się do podejścia idiograficznego. Czy rzeczywiście jednak podejście to wiąże się z bardziej skuteczną pomocą pacjentowi, czy tylko osoby reprezentujące je chcą wierzyć, że tak jest? Trudno jednak równocześnie nie zapytać, czy rzeczywiście intuicję kliniczną da się w pełni zastąpić ustrukturalizowanymi podręcznikami do diagnozy i terapii. Jeśli intuicja oznacza przypadkowość i chaos działań terapeuty, jest ona zapewne czymś niepożądanym. Intuicja może być jednak także automatyczną reakcją terapeuty bazującą na jego wiedzy [7].

### **Błędy poznawcze ograniczające obiektywizm terapeuty**

Wielu psychiatrów i psychologów podziela wiarę w „obiektywny punkt widzenia”. Starają się oni zebrać obiektywne informacje o pacjencie, aby na ich podstawie postawić trafną diagnozę i wdrożyć odpowiednie leczenie. Wiara we własny obiektywizm została silnie podważona przez konstruktywistów i konstrukcjonistów społecznych [4]. Konstruktywizm głosi, że percepcja jest ograniczona właściwościami tego, kto dokonuje obserwacji [4]. W praktyce oznacza to, że granice obiektywności diagnozy wyznaczają same ograniczenia diagnosty, np. jego sposób spostrzegania rzeczywistości, analizy danych, myślenia. Konstrukcjonści społeczni twierdzą, iż „obiektywna” wiedza jest zrelatywizowana do określonego kontekstu społeczno-kulturowego i zależy od tego kontekstu. Wiedza jest aktywnie konstruowana przez człowieka, a nie jest czymś biernie przez niego przyswajaniem [por. 8]. Na ową subiektywność poznania wskazują również wyniki badań empirycznych.

Obiektywizm klinicystów jest ograniczony przez różne błędy poznawcze, takie jak np.: 1) zasada podobieństwa, 2) korelacja pozorna, 3) regresja do średniej czy 4) efekt pewności wstecznej (choć oczywiście katalog tych błędów jest znacznie szerszy) [3].

Zasada podobieństwa mówi o tym, że lepiej oceniane są osoby, które wydają się podobne do osoby dokonującej oceny/diagnozy (choć oczywiście jest to proces nieświadomy) [9]. Przykładowo, w jednym z badań proszono o uporządkowanie listy pacjentów oczekujących na przeszczep nerki według kolejności, w jakiej mieliby być poddani zabiegowi. Okazało się, że na początku listy znaleźli się pacjenci, których preferencje polityczne były podobne do preferencji osób badanych [10]. Niekiedy o kolejności przeszczepu decydowało wydawałoby się zupełnie nieznaczące podobieństwo, np. dotyczące nazwiska: pani Kamińska i pani Kamieńska [10]. Warto w tym miejscu ponownie zaznaczyć, iż opisywane tu mechanizmy wnioskowania nie świadczą o zaburzonem spostrzeganiu rzeczywistości. W codziennym funkcjonowaniu człowieka mają one adaptacyjny charakter. Reprezentacja innych jest tworzona na podstawie małej liczby informacji, a pewne „luki” w wiedzy są dopełniane informacjami pochodzącymi z własnego doświadczenia. W psychoterapii jednak ten normalny proces tworzenia reprezentacji może w rezultacie prowadzić do błędów diagnostycznych.

Korelacja pozorna polega na dostrzeganiu związku, chociaż tego związku nie ma [3]. Terapeuci ulegają też złudzeniu, że skoro zjawisko B wystąpiło później niż zjawisko A, to A jest przyczyną B, lub gdy dwa zjawiska zachodzą w tym samym czasie, to jedno

jest przyczyną drugiego. Kiedy przykładowo psychoterapeuta, na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, stawia tezę, że w rodzinach pacjentów z danym typem zaburzenia psychicznego występuje określony rodzaj dysfunkcji, ryzykuje właśnie popełnienie błędu wynikającego z fałszywej korelacji. Co więcej, terapeuta taki może wpaść w pułapkę strategii konfirmacyjnej i będzie ignorował te wszystkie przypadki rodzin, w których występuje dany typ zaburzenia psychicznego, ale nie pojawia się dany rodzaj dysfunkcji rodzinnej (zresztą takie rodziny po prostu nie trafią do tego terapeuty, bo będą dobrze funkcjonowały).

Efekt pewności polega na tym, że wiedza o jakimś zdarzeniu wpływa na szacowane prawdopodobieństwo jego zajścia, np. jeśli pacjent podjął zamach samobójczy, diagnosta będzie retrospektywnie wysoko oceniał prawdopodobieństwo zajścia tego zamachu [3]. Potocznie zjawisko to opisywane jest w powiedzeniu: „mądry Polak po szkodzie”. Mając na uwadze właśnie ten efekt, należy z tym większą ostrożnością oceniać kolegów po fachu, którzy popełnili wydawałoby się oczywiste błędy. Stają się one oczywiste dopiero po zajściu danego wydarzenia. Jeśli z kolei terapeuta odniesie sukces w swojej pracy, to utwierdza go to w przekonaniu, iż metody, jakie zastosował, były skuteczne, i w konsekwencji nie doceni ryzyka związanego z zastosowaniem tych samych metod w przypadku innego pacjenta.

Terapeucie trudno jest także zachować obiektywny punkt widzenia ze względu na mechanizmy rządzące pamięcią. Pamięć nie jest bowiem czymś (jak się czasami wydaje), co działa na wzór taśmy filmowej, tj. stanowi w miarę dokładne odbicie rzeczywistości. Zapamiętujemy i przypominamy sobie według pewnych algorytmów. Przykładowo, lepiej pamiętamy przypadki pacjentów w jakiś sposób niezwykle lub takie, w których coś jest obecne (np. jakiś objaw), w porównaniu z takimi, w których czegoś brak. Poza tym pamięć „nie lubi” luk, które są automatycznie wypełniane [3]. W tym wypadku mówimy o generatywnej funkcji pamięci. Jeśli pacjent ma postawioną daną diagnozę, klinicysta może sobie przypomnieć objaw, którego pacjent wcześniej nie zgłaszał, ale który pasuje do diagnozy.

W świetle powyższych danych psychoterapeuta mógłby łatwo w ogóle zrezygnować z prób obiektywizacji własnego doświadczenia, przyjmując radykalnie konstrukcjonistyczne stanowisko. W artykule tym nie ma miejsca na rozwinięcie toczącej się dyskusji o roli obiektywności—subiektywności w pracy psychiatry/psychologa. Alternatywą jest potraktowanie prób obiektywizacji w terapii jako pewnego postulatu, który należy postawić, chociaż którego nigdy nie da się w pełni zrealizować (podobnie jak postulatu pełnej neutralności w systemowej terapii rodzin). Między oboma powyższymi stanowiskami (konstrukcjonistycznym oraz świadomym dążeniem do obiektywizacji) kryje się jeszcze jedno, które Lilienfeld i wsp. [1] nazywają naiwnym realizmem w terapii. Stanowisko to oznacza wiarę, że świat wygląda dokładnie tak, jak się go widzi. Skoro więc terapeuta dostrzeże efekty własnej pracy, to znaczy, że ma rację. Nie bierze on jednocześnie pod uwagę, że zmiana w terapii może być pozorna lub wywołana tylko efektem placebo, spontaniczną remisją, wpływem innych zmiennych niezwiązanych z terapią albo wynikać z tego, że klient będzie starał się uzasadnić swój udział w terapii, zainwestowany w nią czas i pieniądze (tzw. reguła zaangażowania, o której będzie jeszcze mowa w dalszej części artykułu). W końcu zmiana może być efektem regresji do średniej [1]. Zjawisko to polega

na tym, że po zajściu jakiegoś ekstremalnego wydarzenia jest mało prawdopodobne, że powtórzy się ono w jeszcze bardziej ekstremalnej formie. Stąd, jeśli do terapeuty trafi pacjent w złym stanie psychicznym, to bardziej prawdopodobne jest, że jego stan się poprawi, ale nie w wyniku oddziaływań terapeuty, tylko ze względu na (przynajmniej chwilowo) niższe nasilenie jego objawów — oczywiście jest to wyłącznie zależność statystyczna i nie sprawdza się w każdym przypadku.

### **Ograniczona wartość informacji zwrotnych uzyskanych od pacjenta**

W praktyce zarówno psychiatrzy, jak i psychologowie przywiązują dużą wagę do informacji zwrotnych od pacjenta. Psychiatra jako lekarz może jeszcze odwołać się do badań laboratoryjnych, aby wzbogacić i zobiektywizować swoją wiedzę o jego funkcjonowaniu, ale psycholog jest już pozbawiony tej możliwości. Diagnoza oraz udzielana później pomoc w dużej mierze (o ile nie w całości) bazują na wnioskach opartych na informacjach zwrotnych uzyskanych od pacjenta. Z perspektywy psychologii społecznej istnieje jednak co najmniej kilka powodów, dla których powinniśmy traktować je z ostrożnością [9].

Pacjenci mogą obawiać się wchodzenia z lekarzem czy terapeutą w jakąkolwiek dyskusję. Czasami wynika to z ich konformizmu (który również będzie przejawiał się w tendencji do zgadzania się z klinicystą). Niezależnie też od starań terapeutów, będą oni postrzegani jako eksperci. Pacjent, zwłaszcza ten, który nie miał dotychczas do czynienia z klinicystami, będzie traktował lekarza/terapeutę jako autorytet i wzorował się na nim (tak jak wzorujemy się na osobach, które wydają się nam bardziej doświadczone w sytuacjach, w których znajdujemy się po raz pierwszy). Pacjent łatwo może spostrzegać terapeuta jako eksperta mającego większą wiedzę i doświadczenie, nawet jeśli ten temu zaprzecza i twierdzi, że to „klient jest ekspertem od własnego życia”.

Inna potencjalna przyczyna to lęk przed odrzuceniem przez psychiatrę/psychologa. Niektórzy pacjenci, zgadzając się z lekarzem, szukają u niego przede wszystkim akceptacji. Być może dotyczy to zwłaszcza osób, które doświadczyły tego (np. we własnych rodzinach pochodzenia), że odmienna opinia, różnica zdań prowadzi do odrzucenia. „Potakiwanie” pacjenta może też wynikać z tego, iż nie ma on pełnego wglądu w to, co się z nim dzieje. Zgadza się z terapeutą, gdyż sam nie do końca potrafi oddać to, czego doświadcza, lub znaleźć właściwych słów, za pomocą których mógłby wyrazić swoje myśli i odczucia. Sposób, w jaki terapeuta opisuje jego własne doświadczenie, wydaje mu się najlepszy, gdyż jedyny dostępny w danym momencie. Zjawisko to może zwłaszcza zachodzić w przypadku, gdy terapeuta poświęca za mało czasu na to, aby sam pacjent znalazł najważniejsze słowa do opisu swojego doświadczenia.

Trudno też polegać na informacjach zwrotnych ze względu na dwa zjawiska dotyczące klienta/pacjenta, tj. behawioralne potwierdzanie i nieświadomą akomodację [9]. Behawioralne potwierdzanie polega na tym, że pacjent zachowuje się tak, jak wydaje się mu, że spodziewa się po nim rozmówca; robi to w sposób nieświadomy. Podobnie na nieświadomym poziomie zachodzi akomodacja, czyli wzajemne dostosowanie się do siebie rozmówców w wielu różnych wymiarach, np. jeśli psycholog mówi krótkimi zdaniami, tak samo robi pacjent. Jeśli zaś klinicysta zmienia styl rozmowy i zaczyna używać długich zdań, to pacjent również zaczyna tak się wypowiadać. To, co lekarz lub terapeuta może

zatem traktować jako potwierdzenie dla swojej tezy, wynika w niektórych przypadkach stąd, że pacjent/klient dostosowuje się do oczekiwań klinicysty. W niektórych przypadkach pacjent zaczyna zatem naśladować sformułowania terapeuty i jego sposób zachowania, co ten myli z wglądem lub pozytywnymi efektami terapii.

Psycholodzy opisują także tzw. efekt Barnuma, inaczej zwany efektem horoskopowym [9]. Polega on na odczytywaniu niejednoznacznego opisu jako trafnej i znaczącej charakterystyki nas samych, mimo że został on wygenerowany celowo jako niejednoznaczny, nie uwzględnia on jakichkolwiek specyficznych dla nas informacji. Między innymi na tym właśnie bazują horoskopy: im bardziej opis jest niespecyficzny, tym większa szansa, że osoba, do której jest on skierowany, uzna go za trafny. W związku z tym, im bardziej informacja przekazywana przez psychiatrę/psychologa jest ogólna, tym większe prawdopodobieństwo, że pacjent uzna ją za pasującą do siebie. Klinicysta zatem, szukając potwierdzenia dla swojej diagnozy w informacjach zwrotnych od pacjenta, łatwo je znajdzie, jeśli tylko wystarczająco ogólnie sformułuje swoją wypowiedź (przykładowo, im ogólniejsza interpretacja, tym większa szansa, że klient ją przyjmie).

W jednym z badań studenci wypełniali krótki kwestionariusz [9]. Po tygodniu otrzymywali rzekomy wynik badania z oceną ich osobowości, który zawierał ogólne stwierdzenia typu: Jest w tobie wielka potrzeba, aby inni cię lubili i podziwiali lub Przejawiasz tendencję do bycia krytycznym wobec siebie, albo Masz wielkie zasoby niewykorzystanych zdolności, z których nie czynisz użytku (kto w końcu nie lubi sobie myśleć, że ma ukryte talenty). Badani oceniali na 5-stopniowej skali trafność tych stwierdzeń, przy czym 5 oznaczało doskonałą trafność. Średnia ocen dla całej 39-osobowej grupy wyniosła 4,26, a zatem badani w większości traktowali te zdania jako prawdziwe w odniesieniu do samych siebie.

W innym badaniu studentów podzielono na dwie grupy: dorosłych dzieci alkoholików (grupa DDA) i grupę kontrolną [3]. Osobom z obu grup losowo przypisano albo profil osobowości charakterystyczny dla DDA, albo profil ogólny stworzony zgodnie z zasadą efektu horoskopowego. Porównywano zatem cztery grupy: 1) osoby DDA otrzymujące profil DDA, 2) osoby DDA otrzymujące „profil horoskopowy”, 3) osoby nie-DDA otrzymujące profil DDA, 4) osoby nie-DDA otrzymujące „profil horoskopowy”. 79% badanych DDA oraz 70% osób z grupy kontrolnej stwierdziło, iż profil horoskopowy dobrze lub bardzo dobrze je opisuje. Z innych jeszcze badań wynika, że silniejszy efekt horoskopowy występuje, gdy pacjent wierzy w autorytet diagnosty oraz im bardziej tajemnicza i niezrozumiała jest dla niego jako laika dana metoda diagnostyczna.

To, co pacjent ujawnia, może również zależeć od tego, jak spostrzega on osobę badającą. Stemplewska-Żakowicz [9] przytacza badanie, w którym pokazywano studentom zdjęcia roznieglizowanych modelek i proszono ich o stworzenie do tych zdjęć jakiegoś krótkiego opowiadania. Kiedy prośbę formułował młody, sympatyczny doktorant, opowiadanie miało wiele akcentów erotycznych. Kiedy jednak o to samo prosił poważny, formalnie zachowujący się profesor, badani ujawniali tylko śladowe fantazje erotyczne. Wyraźnie zatem widać, że nawet jeśli klinicysta poprosi o jakieś informacje, odpowiedź, jaką uzyska, będzie zależała od tego, jak będzie spostrzegany przez pacjenta.

Oczywiście końcowa konkluzja płynąca z zaprezentowanych badań nie podważa wartości informacji zwrotnych. Wskazuje jednak, że informacje te powinny być tylko jednym ze źródeł danych o pacjencie i procesie leczenia.



### **Wpływ reguły zaangażowania i niedostępności terapeuty na motywację pacjenta do terapii**

Zarówno psychiatrzy, jak i psycholodzy wiedzą, jak ważne i trudne bywa zmotywowanie pacjenta do podjęcia z nimi współpracy. Psychoterapeuci podkreślają wagę wewnętrznej motywacji do leczenia [11]. Jeśli pacjent podejmuje psychoterapię z powodów zewnętrznych nacisków (np. bliskich osób), to jej powodzenie może być znacznie mniejsze. Czasami jednak ów zewnętrzny nacisk ma subtelniejszy charakter niż po prostu namawianie do psychoterapii.

Wcale nierzadko na terapię u wybitnych psychoterapeutów trzeba czekać kilka miesięcy. Zresztą sama wstępna konsultacja u terapeuty nie oznacza natychmiastowego rozpoczęcia leczenia, a wyłącznie zakwalifikowanie do niego. Kiedy jednak pacjent w końcu rozpoczyna terapię, na jego motywację może mieć dodatkowo wpływ takie zjawisko, jak reguła niedostępności terapeuty [10]. W marketingu powszechnie wiadomo, że towar, którego dostępność jest ograniczona, staje się bardziej pożądanym. Na tym bazują wszystkie „limitowane serie”, gdy firma wypuszcza na rynek tylko pewną liczbę danego sprzętu, np. elektronicznego. Terapeuta, u którego na wizytę trzeba dłużej czekać, staje się właśnie takim „limitowanym towarem”, a zatem czymś bardziej pożądanym. Poza tym samo czekanie już angażuje pacjenta wpływając na jego motywację. Im dłużej czeka zatem na rozpoczęcie terapii, tym większej wartości nabiera ona dla niego. Z tej perspektywy kilkukrotne wstępne konsultacje poprzedzające terapię lub promocje na wizyty u psychologa i psychiatry ogłaszane czasami w różnych prywatnych ośrodkach zdrowia psychicznego bazują na mechanizmie zaangażowania pacjenta. Oczywiście mechanizm ten ma jednak swój ograniczony wpływ, gdyż — jak wiemy — pacjenci niekiedy rezygnują z terapii.

Jeśli Czytelnik korzysta ze środków komunikacji miejskiej, to wie, jak trudno jest zrezygnować z oczekiwania na autobus, który się spóźnia, i przejść parę przystanków na piechotę. W tym wypadku działa reguła zaangażowania [10]. Człowiek, angażując się w jakieś działanie (nawet dopiero przygotowując się do niego), będzie skłonny je kontynuować, nawet pomimo ponoszonych strat [12]. Pacjent przekonuje sam siebie, że warto czekać na rozpoczęcie terapii. Gdyby z niej zrezygnował (po okresie oczekiwania), miałby poczucie, że oczekiwanie na terapię nie było tego warte, a on zaangażował swoją energię w działanie, które się mu nie opłaciło (co może z kolei świadczyć o tym, iż dokonuje złych wyborów). Broniąc pozytywnego obrazu siebie, uzasadnia, dlaczego warto kontynuować rozpoczętą terapię i umawia się na kolejne sesje terapeutyczne. Rezygnację z terapii odczuwałby nie tylko jako stratę, ale też mógłby mieć poczucie, że w ten sposób okazał się osobą niekonsekwentną, podejmującą złe wybory i bojącą się zmian. W konsekwencji, angażując się w terapię, ignoruje straty, jakie ponosi w jej wyniku (stratą będzie np. brak postępu w terapii, zaangażowany czas i pieniądze). Podobne zjawisko dotyczy graczy giełdowych. Niektórzy z nich, jeśli kupią jakieś papiery wartościowe przynoszące straty, nie sprzedają ich, tylko czekają, aż ich cena wzrośnie (mimo że ta ciągle spada). Gdyby, minimalizując straty, sprzedali papiery wartościowe, musieliby przyznać przed samymi sobą, że popełnili błąd przy kupnie.

Wyniki badań dają też pośrednie dowody na to, jak istotną rolę odgrywa poczucie swobody wyboru przy decyzji o podjęciu lub kontynuowaniu terapii. Wojciszke [12] pisze, że

większość procesów decydujących o mechanizmie zaangażowania pojawia się jedynie pod warunkiem swobody wyboru w trakcie podejmowania decyzji. Pacjenci muszą czuć, że dalszy udział w psychoterapii zależy od nich samych, a nie jest wynikiem nacisku ze strony psychoterapeuty. Wojciszke [12] przytacza badanie, w którym wzięły udział osoby bojące się węży. Miały one za zadanie podejść do szklanego pojemnika z gadem. Mierzono ich odległość od terrarium. Następnie badanych informowano, że mogą wziąć pieniądze za udział w eksperymencie i się wycofać (warunki swobodnego wyboru) albo nie pozostawiono im możliwości wyboru i przystępowano od razu do terapii (warunki braku wyboru). Po ukończeniu terapii implozywnej polegającej na wielokrotnym wyobrażaniu sobie silnie lękotwórczych epizodów z gadami, ponownie zmierzono odległość pacjenta od pojemnika z wężem (jako miarę efektywności terapii). Terapia okazała się skuteczniejsza w przypadku osób, które poddały się jej w warunkach swobodnego wyboru. „Kiedy natomiast wysiłek był narzucony z zewnątrz, jego wykonanie w znacznie mniejszym stopniu redukowało lęk, zapewne dlatego, że badani nie musieli zmieniać swoich uczuć, aby wysiłek ów uzasadnić (był on uzasadniony wymaganiami badacza)” [12, s. 289].

Wyniki przytoczonego badania pozwalają przypuszczać, że zbyt duży nacisk terapeuty na kontynuowanie terapii przez klienta/pacjenta może prowadzić do obniżenia jego motywacji. Psychoterapeuci zresztą doskonale o tym wiedzą, przestrzegając, aby nie odbierać klientowi/pacjentowi odpowiedzialności za udział w terapii — to on sam ma być na nią zdecydowany i widzieć jej sens. A zatem terapeuta musi wyważyć między motywowaniem go do podejmowania wysiłku w terapii a unikaniem zbytniego nacisku i przyjmowania za niego odpowiedzialności.

### **Podsumowanie: refleksja terapeuty jako sposób ograniczenia wpływu błędów poznawczych**

Każde spotkanie z pacjentem jest interakcją społeczną [9]. Interakcję tę można opisywać za pomocą pojęć specyficznych dla psychoterapii, ale można też sięgnąć do wyjaśnień oferowanych przez psychologię społeczną i poznawczą. Daje to możliwość weryfikacji różnego rodzaju przekonań, jakie mają psychologowie i psychiatrzy, za pomocą innych niż przyjętych w psychoterapii metod.

Wyniki prezentowanych badań pokazują, jak w ograniczonym stopniu można ufać własnemu doświadczeniu, intuicji czy polegać na informacjach zwrotnych uzyskanych od pacjenta. Trudno psychiatrom i psychologom bazować na obiektywizmie własnego poznania. Co zatem pozostaje osobom zajmującym się pomocą? Mogą intensyfikować poszukiwania narzędzi umożliwiających jak najbardziej trafne i rzetelne postawienie diagnozy i wdrożenie dalszego leczenia. Postępowanie to obarczone jest jednak ryzykiem dehumanizacji, ignorowania cierpienia pacjenta. Stawia nas też przed pytaniem, czy rzeczywiście możliwe jest w pełni trafne i rzetelne poznanie człowieka. Można również przyjąć inne skrajnie radykalne stanowisko, odrzucając w ogóle obiektywizm, zakładając, że wiedza wręcz utrudnia poznanie pacjenta i rozmowę z nim. To drugie stanowisko, chociaż atrakcyjne dla niektórych psychoterapeutów, jest trudne do przyjęcia, zwłaszcza dla lekarzy, ze względu na charakter ich zawodu oraz stawiane przed nimi cele. Jaka jest zatem

droga środka? W tym przypadku zarówno psychoterapeuci, jak i psycholodzy społeczni odpowiadają jednym głosem: stała refleksja nad własną pracą.

Niestety, wiedza o mechanizmach, jakie zachodzą w relacji pacjent—lekarz, nie chroni przed popełnianiem błędów. Być może pozwala jednak wyciągać ostrożniejsze wnioski. Wprawdzie błędów nie da się uniknąć, ale ich świadomość pozwala ograniczyć wpływ, jaki mogą one potencjalnie wywierać na praktykę. Psycholodzy społeczni, gdy piszą o tym, jak ustrzec się przed tymi błędami, radzą, aby nie ulegać automatycznym reakcjom, tylko dać sobie czas na refleksję [10]. W psychoterapii takim czasem na refleksję jest oczywiście superwizja lub chociażby spokojne przemyślenie tego, co dzieje się w relacji psychiatra/psycholog—pacjent. Refleksja powinna także obejmować poszukiwanie różnych alternatywnych wyjaśnień wobec tych, jakie się przyjęło w przypadku terapii danego pacjenta/klienta. W tym ujęciu superwizja polegałaby na stałym kwestionowaniu przyjmowanych przez terapeuta przekonań dotyczących klienta/pacjenta, co z kolei ma prowadzić do powstania nowych wyjaśnień, które także mają być poddane sceptycznej refleksji. Taki model stałego kwestionowania założeń własnej pracy jest proponowany między innymi przez terapeutów, którzy czerpią z postmodernizmu [4].

Zwróćmy uwagę na jeszcze jedno niebezpieczeństwo: większa wiara w doświadczenie i intuicję kliniczną wspiera przekonanie o własnym obiektywnym (lub przynajmniej słusznym) punkcie widzenia. W konsekwencji terapeuta nie ma potrzeby wykorzystywania metod terapii bazującej na dowodach empirycznych [6]. O ile terapeuci spostrzegają wyniki badań jako potencjalnie użyteczne źródło informacji dla swojej praktyki, o tyle nie korzystają z tego źródła szczególnie chętnie [1]. W Wielkiej Brytanii przeprowadzono badanie on-line skierowane do ponad 4 tysięcy terapeutów, z czego odpowiedziało 736 osób [13]. Otóż na ich decyzje dotyczące diagnozy i terapii mają przede wszystkim wpływ kliniczne doświadczenie oraz superwizja, a nie dane z badań. Bez wątplenia psychoterapia oparta na dowodach empirycznych niesie ze sobą również ograniczenia, które wymagałyby omówienia w odrębnej publikacji. Postawmy jednak pytanie, czy w świetle przytoczonych w niniejszym artykule systematycznych błędów we wnioskowaniu terapeuci nie powinni w większym stopniu korzystać z wyników badań?

Kończąc, przytoczmy cytat dotyczący zupełnie innego zagadnienia, tj. chirurgii onkologicznej, czasami bowiem prościej dostrzec pewne zjawiska na przykładzie pochodzącym z innej dziedziny niż własna. Mowa o radykalnej chirurgii onkologicznej, która była bardzo popularna w latach 30. ubiegłego wieku. Chirurdzy wycinali coraz większą część tkanek wokół guza w celu uniknięcia przerzutów. Metoda ta często wiązała się z zasadniczym obniżeniem jakości życia pacjentów, przy czym jej skuteczność przyjmowano „na wiarę”, chociaż ostatecznie okazywała się mało efektywna. „Halsted, Brunschwig i Pack [chirurdzy onkologiczni] uporcezywie przeprowadzali bardzo rozległe zabiegi, bo szczerze wierzyli w to, że za ich pomocą pokonają raka. Ale brakowało im formalnego dowodu, a w miarę jak zapuszczali się coraz dalej w wędrówce po przyłádkach własnych przekonań, dowód wydawał się coraz mniej istotny, badania kliniczne zaś niemożliwe do przeprowadzenia. Im żarliwiej chirurdzy wierzyli w operacje, tym mniej wykonalne stawało się poddanie tych operacji formalnym badaniom naukowym” [14].

### Piśmiennictwo

1. Lilienfeld S, Ritschel LA, Lynn SJ, Robin L, Cautin RL, Robert D. Lutzman RD. Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clin. Psychol. Rev.* 2013. Uzyskano ze strony <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
2. Walfish S, Mcalister B, O'Donnell P, Lambert M. An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol. Rep.* 2012; 110 (2): 639–644.
3. Garb H, Boyle P. Understanding why some clinicians use pseudoscientific methods. Findings from research on clinical judgments. W: Lilienfeld S, Lynn S, Lohr J, red. *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York, London: The Guilford Press; 2003, s. 17–38.
4. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
5. Dawes R. *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press; 1996.
6. Gaudio B, Brown L, Miller I. Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *J. Eval. Clin. Pract.* 2011; 17 (4): 628–634.
7. Witteman C, Spaajjaars N, Aarts A. Clinical intuition in mental health care: A discussion and focus groups. *Couns. Psychol. Quart.* 2012; 25 (1): 19–29.
8. Górnjak L. Konstruktywizm a zmiany w praktyce psychoterapeutycznej. W: Górnjak L, Józefik B, red. *Ewolucja myślenia systemowego w terapii rodzin. Od metafory cybernetycznej do dialogu i narracji*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2003, s. 33–56.
9. Stemplewska-Żakowicz K. *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2009.
10. Cialdini R. *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2010.
11. Trzebińska E. Przygotowanie do rozpoczęcia terapii. W: Grzesiuk L, red. *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki. T. I*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia; 2005, s. 271–308.
12. Wojciszke B. *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2013.
13. Gyani A, Shafran R, Myles P. The gap between science and practice: how therapists make their clinical decisions. *Beh. Ther.* 2014; 45 (2): 199–211.
14. Mukherjee S. *Cesarz wszystkich chorób*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2013 (wersja elektroniczna).

Adres: [szymek@psych.uw.edu.pl](mailto:szymek@psych.uw.edu.pl)