

Bogusław KWARCIAK

PLURALIZM POSZUKIWAŃ NAUKOWYCH
A DOŚWIADCZENIA WSPÓŁCZESNEJ
PSYCHIATRII

- Nancey Murphy, *In Quest of Revolution in Psychiatry: Conclusions From Thirty Years of Outcome Research*, Praca doktorska.

Postulat P. K. Feyerabenda oraz I. Lakatosa nakazujący rozwijanie w nauce wielu alternatywnych teorii na raz, choć stanowi poważne zabezpieczenie przed dogmatyzmem, spotyka się z wielokierunkową krytyką. Zdaniem niektórych autorów najogólniej rzecz biorąc, hamuje on postęp, ponieważ prowadzi do trwonienia sił i środków na badania, które nie roszą w danej chwili poważniejszych nadziei. Dylematem tym zajęła się Nancey Murphy w pracy *W poszukiwaniu rewolucji w psychiatrii: konkluzja z wyników badań dokonanych w ciągu trzydziestu lat*. Po dane sięgnęła do bieżącej praktyki naukowej, obierając za przedmiot badań leczenie psychiatryczne, gdzie często wysuwa się zastrzeżenia do wielotorowych poszukiwań. Padają następujące opinie: spory między szkołami są stratą czasu, rozwijanie mało skutecznych form terapii odbywa się kosztem skuteczniejszych, możliwość wyboru odciąga chorych od rzeczywiście efektywnych kuracji. Za najogólniejszy punkt wyjścia przyjmuje Murphy płynące z teorii T. S. Kuhna wskazanie, że jeśli się chce doprowadzić do postępu w nauce, a więc do rewolucji, trzeba zdecydować się na budowę nowego paradygmatu.

Według autorki, w leczeniu psychiatrycznym konkurują ze sobą obecnie tylko dwa modele, jeden upatrujący przyczynę zaburzeń psychicznych w doświadczeniach interpersonalnych (nazwany psychospołecznym), drugi powołujący się na zaburzenia fizjologiczne (otrzymał nazwę medycznego). Pada również teza, że drugi zdobył w ciągu ostatnich trzydziestu lat poważną przewagę nad pierwszym. Takie spojrzenie

*UWAGA: Tekst został zrekonstruowany przy pomocy środków automatycznych; możliwe są więc pewne błędy, których sygnalizacja jest mile widziana (obi@opoka.org). Tekst elektroniczny posiada odrębną numerację stron.

na psychiatrię ma ogromne znaczenie dla całości rozważań. Jeśli jest słuszne, dziedzina ta staje przed dylematem, który wyłania się z prac Kuhna, Feyerabenda i Lakatosa. Można więc na materiale empirycznym, a na dodatek stosunkowo ograniczonym zbadać, jakie korzyści i straty przyniosłoby wykorzystanie modelu medycznego jako materiału na paradygmat.

Wymaga podkreślenia fakt, że w ten sposób studium z filozofii nauki staje się próbą metodologicznego uporządkowania psychiatrii i częściowo psychologii, dziedzin w których odczuwa się brak ogólnej refleksji metodologicznej.

Autorka nie uzasadnia szczegółowo podziału na modele, choć stawia ona obok siebie między innymi psychoanalizę, neopsychanalizę i behawioryzm (w modelu psycho-społecznym). Wiele zabiegów poświęca natomiast Murphy na wykazanie, że model medyczny uczynił znaczny postęp w ciągu ostatnich trzydziestu lat, w przeciwieństwie do swojego konkurenta. Po rozważeniu wielu trudności związanych z oceną efektów psychoterapii wysuwa następujące konkluzje na temat modelu psycho-społecznego:

1. leczenie prowadzone w oparciu o metody psychologiczne nie daje lepszych wyników niż wyleczenie samoistne czy przy pomocy placebo;
2. nie ma istotnych różnic między wynikami uzyskiwanymi przez różne formy psychoterapii (teza 2 wzmacnia tezę 1).

Przeciwnie zostaje oceniona skuteczność działań psychiatrii. Zdaniem Murphy, osiągnęła ona duży postęp, wprowadzając do leczenia przede wszystkim:

1. fenotiazynę oraz inne leki przeciw schizofrenii,
2. środki działające przeciwdepresyjnie,
3. sole litu.

Dopiero uzasadnienie tezy o przewadze modelu medycznego pozwala zapytać, co stałoby się w psychiatrii, gdyby został wyeliminowany drugi model. Murphy twierdzi, że zmniejszyłoby to skuteczność poszukiwań, ponieważ model psychospołeczny wydobywa anomalie medycznego. Jej zdaniem, obydwie stanowiska uzupełniają się, o czym świadczy najlepiej sumowanie się skuteczności farmako- i psychoterapii. Zamiast rozbudowania mającej przewagę teorii do paradygmatu praca postuluje stworzenie modelu integralnego, o którym pisali już, między innymi: A. Meyer, W. B. Cannon, G. Engels i G. Schwartz.

Murphy proponuje przyjąć za fundament takiej konstrukcji (za Schwartzem) pojęcie pętli sprzężenia zwrotnego (*feedback loop*). Swoją idee wyjaśnia, stosując to pojęcie do analizy depresji. Czytamy: „Teoria

depresji oparta na sprzężeniu zwrotnym mogłaby opierać się na przypuszczeniu, że mamy wbudowany mechanizm do radzenia sobie ze smutkiem, i mechanizm ten pozwala na wyzbycie się go, zaś do depresji dochodzi, gdy działa źle” (s. 86).

Szczególnie dużo miejsca poświęca się w pracy efektowi placebo. Autorka widzi w nim największą anomalie dla modelu medycznego, której wagę mogą uświadomić tylko teorie alternatywne, zwłaszcza założenia psychoterapii chorób związanych ze stresem. Jeśli zważymy jeszcze — głosi praca — że zjawisko to występuje w leczeniu psychoz, raka, wrzodów, a nawet ran operacyjnych, model psychospołeczny prawdopodobnie doprowadzi w przyszłości do licznych przeformułowań w medycznym. Swoje przypuszczenie podbudowuje Murphy, powołując się na związany prawdopodobnie z efektem placebo wzrost produkcji β -endorfin w organizmie (substancje działające przeciwbólowo), a więc na fizjologiczną stronę leczenia przy pomocy substancji obojętnych dla organizmu. Jej znalezienie stanowi wszak ważny krok w kierunku modelu integralnego.

Jak już wspomniałem, rozumowanie przedstawione w pracy opiera się na założeniu, że istnieją tylko dwa modele choroby psychicznej, przy czym model medyczny zdobył przewagę. Dychotomiczny podział, który proponuje autorka, uważam za bardzo celny — usuwa on wiele złudzeń co do wszechstronności ujęcia psychologicznego i psychiatrycznego. Uwzględnianie więc przez psychologię podłoża organicznego zaburzeń nie prowadzi do żadnych konsekwencji praktycznych, gdyż punkt ciężkości rozumowania wyznacza model. Podobnie jest w przypadku psychiatrii usiłującej wzbogacić swoją metodę o oddziaływania na psychikę.

W tej sytuacji nawoływanie autorki do stworzenia integralnego modelu wcale nie wyważa otwartych już drzwi. Ujęcie całościowe, psychomedyczne nie istnieje w rzeczywistości, jak niektórzy próbują sugerować. Jeśli więc lekarz obok rutynowego zapisania leku zaleca także psychoterapię czy psycholog namawia do zażywania środków psychotropowych, obydwaj jedynie zestawiają metody, między którymi trudno ustalić związek.

Nie zgadzam się natomiast z ocenami obydwu modeli. Przede wszystkim sądzę, że zgromadzone dotąd dane na temat psychoterapii są skąpe i wpływa na nie tyle zmiennych niekontrolowanych, że trzeba wstrzymać się ze zbyt ogólnymi wnioskami. Murphy, moim zdaniem, dokonuje oceny zbyt pochopnej i jednostronnej.

Nie znajdujemy też w pracy szczegółowej dyskusji nad efektami działania leków psychotropowych. Autorka stosuje jedynie pomysłowy zabieg metodologiczny, opierając swoje sądy wyłącznie na zdaniu przedstawi-

cieli modelu psycho-społecznego. Myślę, że wszystkie oceny będą niewiele warte, dopóki nie odpowiemy na pytanie, czy zmiany behawioralne spowodowane przez leki psychotropowe są rzeczywistym usunięciem choroby. Ogólne podwyższenie nastroju po lekach antydepresyjnych niekoniecznie musi oznaczać wyleczenie z depresji, lecz tylko ogólną, niespecyficzną aktywację organizmu, zwłaszcza układu nerwowego. W grę wchodzi również poważna zmienna zakłócająca — lęk przed działaniem ubocznym. Wydaje mi się, że wielu pacjentów oddziałów psychiatrycznych, obserwując poważne skutki uboczne działania leków psychotropowych ma tendencję (często ukrytą) do dyssymulacji, za cenę szybkiego wypisania ze szpitala.

Murphy nie uwzględnia również dwóch innych różnic związanych ze stosowaniem wyodrębnionych przez siebie modeli. Po pierwsze, nie bierze pod uwagę, że podejście medyczne łatwiej stosować, bo nie stawia ono żadnych innych wymagań choremu niż poddanie się kuracji. Ludzie łatwo wchodzi w rolę pacjenta, gdyż znają ją od dzieciństwa. Psychoterapia żąda tymczasem długotrwałej aktywności połączonej z autorefleksją, czasami bardzo przykrą. Po drugie, ważne są wpływy instytucjonalne. Lecznictwo ze swymi laboratoriami i licznym personelem, odnoszące takie sukcesy jak transplantacje serca, budzi większe zaufanie.

W sumie nie wiadomo więc, czy model medyczny działa rzeczywiście skutecznie. Dlatego osobiście postawiłbym pod znakiem zapytania wywód nad rolą modelu psycho-społecznego w obecnej sytuacji. Możemy ja źle ocenić, jeśli faktycznie podejście medyczne nie dokonało postępu. Niewykluczone, że postęp ten przyniesie rozwiązanie problemu efektu placebo. Inaczej trzeba więc będzie patrzeć na rolę modelu psycho-społecznego.

Opisana wyżej kontrowersja nie umniejsza jednak podstawowego waloru pracy: jako jedna z nielicznych w metodologii używa ona materiału nie historycznego, lecz zaczerpniętego z bieżącej praktyki naukowej. Ma więc poważne konsekwencje praktyczne.

Bogusław Kwarciak
Instytut Psychologii
Uniwersytetu Jagiellońskiego