

Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Magdaleny Wojciechowskiej
„Początki i końce psychoterapii. Hermeneutyczno-fenomenologiczna analiza
doświadczeń własnych terapeutów”

Mgr Magdalena Wojciechowska we Wstępie rozprawy doktorskiej pisze: „W moich badaniach ciekawi mnie to, jak terapeuta mierzy się z taką rzeczywistością, która zdaje się być wyjątkową, a mianowicie, że w toku swojej kariery zawodowej wielokrotnie nawiązuje intensywną i specyficzną relację, o której z góry wiadomo, że się skończy. Problemem stanowiącym istotę moich dociekań jest pytanie: **jak terapeuci doświadczają końca prowadzonych przez siebie terapii?**” (s.11). Odwołując się do dotychczasowych badań (analizy trzech niewielkich grup psychoterapeutów) zakłada, że kończąc psychoterapię terapeuci odczuwają żalobę, lęk i utratę.

Pisząc o psychoterapii, rozumie ją jako wywodzącą się z psychoanalizy i analizuje głównie literaturę, w której opisywane jest zjawisko śmierci. „Zarysowane przeze mnie obszary stanowią pewne formy opracowywania śmierci, jej nieodwołalności” (s.33).

Doktorantka nie wyjaśniła, dlaczego pisząc o końcu psychoterapii zainteresowała się głównie tym, że „istotne staje się dostrzeganie, badanie reakcji na śmierć i poddawanie ich namysłowi także w obrębie praktyki psychoterapeutycznej” (s. 33). W moim ponad 40-letnim doświadczeniu jako psychoterapeuta i superwizor w zasadzie nie pojawiały się takie refleksje ze strony terapeutów. Oczywiście w procesie superwizji omawia się problemy związane z kończeniem psychoterapii, z wątpliwościami dotyczącymi tego czy już czas kończyć proces psychoterapii, jak przygotować pacjenta do tego końca, analiza sytuacji przedwczesnego kończenia terapii przez pacjentów. Nie były to jednak doświadczenia „utruty”, a raczej próby poszukiwania odpowiedzi na pytania dotyczące czasu kończenia terapii, refleksji nad zmianami jakie nastąpiły, czy próbach odpowiedzi na pytania dlaczego pacjent przerywa terapię. W literaturze także koniec psychoterapii jest rozumiany jako rodzaj refleksji nad tym jak utrzymać zmianę bez terapii (por. Prochaska i Norcross, 2006).

Ważne byłoby zatem poznać skąd takie właśnie zainteresowanie Doktorantki i założenie, że koniec terapii musi łączyć się z żalobą, utratą śmiercią. Rozumiem, że w opisywanej w rozprawie literaturze znalazła wiele tekstów teoretycznych, które analizują takie refleksje dotyczące psychoanalizy, ale danych empirycznych pokazujących częstość występowania tego zjawiska nie znalazłem w rozprawie (może poza odwołaniem się do analiz trzech grup badanych psychoterapeutów, niezbyt licznych).

Psychoterapia najczęściej jest definiowana za Norcrosssem (1990, s.218), że jest to „świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych osobistych charakterystyk ma takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane”. To jest oczywiście inna definicja psychoterapii niż, przytaczana przez Doktorantkę, definicja psychoanalizy i psychoterapii psychodynamicznej, która rozumiana jest jako „umiejętności przyznawania się do tego, co nieświadome, co z bólem i trudem w sobie dostrzegamy” (McWilliams, 2011, s. 25). I jak pisze Doktorantka jest ona nieskończona: „Ta nieskończoność wiąże się z niekompletnością analizy, która nigdy nie ustaje” (s.46).

Psychoanalizie, jak rozumiem w ocenie Doktorantki, towarzyszy „ból i trud”. Psychoterapii, jako metodzie leczenia, nadzieja, że osiągnięte zostaną pożądane zmiany. Proces osiągania tych zmian zawiera etapy powracania do tego, co było bolesne i trudne, ale to przynosi uwolnienie się od nieuświadomianych uczuć czy przekonań i pozwala dostrzec własne zasoby i możliwości wprowadzania pożądanych zmian. Może właśnie dlatego psychoterapeuci patrzą na koniec terapii w sposób pozytywny. Jest to szansa dla pacjenta na odzyskanie świadomego, zgodnego z jego potrzebami i możliwościami, wpływu na własne życie.

Doktorantka przyjmuje inne założenie. Jak rozumiem, według Niej, psychoanaliza prowadzi tylko do tego, że „odkrywa to co nieświadome”, nie stawiając sobie celu na zmianę tego co jest wynikiem trudnych doświadczeń życiowych zawartych w nieświadomości. Stąd pewnie założenie, że kończąc psychoanalizę psychoanalitycy nie spodziewają się zmian u swoich klientów w postaci odzyskania wpływu na własne życie. Muszą więc myśleć o analizowanym i o sobie w kategoriach smutku, lęku i żałoby; że w tym smutku i lęku, który będzie trwał, nie będą towarzyszyli już swoim klientom.

Doktorantka uzasadnia treść prezentowanych w „Projektach” (bardzo „oryginalne” formułowanie treści rozdziałów i podrozdziałów) tematów odwołując się do jednego z rozdziałów Zygmunta Freuda z 1937 r „Analiza skończona i nieskończona”. Píše, że na podstawie lektury tego artykułu „wyodrębniłam trzy obszary, które umożliwiły i uzasadniły postawienie pytania badawczego omawianego w „Projektach”. W pierwszym przypatruję się temu, jak kultura opracowuje doświadczenie śmierci. Jest to istotne, skoro kultura, w jakiej zanurzony jest terapeuta, nie pozostaje bez wpływu także na jego praktykę zawodową. Drugi obszar dotyczy namysłu nad końcami psychoterapii. Tutaj badam to, jakie obrazy kończenia analizy czy terapii psychoanalitycznej wyłaniają się z lektur tekstów analitycznych. Trzeci – ostatni, odnosi się do rozpoznawania swoich stanów emocjonalnych przez psychoterapeutę. Sprawdzam, jakie trudności mogą towarzyszyć terapeutom w trakcie kończenia terapii” (s. 21).

I konsekwentnie je opisuje, odwołując się głównie do publikacji autorów psychoanalitycznych i opracowań filozoficznych. Pojawiają się różne treści, w podrozdziałach tytułowanych: nieobecne, cielesne, śmiertelne, wizualne, myślane. Sama podsumowując opisywane treści pisze: „Zarysowane przeze mnie obszary stanowią pewne formy opracowywania śmierci, jej nieodwołalności” (s.33). I jeszcze dalej, „Podążając jego (Freuda) tropem, stawiam pytanie: jak ubożeje doświadczenie końca terapii w kulturze, która koniec neguje i maskuje? Albo wypowiadając się dosadniej, która chce śmierci końca” (s.34). To są argumenty Doktorantki dla podjęcia badania „końca analizy”. W mojej ocenie mało przekonujące. Nie wyjaśnia to, dlaczego wybrała taki właśnie temat.

Mgr Wojciechowska podobną perspektywę przyjmuje opisując zawód psychoterapeuty w rozdziale „Niemożliwy zawód”. Z opisów wynika, że rozumienie „drugiego” to rozumienie siebie. Kończenie terapii dla terapeuty może „odnawiać zranienia terapeuty”, może „ożywiać wszystkie inne dotychczasowe straty, a omijanie tematu kończenia terapii „symbolizuje potrzebę zaprzeczania śmiertelności” (por. s. 50). W efekcie typowe reakcje terapeuty na zakończenie to „złość, poczucie winy, smutek”. Chociaż przyznaje, że jednym z powodów trwania w pracy z pacjentem jest także „widmo utraty stałego zarobku” (s. 54). Doktorantka wydaje się nie mieć wątpliwości, że psychoanalitycy w kontekście kończenia terapii doświadczają takich właśnie negatywnych uczuć. Będzie szukała potwierdzenia własnych przekonań przeprowadzając rozmowy w terapeutami.

W dalszej części rozprawy doktorskiej mgr Wojciechowska jeszcze raz pisze o celach swojej pracy, o stosowanych metodach zbierania danych i sposobach ich opracowania. Można domyślać się, że to ma być opis metodologii własnych badań. Dane, które chciała zebrać wydają się być bardzo obszerne, „przyglądam się temu, w jaki sposób życiowe doświadczenie może ujawniać się w formach przeżywania końca terapii. Zwracam także uwagę na możliwy wpływ kultury unieważniającej końce, poprzez usuwanie emocjonalnego komponentu związanego ze śmiercią, istotne staje się dostrzeganie, badanie reakcji na śmierć i poddawanie ich namysłowi także w obrębie praktyki psychoterapeutycznej” (s. 57). W opisach rozmów, prezentowanych w części wyniki badań, nie ma jednak wielu informacji o doświadczeniach życiowych terapeutów (głównie o ich doświadczeniach związanych z psychoterapią), nie ma analizy tego jak one ujawniają się w przeżywaniu końca terapii, nie ma danych o „wpływie kultury”, nie ma rozważań o „początkach terapii”, jak to zapowiadał tytuł rozprawy doktorskiej.

Narzędziem zbierania danych ma być „rozmowa oraz wywiad”. Pisze, że głównie opiera się na rozmowie, mając świadomość, „że samo uczestnictwo w rozmowie otwiera na to, co

niepewne i nieznane” . Struktura tej rozmowy to: „życie terapeuty”, koncepcja psychoterapii, rozumienie końca, „powiązanie między końcami psychoterapii prowadzonymi przez terapeutów, a końcami z życia terapeutów, „to, czego się nie spodziewam, z nadzieją na darowane” (s. 57). Nie rozumiem tych „zmiennych”. Nie ma zresztą takich informacji w prezentowaniu wyników badań. Doktorantka podaje tylko jedno lub kilka swoich pytań przy każdym z tematów rozmowy. Można domyślać się, że były one różne, zgodnie z tym jak Doktorantka definiuje „rozmowę”. Rozmowy były nagrane i spisane. Brak jest opisu sposobów analizowania treści rozmów, opisu kategorii stosowanych w analizie i zasad wyboru treści zamieszczonych w ich analizowaniu. Rozumiem, że wynika to z zasad zastosowanej metodologii (IPA), że najważniejsza jest interpretacja badacza. Utrudnia to jednak porównania opinii badanych, które w metodologii IPA także są ważne. Utrudnia to porównania interpretacji formułowanych przez badacza dla poszczególnych badanych.

Dobierając osoby do badania kierowała się kryteriami: ukończenie terapii własnej, prowadzenie psychoterapii kilka lat (z założeniem, że mają doświadczenie z kończeniem terapii) oraz kryterium, które nie wiadomo jak wyglądało przy włączaniu terapeuty do badań: założenie, „poznanie własnej psychologii oraz rozwój emocjonalnych zdolności stają się kluczowe dla wykonywania zawodu psychoterapeuty” (s. 59). W rozprawie prezentowane są „wyniki” uzyskane od 10 osób. Jedna osoba miała 7 lat doświadczenia, pozostałe od 17 do 40 lat. 6 osób prowadziło terapię tylko w gabinecie prywatnym, 4 osoby pracowały także w oddziałach szpitali publicznych.

Mgr Wojciechowska pisze, że zastosowała metodologię jakościową, podejście nazywane interpretacyjną analizą fenomenologiczną. U Doktorantki to oznaczało kilka kroków w pracy z wywiadami: transkrypcję rozmów, „wielokrotne czytanie każdej rozmowy, a następnie sporządzanie do niej notatek; poszukiwanie *aspektów* kształtujących doświadczenie terapeuty z zachowaniem oglądu na *postawione przeze mnie pytania badawcze*; organizowanie tych doświadczeń w jednostki znaczeniowe i wspólną dla każdej rozmowy część pt. „Zebrane”, w której opisuję strukturę doświadczenia i staram się ją oświetlić w kontekście pytań badawczych; zapisu i przedstawienia doświadczenia terapeutów w części III *Eksploracje*” (s. 62).

Mam poczucie małej precyzji określającej sposób analizowania „wyników” własnych badań przy takich sposobach, jak wyżej opisane. I na ile cała procedura była zgodna z proponowaną w przy analizie IPA. Jak piszą Pietkiewicz i Smith (2012), w tej metodologii w pierwszej kolejności istotna jest interpretacja zjawisk prezentowana przez osoby badane, a następnie także znaczenia nadawane uzyskanym danym przez samego badacza. Czytajac

analizy rozmów miałem wrażenie, że ważniejsze były znaczenia nadawane przez badacza niż przez osobę badaną. Nie wiadomo co to są „jednostki znaczeniowe” i w jaki sposób były wyróżniane. Nie wiadomo, jakie były kryteria wyboru kilkunastu wypowiedzi przy opisach każdego z wywiadów – czy jest to interpretacja zjawiska prezentowana przez osoby badane.

Doktorantka pisze, że przy omawianiu wyników rozmów z badanymi kieruje się zasadą „dobrej” interpretacji, co ma wiązać się z odpowiedzią na pytanie: „czy odkrywa ona w zjawisku, które tłumaczy, jakieś nowe, niedostrzegane wcześniej pola znaczeń, czy odsłania przed nami jakiś obszar rzeczywistości, którego wcześniej nie podejrzewaliśmy” oraz „perswazyjność” kryterium poprawności interpretacji „tym lepsza interpretacja, im bardziej przekonuje swoich czytelników” (s. 63). Pisze także, że „ocenę tego obszaru pozostawiam Czytelnikowi”. Nie jest dla mnie jasne co to znaczy.

Prezentacja wyników badań to prezentacja fragmentów 10 rozmów w następującym porządku:

- „1. Krótko zarysowuję sylwetkę rozmówcy (płeć, stosowane podejście terapeutyczne, fragment z rozmowy dotyczący opowieści o początkach pracy terapeutycznej).
2. Przedstawiam strukturę doświadczenia poprzez wskazywanie na *jednostki znaczeniowe* (ilustrowane cytatami z rozmowy), które zawiera się w nadanym przeze mnie tytule. Każda rozmowa ma ich kilka.
3. *Jednostki znaczeniowe* rozmieszczam w szerszym kontekście. Jest to część zatytułowana „Zebrane”, która stanowi swoiste podsumowanie całości danej rozmowy” (s. 67).

Nie jest dla mnie jasne w prezentacjach rozmów poszczególnych badanych, co to są „jednostki znaczeniowe”. Jeżeli to są takie jak: nieobecny, niezależny, narzucony, trudny, trwanie (w opisie pierwszej rozmowy), to one są w każdym kolejnym opisie inne. Czy to pomaga w zrozumieniu badanego zjawiska? Jakie są kryteria wyróżniania i nazewnictwa tych odmiennych „jednostek znaczeniowych”. Opis refleksji wnioskowanych z każdego wywiadu kończy się rodzajem podsumowania nazywanego „zebrane”, który rozumiem jako własną interpretację tego, o czym mówiła osoba badana. Doktorantka, interpretując wypowiedzi często używa „Słowa terapeutki rozumiem tak...”. Przykładem takiej interpretacji może być chociażby poniższy fragment: „Terapeutka opisując, na co pozwala w kontekście sytuacji pożegnania pacjentom, zwraca uwagę, że mówi o pacjentach, a nie o sobie. Jednak czy na pewno? Pozwalając pacjentom na gesty, których wcześniej nie było, zdradza gotowość do przyjęcia ich tęsknoty, do swojej się nie przyznając. Może jest to także czas, kiedy terapeutka wychodzi ze swojej roli zawodowej.” (s. 75). Czy metodologia IPA pozwala na takie nadawanie interpretacji wypowiedzi osoby badanej?

Cała prezentacja „wyników badań” to właśnie taka analiza 10 rozmów, zamieszczonych na stronach 69 do 186 rozprawy.

Kolejna część rozprawy to omówienie i dyskusja wyników, tytułowana jako „Eksploracje”. Pisz o tym tak: „Eksploracje” to ostatnia część pracy, w której przedstawiam zarówno wyniki badań, jak i namysł nad nimi. Gdyby przyjrzeć się etymologii tego słowa okazuje się, że otwiera przed nami ciekawe znaczenia. *Exploratio* wywodzi się z łacińskiego *ploro* oznaczającego między innymi *wołać* czy *plakać*. Natomiast prefix *ex* w łacinie oznacza *wydobywanie czegoś na zewnątrz*. Byłyby zatem *eksploracje* wywołaniem tego, co woła, a co może być bolesne” (s. 188). Tymczasem w rozprawie doktorskiej w części „Eksploracje” (strony 189-194) zamieszczone są powtórzenia tekstów z części dotyczącej prezentacji wyników badań zatytułowanych jako „Zebrane”, kończącej opis rozmowy z terapeutą. Trudno to nazwać eksploracją, nawet w rozumieniu Doktorantki.

Kolejna część „dyskusji wyników” to krótka analiza na stronach 193-195. Mgr Wojciechowska pisze, że „Postaram się teraz pokazać, jakie główne elementy przeżywania końca wyłaniają się z rozmów”. Są to głównie prezentowane opinie poszczególnych badanych, a nie uogólnienia. Główne elementy tej „dyskusji” to rodzaj podsumowania:

1. Koniec terapii to ciekawe zjawisko. Typowe jest pomieszanie emocji: radości, smutku, ulgi czy satysfakcji... w praktyce konce są bardzo różnorodne.
2. Przyjmowane są różne kryteria i momenty ustalania końca psychoterapii. Jest to oczywiste, bo różne są osoby oczekujące różnych zmian w swoim życiu i rozpoznają je terapeuti.
3. Na kończenie należy przeznaczyć czas, trzy osoby badane wskazywały, że ten czas jest potrzebny, aby „domknąć kontakt, móc się pożegnać, wykonać pracę żałoby, czy żeby było miejsce na uczucia, które mogą się wtedy pojawić”.
4. Opisując koniec terapii 4 osoby w swoich wypowiedziach tworzyły metafory: rodzicielska, myśli o końcu własnych studiów czy końcu turnusu kolonijnego. Terapeuci także są różnorodni, nie tylko ze względu na własne doświadczenia życiowe, ale także ze względu na nabytą wiedzę i doświadczenia zawodowe.
5. Pojawiają się skojarzenia u dwóch osób z żałobą, ale nie taką jak po śmierci osoby bliskiej, oraz u dwóch ze śmiercią, ale to co innego niż koniec terapii.

To, w rozprawie doktorskiej mgr Wojciechowskiej, są podstawowe wnioski, jakie można sformułować w oparciu o wyniki własnych badań. W kolejnej części dyskusji wyników pisze o „namyśle nad nimi” w podrozdziale „Pytania wywołane odpowiedziami”, które mają formułować pytania o to co dopiero nadejdzie (np. kolejne badania) (s.195 205). Można tutaj

znaleźć kilka ciekawych refleksji, ale często są one powtórzeniem własnych rozważań, czasem tylko odwołujące się do cytatów z rozmów z badanymi

Pytania w tym podsumowaniu są między innymi takie:

1. Czy doświadczenie kończenia pracy z pacjentem stanowi stratę czy utratę dla terapeuty?

Rozumiem, że to co było celem wyjaśnienia zaplanowanym w tych badaniach jest ciągle pytaniem otwartym

2. Być może tutaj ujawnia się splot praktyki terapeutycznej uwikłanej w kulturę unieważniającą końca poprzez usuwanie emocjonalnego komponentu związanego z tematyką tanatologiczną. Posługiwanie się zbiorczym desygnatem „pacjent borderline”, czy „pacjent narcystyczny” sprawia, że można uniknąć w jakiejś części osobistego zaangażowania.

To jest ciekawa hipoteza dla przyszłych poszukiwań.

3. Co się dzieje z terapeutą po skończeniu terapii? Dokąd idzie terapeuta? A może terapeuta zostaje? A jeśli tak to, gdzie? W jakim miejscu? Co ono znaczy? Jaki widok ma ze swojego miejsca terapeuta?

Doktorantka stawiała pytanie planując własne badania: „jak terapeuci doświadczają końca prowadzonych przez siebie terapii?”. Czy to pomysł na następne? Jak je więc zrozumieć w kontekście odpowiedzi jakie uzyskała w obecnych badaniach?

I na koniec Doktorantka pisze: „Pisanie tej pracy przypominało starania kraba w *Pokoju Jakuba* Virginii Woolf: „dziecinne wiaderko do połowy napełniło się deszczówką, a opalowy krab powoli okręzał dno, usiłując za pomocą swych wątych nóg wdrapać się na stromą ściankę; próbował i opadał, próbował i opadał” (s. 208). Trud ten wiąże się z poruszaną tematyką. Zbliżanie się do końca, do refleksji nad śmiertelnością jest bolesne, ponieważ „podmiot konfrontuje się wówczas z tym aspektem siebie, który wymyka się myśleniu” (De Masi, 2002/2020, s. 13)” (s. 208)

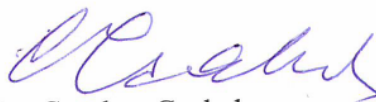
Trudno mi ocenić co Doktorantka chce przez to powiedzieć. Czy o tym, że refleksja nad śmiertelnością to zadanie za trudne dla badanych, czy także o tym, że sposób przeprowadzenia tych badań (wiaderko napełnione do połowy) utrudniło pisanie tej pracy. Dodam, że w mojej ocenie, efekt wyjaśniania zjawiska końca terapii nie jest znaczący. Temat podjęty w rozprawie jest niejasny, wynikający z założeń wątpliwych teoretycznie i nie udokumentowanych empirycznie. Doktorantka wybrała metodologię, która umożliwia dużą dowolność interpretacyjną. To pewnie także utrudniło formułowanie jednoznacznych wniosków z wyników analizy uzyskanych danych. Dotyczy to zwłaszcza procedury nadawania znaczeń

poszczególnym kategoriom, które miały uporządkować niestandardyzowany wywiad. Z takiej metodologii trudno było uzyskać dane empiryczne, które można byłoby porównywać w obrębie danej próby. Dyskusja wyników, to powtórzenie opisów wyników badań, w zasadzie bez uogólnień i odpowiedzi na pytanie badawcze sformułowane w rozprawie.

Należy się zgodzić z Doktorantką, że lektura Jej rozprawy doktorskiej jest rodzajem „rozważań” nad zagadnieniem, które jest ciekawe, bo rzadko opisywane, nad „zapoznanie(m) się z niejednoznacznością i nieoczywistością fenomenu kończenia terapii” (s. 209). To może być ciekawa lektura dla Czytelników zainteresowanych takim rozumieniem psychoanalizy.

W mojej ocenie jednak rozprawa doktorska mgr Magdaleny Wojciechowskiej nie spełnia warunków rozprawy doktorskiej opisanych w Ustawie z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym (Dziennik Ustaw, 20003) ponieważ:

1. Prezentowana w rozprawie wiedza jest niepełna, nie uwzględnia innych niż psychoanalityczne, teorii i wyników badań empirycznych dotyczących psychoterapii.
2. Przedmiot rozprawy jest sformułowany ogólnikowo i nie wydaje się być ważnym problemem badawczym i „oryginalnym rozwiązaniem problemu naukowego”.
3. Na podstawie wyników takich badań nie udało się lepiej zrozumieć „końca terapii”.



Prof. Jan Czesław Czabała

Warszawa, 16 sierpnia 2022