

Elżbieta Hornowska, Władysław Jacek Paluchowski

Czy Blaszyński Drwal znajdzie serce? O starym sporze z nowej perspektywy

Na początku był Klinicysta i ciemność mistycyzmu unosiła się nad powierzchnią wód, lud zaś cierpiał potężnie. Wtedy lud zawołał do Klinicysty: Wielka plaga nas opanowała. Powiedz nam przeto, o mędrco, jaka to plaga i jak możemy się od niej uwolnić? Wtedy Klinicysta otworzył swe usta i przemówił donośnym głosem, a wielki mrok ogarnął ziemię. Ale oto wśród pokoleń szukających prawidłowości narodził się prorok, a imię jego było Pearson. I tak uczniowie Pearsona zwrócili się przeciwko Klinicyście i starli w proch nasienie słów jego, nawet pod groźbą utraty swych grantów i stypendiów. Aż nadszedł czas, że na ziemi pojawił się sędzia, a Meehl było jego imię. Wtedy Klinicyści i Statystycy zgromadzili się przed nim, wołając: Powiedz nam, powiedz, Mistrzu, gdzie leży racja. Błogosławieni niech będą czyniący pokój – przemówił sędzia Meehl – i wydał wyrok. Wtedy rozpętała się bitwa jeszcze zacieklejsza niż przedtem, a Statystyk chciał wyłupać trzecie oko Klinicysty swoim przepotężnym wzorem. Wtedy Klinicysta próbował ośmieszyć swego adwersarza, lecz śmiech uwiązał mu w gardle i przemienił się w pusty dźwięk. Zaprawdę ci, którzy byli pierwszymi, staną się ostatnimi, przeto ten, który tak rozprawiał na początku, w końcu znalazł się w opresji i nie uratował go ani sędziwy wiek, ani siwy włos na skroni.

(Holt, 1961)¹

¹ Dziękujemy Joannie Lorenz za pomoc w przekładzie.

Czy psychologia ma specjalne prawa?

Czy psychologia jest nauką, czy sztuką? Czy wyjaśnianie jest tym samym co rozumienie? Czy można poznać jednostkę, nie pytając o treść jej doświadczenia? Czy psychologia jest nauką szczególną? Czy psychologia powinna (może) być uprawiana w sposób odmienny na przykład od fizyki czy biologii? Czy można poznać człowieka, badając zwierzęta? Czy prawdziwa jest teza o odrębności przedmiotu i metod badawczych nauk humanistycznych oraz nauk przyrodniczych? Czy w psychologii można prowadzić badania równie precyzyjnie, jak swoje fakty badać potrafią nauki przyrodnicze? Co do nauki, odpowiedziano, że nie – a w stosunku do diagnozowania?

Spór „kliniczny czy statystyczny”, o którym mowa w tym tekście, jest konkretyzacją szerszego problemu – odrębności psychologii. Już Stefan Ossowski pisał (1962) o odrębności nauk społecznych², a Zbigniew Spindel (1985) mówił o wyjątkowości przedmiotu psychologii (wynikającej z jego podmiotowości) oraz o jej ścisłym związku – jak pisze – z „praktyką pozanaukową” (co należy zapewne rozumieć jako diagnozę i terapię). Jest też i drugi nurt – zapoczątkowany przez Elżbietę Paszkiewicz (1976) i Jerzego Brzezińskiego (1976, 1978) – opowiadający się za podobieństwem psychologii do nauk przyrodniczych w tworzeniu teorii, a okreśłany jako scjentyistyczny model poznania naukowego. Przyjrzyjmy się zatem istocie sporu w szerszym kontekście – kontekście procesu diagnozowania.

Meehl w mrowisko

Wszystko zaczęło się od „małej i niepokojącej” książki Paula Meehla z 1954 roku (1954; por. też 1986), w której psychopoznawca (praktykujący psychoanalizę niefreudowską), terapeutę (*rational emotive behavioral therapy* – REBT) i psychologa eksperymentalnego, klinicystę i statystyka, praktyka i naukowiec, współtwórca MMPI – generalnie empiryka (Ellis, 2005). Jego intencją było (jak sam twierdził) raczej uspokojenie uczestników już istniejącego sporu niż jego podsycanie; starał się dokonać chłodnej i wyważonej oceny, a został potraktowany jak ktoś, kto chce wykazać bezwartościowość pracy klinicystów. Nie bez związku

² Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego zalicza psychologię do nauk humanistycznych, wraz z archeologią, etnologią, filologią, filozofią z naukoznawstwem, historią, językoznawstwem, pedagogiką, naukami o sztuce i teologią.

z taką interpretacją pozostawał konfrontacyjny sposób³ prezentowania racji obu stron konfliktu, od tytułu pracy zaczynając: *Clinical vs. statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*.

Paul E. Meehl pierwszy zwrócił uwagę na niezgodność między faktycznym procesem myślowym klinicysty a przewidywaniem statystycznym⁴. Dokonał też czegoś więcej: opisał dwa różne systemy wartości, dwa odmienne kierunki kształcenia psychologów oraz różne style bycia psychologiem – dlatego jego praca wywarła i wciąż wywiera wielki wpływ na psychologię światową.

Meehl opisał (1954) dwa sposoby dokonywania predykcji: jeden na podstawie obliczania prawdopodobieństwa przynależności do grupy odniesienia (znany jako sposób aktuarialny) oraz drugi, który można nazwać dedukcyjnym⁵ (oryginalny termin Meehla: *structural-dynamic hypothesis*). Po okresie dość ostrego sporu zwolenników tych podejść – kiedy to przedstawiano go jako spór między kliniczną wrażliwością a statystyczną bezduszością – ustaliła się kompromisowa wersja tej polemiki.

Współcześnie Drew Westen i Joel Weinberger (2005a), dyskutując z pojawiającymi się w literaturze definicjami strategii klinicznej, wskazują, że jedna z nich odwołuje się koncepcji Meehla i oznacza opracowanie danych przez odwołanie się do niesformalizowanych, subiektywnych opinii. Druga natomiast jest ogólnym terminem opisującym mentalną (poznawczą) aktywność klinicystów (psychologów praktyków). Brak wyraźnego rozróżnienia sugeruje w dyskusji „kliniczny *versus* statystyczny”, że myślenie klinicystów jest *sui generis* defektywne, niezależnie od okoliczności, oraz sprowadza dyskusję na błędne tory.

Meehl był zwolennikiem korzystania z reguł statystycznych bez taryfy ulgowej. W swoim wystąpieniu w Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym w 1956 roku, pod znamiennym tytułem „Kiedy powinniśmy używać naszych umysłów zamiast wzorów?” (Meehl, 1957), twierdził, że jeśli mamy jakieś reguły („wzory”), to „umysłu” powinniśmy używać możliwie rzadko. Próby łączenia intuicji i statystyki uważał bowiem za psucie statystyki, ponieważ „indywidualizujące” odstępstwa od algorytmu zwyczajnie go unicestwiają. Donivan J. Watley (1968) opisu-

³ *versus* – łac. kontra.

⁴ W literaturze często używa się zamiennie pojęć „mechaniczny”, „komputerowy”, „formalny”, „statystyczny”, „algorytmiczny” i „aktuarialny”; podobnie jest z terminami „przewidywanie”, „prognozowanie”, „ocenie”, „wyjaśnianie” oraz „rozwiązywanie problemów”.

⁵ Tu używa się zamiennie pojęć „nieformalny”, „subiektywny”, „impresyjny” czy „kliniczny”.

je badania, w których psychologowie zajmujący się poradnictwem zawodowym mieli dokonać prognozy ocen słuchaczy licencjatu (*college*). Każdy otrzymał ponadto raport opisujący trafność owych predykcji. Jak się okazało, trafność predykcji nie tylko się nie poprawiła pod wpływem informacji korygujących, ale nawet się pogorszyła. Podobnie było z informacją na temat popełnianych błędów w odniesieniu do predykcji statystycznej. Meehl przyznawał, że żadne „wzory” nie zastąpią człowieka w generowaniu hipotez czy tworzeniu teorii, ale wszędzie tam, gdzie są przetwarzane dane z obserwacji zachowania, „umysł” będzie zawsze przegrywał. W gruncie rzeczy przewaga zdyscyplinowanych procedur nad swobodną intuicją jest oczywista – jak piszą William M. Grove i Paul E. Meehl (1996, s. 23) – postęp nauki po Galileuszu zawdzięczamy nie lepszym mózgom ludzi ją uprawiających, ale właśnie wypracowanym wówczas kryteriom poprawności metodologicznej.

Kiedy te prace się ukazały, niewielu klinicystów akceptowało takie poglądy, a nawet jeżeli się zgadzali, że metody statystyczne może i są tańsze lub zabierają mniej czasu (szczególnie w odniesieniu do danych psychometrycznych), to aktywnie zaprzeczali, iż mogą one być lepsze od diagnozy klinicznej, i twierdzili, że dehumanizują pracę klinicysty. Warto zauważyć, że w tym okresie (odpowiednio: lata 1952 i 1968) niewiele było danych empirycznych na temat zaburzeń psychicznych, a do diagnozowania wykorzystywano podręczniki DSM-I i DSM-II, które nie zawierały jasnych reguł klasyfikacyjnych i w których odwoływano się do kryteriów intuicyjnych (Westen i Weinberger, 2005b, s. 1260). Dopiero trzecia edycja DSM, która ukazała się w roku 1980, była pod wieloma względami innowacyjna. DSM-III był pierwszym systemem zawierającym jasne kryteria diagnostyczne chorób psychicznych, podejście opisowe, unikające wnikania w teorie etiologiczne chorób psychicznych, oraz zestaw półstrukturalizowanych narzędzi do prowadzenia wywiadu psychiatrycznego. W 1994 roku został opublikowany DSM-IV (por. APA, 2000a), a jego zaktualizowana wersja, DSM-IV-TR, ukazała się w roku 2000 (por. APA, 2000b). DSM-IV ugruntowuje linię zmian wprowadzoną przez DSM-III, zrywa natomiast z jednostronnością kulturową, charakterystyczną dla poprzednich wydań. Próbuje się także wyzbyć dualizmu somatyczno-psychicznego w podejściu do chorób psychicznych, obecnego w starszych edycjach systemu.

Głównym oponentem Meehla był Robert Holt (1958, 1961, 1978; por. też 1995a, 1995b). Wskazywał on (Holt, 1958, 1978, s. 19–37), że należy odróżnić trzy rodzaje predykcji: czysto aktuariałną (opierającą się na danych obiektywnych i statystycznych metodach analizy), naiwną wersję metody klinicznej (niekontrolowane dane jakościowe, opracowywane

intuicyjnie) oraz rozwiniętą wersję metody klinicznej (wykorzystującą zarówno – kontrolowane ze względu na poprawność metodologiczną – dane jakościowe, jak i ilościowe, przetwarzane przez doświadczonego klinicystę). Holt podkreślał, że porównywanie niewprawnych klinicystów z równaniami regresji wielokrotnej jest sprawiedliwe dla owych klinicystów, ale niesłusznie kompromituje metody kliniczne jako takie. Sam nie uważał, że przewaga klinicysty nad statystykiem jest chwilowa i że kiedyś zostaną odkryte „wzory” pozwalające interpretować znaczenia. Był zdania, że prognozowanie w pracy klinicysty nie jest najważniejsze i że nie na tym wyłącznie owa praca polega, jej istotą bowiem jest rozumienie, którego nie da się zmechanizować. Zwrócił też uwagę na to, że eksperci są na ogół w stanie trafnie zdobywać wartościowe informacje, natomiast mają problemy z ich przetwarzaniem (Dawes, Faust i Meehl, 1989).

Holt był przekonany, że sensowne badanie jednostki musi się odwoływać do intuicji, do subiektywnych ocen i sądów diagnosty. Jak pisał (Holt, 1961, 1978), jeżeli przez diagnozę psychologiczną rozumie się efekt przetwarzania danych ilościowych, przeliczania liczb będących wynikami testów, to oczywiste staje się stwierdzenie, że zawsze lepszy jest „wzór” (reguła), a nie „umysł”. Jeżeli jednak zadaniem klinicysty ma być poszukiwanie znaczeń, to „umysł” kliniczny będzie przewyższać „wzór” matematyczny. Pisał: „Diagnoza kliniczna powstaje w wyniku nieformalnego zastosowania twórczej, dociekliwej inteligencji do analizy komunikowanych – głównie słowami – ludzkich problemów” (Holt, 1995a, s. 58). Jego zdaniem psychologowie dokonują przewidywań do celów praktycznych (klasyfikacji, decyzji i tym podobnych) i wówczas diagnoza aktuarialna jest lepsza; klinicysta chce jednak przede wszystkim zrozumieć swoich klientów i tu metoda kliniczna nie da się tu zastąpić przez aktuarialną. Zwróćmy jednak uwagę na to, że także Meehl (1954) nie lekceważył myślenia klinicznego – spośród dziesięciu rozdziałów jego książki aż sześć dotyczy potencjalnej przewagi klinicystów!

Co oznacza „kliniczny”, a co „statystyczny”?

Harrison G. Gough (1962, s. 527) tak pisał o tym sporze:

Przez swoich orędowników metoda statystyczna była opisywana jako praktyczna (*operational*), obiektywna, rzetelna, solidna (*sound*) i sprawdzalna, podczas gdy przez jej oponentów nazywana jest atomistyczną, pedantyczną, sztuczną, statyczną i pseudonaukową. Z drugiej strony podejście kliniczne jego zwolennicy określali jako dynamiczne, sensowne, głębokie,