ALTERNATOR
Misliti znanost.

(Klinična) psihologija kot avtonomna znanost: kritika biomedicinskega pojmovanja duševnih motenj

6. 6. 2024

Number: 13/2024

Author:

- Dino Manzoni



Foto: Arne Hodalič

Ob aktualni razpravi o zakonski ureditvi področja psihoterapije v Sloveniji se med drugim zastavlja vprašanje statusa klinične psihologije. Slednjo je mogoče opredeliti kot posebno vejo psihologije, ki se ukvarja z ocenjevanjem in obravnavo duševnih težav ali motenj. Klinični psiholog na podlagi zbranih podatkov pripravi psihološki izvid, v katerem poda opis aktualnega duševnega funkcioniranja osebe. Pri tem se osredotoča predvsem na oceno njenega kognitivnega delovanja, doživljanja, vedênja in čustvovanja. Naj ta okvirni oris postopka zadošča za zastavitev vprašanja, kako klinično okolje in znotraj njega prevlada medicinskega diskurza vplivata na avtonomijo psihološke discipline in prakse.

Začnimo s kritičnimi izsledki in pobudami belgijskega kliničnega psihologa in profesorja Paula Verhaegheja. Povzemimo zgolj nekaj opazk, argumentov in dokazov, ki jih je avtor formuliral v svojem odmevnem delu iz leta 2008 z nekoliko provokativnim naslovom *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics* (https://www.routledge.com/On-Being-Normal-and-Other-Disorders-A-Manual-for-Clinical-Psychodiagnostics/Verhaeghe/p/book/9781855756885) (*O normalnosti in drugih motnjah: priročnik za klinično psihodiagnostiko*). Ob izidu v ZDA je za knjigo prejel Goethejevo nagrado. Verhaeghe je magistriral iz psihologije na Univerzi v Gentu, kjer je tudi doktoriral iz klinične psihologije, v svojem drugem doktoratu pa se je posvetil klinični psihodiagnostiki.

Verhaeghe v omenjenem kar 528-stranskem priročniku ostro kritizira prevladujočo pozitivistično paradigmo v psihologiji in pristop, ki se osredotoča na posameznika, kot da je ta izoliran od sveta, kar naj bi klinično psihodiagnostiko odpiralo in podrejalo vplivu medicinske stroke. Ob tem poudarja in zagovarja specifičnost predmetnega področja psihološke znanosti – torej njenih konceptualnih, diagnostičnih in terapevtskih orodij –, ki se bistveno razlikuje od medicinske znanosti, njenih predpostavk, instrumentov, metod in tehnik. Znanstveno avtonomijo klinične psihologije najbolj očitno spodjeda ravno ideološki vpliv medicinskega pojmovanja duševnih bolezni, ki je razviden iz uradnih psihiatričnih klasifikacijskih sistemov, med katerimi

sta najbolj poznana in reprezentativna *Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje* (https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596) (DSM), ki ga izdaja Ameriško psihiatrično združenje (https://www.psychiatry.org/), ter *Mednarodna klasifikacija bolezni (https://www.who.int/publications/i/item/9789240077263)* (MKB), ki jo izdaja Svetovna zdravstvena organizacija.

Lahko bi domnevali, da se izraz »statistični« v naslovu priročnika DSM nanaša na statistično podprto klasifikacijo duševnih motenj, kar pa ne drži. Klinični psiholog Stijn Vanheule v svoji prepričljivi študiji iz leta 2017 *Psychiatric Diagnosis Revisited: From DSM to Clinical Case Formulation* (https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-44669-1) (*Ponovni pregled psihiatričnih diagnoz: od DSM-ja do formulacije kliničnega primera*) ugotavlja, da imajo predlagane diagnostične kategorije v omenjeni klasifikaciji zelo nizko konstrukcijsko veljavnost. Pri tem opozarja zlasti na neustrezno znanstveno utemeljitev – sporni so statistični in tudi drugi raziskovalni postopki, na podlagi katerih so bile oblikovane kategorije v priročniku DSM. Zgovorno je dejstvo, da se je število diagnostičnih kategorij z leti povečevalo. V predhodniku priročnika DSM, *Statističnem priročniku za uporabo v ustanovah za duševno bolne* iz leta 1918 jih je bilo 22, nato je število v prvi izdaji DSM–I (1952) naraslo na 106, z uvedbo najnovejše verzije DSM–V–TR (2022) pa na kar 365.

Na mestu je vprašanje, kaj opredeljuje zgoraj omenjeni psihiatrični klasifikaciji. DSM in MKB sta politetični psihiatrični nozologiji, za kateri je značilen strogo deskriptiven pristop, manjkata pa širša teoretska utemeljitev in umestitev predlaganih diskretnih kategorij in (diferencialno)diagnostičnih kriterijev. Tako so denimo mejne vrednosti med diagnostičnimi kategorijami določene arbitrarno, torej so teoretsko neosnovane. Ni jasno, kako so utemeljeni izbori točno določenega števila diagnostičnih meril, razmejitve med kategorijami ter prekrivanja simptomov in njihovo trajanje, potrebno za postavitev določene diagnoze. Četudi so kategorizacije DSM-ja v najnovejši izdaji združene z dimenzionalnim pristopom, kar je posebej opazno ob kategorijah tako imenovanih osebnostnih motenj, se samodejno postavlja vprašanje, kakšne implikacije ima tovrstna diagnostična klasifikacija (v obliki seznama simptomov, ki jih je treba zgolj odkljukati) za klinično prakso.

Dodati je treba, da so diagnostične kategorije v omenjenih psihiatričnih klasifikacijah medsebojno neodvisne in se zato seštevajo, na kar kaže tudi aktualna in pereča problematika soobolevnosti oziroma komorbidnosti. Mario Maj, eden izmed urednikov revije *The British Journal of Psychiatry*, v prispevku (https://doi.org/10.1192/bjp.186.3.182) ugotavlja, da v večini primerov ni jasno, ali diagnoza več duševnih motenj hkrati dejansko odraža prisotnost različnih kliničnih entitet ali pa gre za manifestacije ene same klinične danosti. Zdi se, da bi vzroke za komorbidnost morali iskati prav v neustrezni zasnovi kategoričnih klasifikacijskih sistemov, kot sta DSM in MKB.

Nakazani problem bomo zdaj zaostrili z izpostavitvijo razlike med medicinskim in psihološkim pojmovanjem simptoma. V medicinski nomenklaturi se termin *sindrom* nanaša na skupek sočasno pojavljajočih se simptomov in znakov, pri čemer se predpostavlja njihov skupni izvor. Medicinska znanost simptome razume kot objektivne znake, ki se nanašajo na bolezenski proces v ozadju – vzrok simptomatskih tvorb. Takemu razumevanju sledi poenostavljeno pojmovanje kategorij duševnih bolezni kot sindromov. Psihiatrična diagnostična klasifikacija je torej sestavljena iz kategorij, ki jih definirajo skupki simptomov in znakov, njihovi opisi ter hevristike.

Psiholoških simptomov pa, nasprotno, z vidika psihologije ni mogoče dojemati zgolj kot objektivnih znakov oziroma neposrednih manifestacij fiziološkega bolezenskega procesa, temveč jih je treba obravnavati kot

medsebojno povezane in konstitutivne elemente posameznikove psihične stvarnosti. Skoznjo namreč posameznik tvori določeno razmerje do sebe, drugih in sveta. Ob njegovem vedênju, dejavnosti, mišljenju, čustvovanju, hotenju, fantaziranju in zaznavanju bi moral psiholog razbirati simptomatsko tvorbo, ki jo je mogoče raziskovati in razvozlati zgolj z upoštevanjem simbolno determinirane družbene realnosti človeških subjektov. Za psihologa so potemtakem relevantni predvsem podatki o konkretnem družbenopsihološkem kontekstu, v katerem se posameznik nahaja, in o modalitetah tvorjenja medosebnih razmerij – torej čustveno investiranih (procesov) identifikacij in interakcij s pomembnimi drugimi, na podlagi katerih se izgrajuje osebna identiteta (jaz).

Psihiatrična zastavitev diagnostičnega klasifikacijskega sistema je, kot smo pokazali, reducirana na golo preštevanje in razvrščanje znakov ali simptomov v preddoločene kategorije. To je osrednji razlog, da Verhaeghe standardizirano psihiatrično klasifikacijo opredeljuje kot »psihodiagnostično botaniko«, saj zgolj popisovanje kopice lastnosti, kliničnih znakov in simptomov ter njihovo razvrščanje v vnaprej predpisane kategorije, skupine in razrede nikakor ne prispeva k učinkovitosti kliničnopsihološke obravnave in dojemanju *pomena* simptomov. Diagnostika je tako reducirana zgolj na postopek sortiranja, ugotavljanja prisotnosti/odsotnosti določenih simptomov, njihove izraženosti in trajanja. Ti seznami (»ček-liste«) pa izključujejo vse, kar ne spada v neki vnaprej določeni okvir. V procesu razporejanja je namreč treba specifično psihološko problematiko posameznika (njegovo simptomatsko formacijo) prevesti v standardiziran in posplošen psihiatrični jezik, to pa izključuje (družbeno)simbolni kontekst posameznikovega življenja, ki določa pomen njegovih simptomov. Psihiatrično etiketiranje prav tako ne nudi nobene usmeritve ali opore psihoterapevtskim intervencijam, ki bi morale biti, s stališča psihologije, individualno specifične. Psihologa namreč ne bi smelo v tolikšni meri zanimati, katero »bolezen« ima posameznik, temveč bolj to, *kdo* sedi pred njim in *o čem govori*.

Vendar pa je diagnostičnim kategorijam, izhajajočim iz sistemov, kot sta DSM in MKB, mogoče pripisati točno določeno diagnostično šifro ter tako zagotoviti videz naravnosti, objektivnosti in univerzalnosti psihiatričnih diagnoz. Zdi se, da psihiatrična klasifikacija služi predvsem operacionalizaciji kliničnih postopkov in obenem administrativnemu, birokratskemu aparatu, torej ekonomskemu upravljanju, vrednotenju in monetizaciji zdravstvenih storitev. Zato je razumljivo, da je z vidika zdravstvenega menedžmenta kot najučinkovitejše (namesto najbolj kakovostno) psihiatrično zdravljenje največkrat privzeta ravno administracija psihotropnih zdravil, kar vodi v medikalizacijo družbe. Postavlja se vprašanje, ali tako zasnovana sistem in pristop k obravnavi ljudi s težavami v duševnem zdravju (pogosto označenih kot disfunkcionalnih, deviantnih ali neprilagojenih) morda služita zgolj pretvorbi kompleksnih, tudi družbeno in sistemsko pogojenih socialnih problematik in političnih vprašanj v na videz naturalizirane in individualizirane, torej biološke in tudi osebnostne vzroke, anomalije in motnje.

Dodajmo, da je v zdravstvenih ustanovah, torej znotraj medicinskega dispozitiva, terapija standardizirana tako kot diagnostika, saj se predpisuje glede na a priori določene klinične smernice ter algoritme indikacij in kontraindikacij. Pri tem sta diagnostika in terapevtika zaporedna, časovno in postopkovno ločena procesa, kar se kaže tudi pri delu psihologa, ki je v zdravstvenem sistemu dejansko podrejen medicinski logiki obravnave. V praksi psihiater od kliničnega psihologa (z napotnico za kliničnopsihološki pregled) navadno zahteva le psihološki izvid, uradna postavitev diagnoze in predpisovanje terapije pa sta v domeni psihiatra.

Fragmentaren način klinične obravnave, ki izhaja iz funkcijske in hierarhične organizacijske strukture zdravstvenih ustanov, je postal še izrazitejši s kliničnim pristopom, imenovanim *z dokazi podprta medicina* (angl. *evidence-based medicine*). V osemdesetih letih prejšnjega stoletja so ga začeli promovirati klinični epidemiologi, ki imajo od tedaj s svojimi raziskavami vse večji vpliv na klinično prakso. Kritiki tovrstnega

pristopa opozarjajo, da so zaradi tega pri formulaciji kliničnih smernic (standardiziranih protokolov oskrbe, ki prepogosto ne upoštevajo individualnih razlik med bolniki) privilegirane določene vrste dokazov in (pozitivnih) rezultatov ter tipi raziskav, denimo kvantitativne randomizirane kontrolirane klinične raziskave, ki se uporabljajo predvsem v procesu razvoja zdravil. Druge oblike dokazov, ugotovitev in raziskav so zapostavljene, npr. opazovalne študije in serije poglobljenih (kvalitativnih) študij primerov. Pred uveljavitvijo tega pristopa je medicinska praksa stavila predvsem na klinično ekspertizo, torej iz osebne odgovornosti in avtonomije odnosa zdravnik–pacient izhajajočo kritično in neodvisno presojo klinika, kar bi moral biti tudi danes osrednji dejavnik psihiatrične klinične obravnave duševnih motenj.

V nasprotju s pravkar orisano logiko je treba opozoriti, da sta v kliničnopsihološki praksi procesa diagnostike in terapevtike dejansko neločljiva. Potekati bi morala vzajemno, sočasno, saj sta soodvisna in sodoločujoča. Gre torej za dve razsežnosti enovitega diagnostično-terapevtskega procesa, ki naj bi tvoril jedro kliničnopsihološke obravnave. Med psihologom in osebo, ki poišče njegovo pomoč, že ob prvem stiku steče vzpostavljanje intimnega odnosa, ki je bistvena osnova vsake individualne psihološke obravnave. Spoznavanje in raziskovanje individualno specifične psihološke problematike potemtakem nikakor ne more biti standardizirano, torej ne more potekati po vnaprej določenih formulah. Dodamo lahko, da je terapevtski odnos oziroma terapevtska delovna aliansa po ugotovitvah metaanalitičnih študij (https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0) ključni dejavnik kakovostnega psihoterapevtskega zdravljenja, skupen raznovrstnim terapevtskim modalitetam, postopkom, tehnikam in metodam. Naloga kliničnega psihologa je tako vzpostaviti pogoje za gradnjo čustveno investiranega odnosa, ki podlaga poglobljeno diagnostično raziskovanje in terapevtsko posredovanje. Iz tega sledi, da bi se morali klinični postopki manj osredotočati na medicinsko lajšanje simptomov in sortiranje v bolezenske kategorije, bolj pa na procese komunikacije in socialni kontekst, na podlagi česar je sploh mogoče razumeti specifiko posameznikovih duševnih težav.

Verhaeghe dodaja, da postajata posameznikova klinična slika in njegov psihološki konflikt, ki povzroča trpljenje in se izraža skozi simptomatiko, z več zbranimi podatki bolj specifična, singularna. V postopku raziskovanja in pridobivanja relevantnih informacij se klinično gradivo praviloma kaže kot protislovno, zmedeno in nesmiselno. Klinik bi se moral vseskozi zavedati, da lahko z vsako novo – potencialno ključno – informacijo do tedaj zbrani podatki dobijo popolnoma nov pomen. Zato bi moral biti psiholog pri interpretaciji in organizaciji zbranega gradiva nadvse potrpežljiv, vztrajen in samokritičen. Suspendirati bi moral vse svoje predsodke, pristranskosti in priučeno intuicijo ter ohraniti prostor za nepoznano, neraziskano in na videz neracionalno. Toda organizacija zdravstvenih ustanov, ki sledijo medicinskemu modelu obravnave in pojmovanja duševnih motenj, temu ni naklonjena. Verhaeghe v svojem delu med drugim navaja raziskavo, ki jo je izvedel nizozemski psihiater Harry Rooijmans (https://www.ntvg.nl/artikelen/profdr-hgmrooijmans-1937-2013) (1986). Ta je ugotovil, da kliniki v procesu diagnostike pogosto ne upoštevajo na novo pridobljenih informacij, ki so v nasprotju s prvotno intuicijo. Prehitre sodbe spodbuja tudi želja po čimprejšnji postavitvi diagnoze, na kar, kot že nakazano, bistveno vpliva vrednotenje delovne uspešnosti v zdravstvenih organizacijah.

Povedna je tudi Temerlinova študija (https://doi.org/10.1097/00005053-196810000-00003) (1968) o vplivu sugestij v zdravstvenih ustanovah: (implicitna) sugestija avtoritete, denimo mentorja ali vodje multidisciplinarne delovne skupine, ki je največkrat psihiater, značilno vpliva na dojemanje posamezne psihološke težave ali motnje in na izbiro diagnoze. Verhaeghe dodaja, da se kliniki v procesu diagnostike pogosto vedejo, kot da odkrivajo naravna, samonasebna dejstva, čeravno nemalokrat le slepo reproducirajo in protokolarno potrjujejo tisto, kar so se naučili videti v okviru praktičnega, specialističnega

izobraževanja. A duševnih motenj ni mogoče objektivno obravnavati enako kot fizične danosti. Nekoliko ironično je, da določeno popredmetenje duševnih motenj, ki nastopi z vzpostavitvijo psihiatričnih klasifikacij, kot sta DSM in MKB, služi temu, da kliniki te iste duševne motnje – ki so dejansko zgolj hipotetični konstrukti – obravnavajo kot »vzroke« za izraženo simptomatiko, četudi omenjeni klasifikacijski sistemi ne obravnavajo njihovih etiologij in procesov patogeneze (biološko etiologijo se zgolj predpostavlja). Takšno krožno sklepanje ne pojasni ničesar bistvenega, saj zgolj predpostavlja to, kar bi šele moralo biti dokazano.

Verhaeghe v svojem priročniku za klinično psihodiagnostiko postulira, da bi moral biti postopek kliničnopsihološke obravnave zastavljen veliko bolj raziskovalno, in sicer z namenom formulacije posameznega psihološkega problema. Ta bi morala biti utemeljena z izgradnjo kliničnega primera, v okviru katerega je mogoče podati ureditev in razlago pridobljenih podatkov. Bistveni pogoj tovrstnega pristopa pa je, da mora klinična obravnava temeljiti na splošni psihološki teoriji, ki zajema tako psihogenezo kot strukturo duševnega aparata, dinamiko in psiho(pato)loške mehanizme. V klinični praksi je le na tovrstni eksplicitni psihološki (spoznavno)teoretični podlagi mogoče smiselno organizirati in razumeti klinično gradivo, dojeti dialektično razmerje med posameznikom, socialnim okoljem in simptomi, ki narekujejo njegovo doživljanje in vedênje, ter se terapevtsko orientirati, posredovati, predelovati in rekonstruirati simptomatsko tvorbo.

Za konec spomnimo, da je temeljni postulat znanstvene psihologije, ki se je vzpostavila z ločitvijo od medicinske fiziologije, že od utemeljitelja Wilhelma Wundta naprej ta, da psihološke vzročnosti in dejanskosti psihičnih pojavov ni mogoče enostavno reducirati na fiziologijo. Iz tega sledi, da je treba duševne procese in pojave preiskovati znotraj specifičnega predmetnega področja, psihosocialne sfere, ki jo povezuje in strukturira psihična oziroma simbolna vzročnost (njeni mehanizmi in zakonitosti), ta pa je drugega reda kot fizikalno-kemična vzročnost.

Da bi psihološka stroka v zdravstvenem sistemu lahko delovala zares neodvisno, avtonomno in na podlagi načel psihološke znanosti, bi morala sama utemeljiti in postaviti svoja lastna merila in pogoje delovanja – ter se zgolj na tej podlagi povezati z drugimi disciplinami.

* Prispevek je nastal v okviru programske skupine Raziskave o duševnih stiskah in dobrem počutju (P5-0115-23), ki jo sofinancirata ARIS in ZRC SAZU.

https://www.alternator.science/en/long/klinicna-psihologija-kot-avtonomna-znanost-kritika-biomedicinskega-pojmovanja-dusevnih-motenj/