

ZBIGNIEW TARKOWSKI

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Katedra i Zakład Psychologii

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

Niepowodzenia w terapii

Failure in therapy

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono rzadko podejmowaną problematykę niepowodzenia terapii, w tym logopedycznej. Opisano zjawisko mody na terapię oraz jej negatywne konsekwencje. Przeprowadzono krytyczną analizę pseudoterapii oraz szkodliwej terapii. Wykazano pozytywne aspekty prezentowania porażek terapeutycznych, podano też przykłady własnych niepowodzeń.

Słowa kluczowe: nieudana terapia, pseudoterapia, efektywność, profesjonalizm

SUMMARY

The article presents the rarely discussed issue of failed therapy, including speech therapy. The phenomenon of therapy fashion and its negative consequences are described. A critical analysis of pseudotherapy and failed therapy was conducted. The positive aspects of presenting therapeutic failures were demonstrate, besides examples of own failures were given.

Key words: unsuccessful therapy, pseudotherapy, effectiveness, professionalism

WPROWADZENIE

Nie wiadomo, jakie są proporcje między terapią udaną a nieudaną, ale przeważa raczej przekonanie o jej efektywności. Niezależnie od stopnia prawdziwości tej oceny rozważania nad skutecznością postępowania terapeutycznego stanowią temat bardzo drażliwy dla terapeutów, który stanowi niemal tabu. Jest on podejmowany rzadko, mimo fundamentalnego znaczenia. Nawet przy dużym profesjonalizmie terapeuty i jego zaangażowaniu terapia może zakończyć się porażką, do której trudno jest mu się przyznać. Trzeba mieć odwagę i pokorę, aby

informować o nieudanej terapii własnej (a nie cudzej). Takie przyznanie się do porażki może być źle odebrane w dobie gwiazdorstwa terapeutycznego (Tarkowski 2023). Są na szczęście mistrzowie terapii, przyznający się otwarcie do największych swoich porażek (Kottler, Carlson 2012). Twierdzą oni, że należy obalać mity i mówić szczerze, jak naprawdę wygląda praca terapeutyczna. Uczenie się na błędach było praktykowane od dawna. Takie podejście może dawać efekty większe od przedstawiania wyłącznie sukcesów terapeutycznych, które bez wątpienia występują. Ale ten, kto odważy się przedstawić krytyczny stosunek do terapii i terapeutów musi liczyć się z ich ewentualnym odwetem/kontratakiem z jednej strony oraz obojętnością lub wstrzemięźliwością akademickich autorytetów z drugiej strony (Witkowski 2013, 2014).

Celem artykułu jest opisanie niepowodzeń w terapii ujętych nie w aspekcie teoretycznym, lecz praktycznym, pokazanych z perspektywy pacjenta, terapeuty i naukowca. Starano się wykazać, że zjawisko nieskutecznej terapii występuje w każdym jej rodzaju, nie tylko w terapii logopedycznej

TERAPIA

M. Nowakowski (2015) trafnie zauważył, że charakterystycznym rysem współczesnej kultury jest „terapeutyczność”. R. Persaud (2006, 117–151) pisze o tym zjawisku dosadnie: „Odbyć terapię – to ostatni krzyk mody [...], polega ona w istocie na matkowaniu pacjentowi [...], jest celem samym w sobie [...], może ona być pod wieloma względami szkodliwa [...], musimy zakwestionować opinie terapeutów o znakomitej skuteczności ich metod [...], terapia bywa niewskazana [...], założenie, że terapia to «dobra rzecz» zakorzeniło się w naszym społeczeństwie tak mocno, że wszystkie niebezpieczeństwa są ignorowane [...], nie ma powszechnej zgody, co do tego, na czym miałyby polegać pozytywny wynik terapii”.

Ale czy termin „terapia” jeszcze cokolwiek znaczy? Wywodzi się on z greckiego słowa *therapeuēin*, co oznacza w znaczeniu węższym ‘opiekować się’, zaś w szerszym – ‘leczyć’. Pierwotnie terapia oznaczała oddziaływanie medyczne na człowieka bez użycia środków farmakologicznych czy chirurgicznych. Potem systematycznie rozszerzano zakres tego pojęcia na postępowanie psychologiczne (psychoterapia), społeczne (socjoterapia), pedagogiczne (terapia pedagogiczna), logopedyczne (logoterapia), rehabilitacyjne (fizjoterapia), co stanowi wyraz umedyczniania życia publicznego (Nowakowski 2015). Granice między różnymi formami postępowania, nazywanego terapią, nigdy nie były wyraźne, obecnie zacierają się coraz bardziej. To, co łączy te różne podejścia to dystansowanie się lub awersja do takich form działania jak edukacja, nauczanie, wychowanie, korekcja,

rehabilitacja, rewalidacja. Nigdy nie wyjaśniono dokładnie, na czym polega różnica między tymi wypieranymi formami pedagogicznymi a lansowanymi formami terapeutycznymi. Granice między nimi są mało widoczne i płynne, szczególnie w przypadku oddziaływania na dzieci i młodzież.

Moda na terapię spowodowała wysyp (a może nawet zalew) terapeutów różnych specjalności, posiadających certyfikaty o różnej wartości i uznawalności, dzielących się na profesjonalnych i nieprofesjonalnych według sobie znanych kryteriów. Powiew kultury „terapeutyczności” wyczuli także bardziej operatywni rodzice (głównie matki), wchodzący coraz chętniej w rolę terapeuty lub eksperta, przy biernej postawie profesjonalistów skorych do zachowania relacji partnerskich (Tarkowski 2023). Ten cały zamęt związany z terapią i terapeutami ma oczywiście podłoże marketingowe. Do niemal każdej banalnej czynności można bezkarnie dopisać końcówkę terapia. Umedycznianie w ten sposób usług, dotychczas określanych jako edukacyjne lub rewalidacyjne, automatycznie podnosi ich prestiż i cenę.

Niestety, te niepokojące zjawiska występują także w logopedii. W opasłym podręczniku *Metody terapii logopedycznej* (Domagała, Mirecka 2018) nie ma wprowadzającego rozdziału dotyczącego istoty i zakresu terapii. Nie podjęto próby (a była okazja) przeprowadzenia dyskusji dotyczącej różnicy między terapią a edukacją i rehabilitacją z jednej strony oraz różnicy między terapią logopedyczną a terapią psychologiczną, pedagogiczną i medyczną z drugiej strony. W wyniku braku tego rozróżnienia powstało dzieło obejmujące szerokie spektrum metod, z których zdecydowana większość ma charakter edukacyjny, a nie terapeutyczny. Należy w tym miejscu przypomnieć, że klasyk logopedii L. Kaczmarek (1988) pisał o rewalidacji dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy, a nie o ich terapii. W omawianym podręczniku nie ustalono także zakresu terapii logopedycznej, co naraża logopedę (najczęściej pedagoga) na spory kompetencyjne z psychologiem i lekarzem oraz wyzwała w nim postawy asekuranckie i lękowe. Ponadto autorzy poszczególnych rozdziałów najczęściej nie ocenili w sposób naukowy efektywności proponowanego postępowania, co sprawia, że ich skuteczność może budzić wątpliwości. Nie opisali możliwych trudności w zastosowaniu proponowanych metod, technik, ćwiczeń. Wyraźnie brakuje ich podziału na ze względu na wiek pacjenta. Gdyby tego dokonano, to okazałoby się, że proponowane metody są adresowane przede wszystkim do coraz młodszych dzieci, a rzadko do młodzieży i dorosłych. Z uwagi na zawartość omawianego podręcznika adekwatny jego tytuł to: *Metody edukacji i terapii logopedycznej*.

PSEUDOTERAPIA

Ponieważ „praktycznie ze wszystkiego da się zrobić terapię” (Witkowski 2013, 255), to nie powinien być zaskoczeniem fakt, że pseudoterapia rozwija się dynamicznie i obejmuje coraz szersze kręgi oddziaływania (Tarkowski 2017, 2023). Od dawna jest prowadzona tak zwana terapia zajęciowa, polegająca na przygotowaniu posiłków (kulinoterapia), spacerowaniu (ludoterapia), malowaniu, rysowaniu, lepieniu (arteterapia), śpiewaniu (śpiewoterapia), wążaniu kwiatów (horchiterapia lub aromatarapia) oraz wiele innych wymyślnych odmian tej formy pseudoterapii. Jej celem podstawowym jest wypełnienie czasu podopiecznym różnymi czynnościami, a nie rozwiązywanie ich indywidualnych problemów, które nie są nawet brane pod uwagę. Nic dziwnego, że terapie zajęciowe nazywane są „watą terapeutyczną”. Podobne zjawisko występuje podczas zajęć logopedycznych, zagospodarowanie czasu poprzez czynności opiekuńcze lub dydaktyczne, a nie na rozwijaniu lub korygowaniu mowy. Od pewnego czasu panuje moda na wykorzystywanie zwierząt w postępowaniu określanym jako terapeutyczne, a nie wychowawcze czy opiekuńcze. Na czele zooterapii stoi delfinoterapia ze względu na jej bardzo wysokie koszty i przy jednoczesnym braku oczekiwanych rezultatów w zakresie stymulacji rozwoju mowy. Te zaś są wynikiem pracy logopedy i rodziców, a nie następstwem leczniczego kontaktu z delfinem, psem lub koniem. Witkowski (2013) wspomina z poczuciem humoru, że podczas konferencji naukowej (dotyczącej niepełnosprawności od dzieciństwa do dorosłości) dowiedział się, że kiedy bawił się w dzieciństwie z psem, to był poddawany dogoterapii, a kiedy uczestniczył w zabawach podwórkowych, to spełniał postulaty intensywnej stymulacji sensorycznej. Doszedł więc do wniosku, że pseudoterapeuci, dodając końcówkę terapia do różnych nazw, tworzą paramedyczną rzeczywistość.

Mój sprzeciw budzą próby przeszczepiania technik fizjoterapeutycznych (np. terapia ręki, elektrostymulacja, taping) na grunt logopedii, przy jednoczesnym braku zainteresowania ze strony fizjoterapeutów postępowaniem logopedycznym. Należy zdać sobie sprawę, że w wyniku stosowania tych technik nie rozwijają się: słownictwo, gramatyka, konwersacja. Może poprawiają one artykulację, ale i na to nie ma dowodów naukowych. Słowem: metody fizjoterapeutyczne nie stymulują, lecz hamują rozwój mowy, ponieważ ograniczają komunikację słowną i zabierają czas. Kiedy uczestniczący w szkoleniach z zakresu metod fizjoterapeutycznych logopedzi stawiają odważne pytania o ich efektywność, nie otrzymują jasnej odpowiedzi, a śmiałkowie są dyskredytowani, ignorowani lub marginalizowani.

Mimo krytyki pseudoterapia ma się dobrze, gdyż przypisuje sobie rezultaty kumulowania się wielu oddziaływań prowadzonych równolegle w myśl zasady:

„Im więcej terapii, tym lepszy efekt”. Choć nic tego sprytnego poglądu nie potwierdza, to aż nazbyt często można spotkać dzieci, których cały harmonogram dnia jest wypełniony podobnymi zajęciami (Witkowski 2013, 257). Ich męczliwość rośnie, krzywa uczenia obniża się, a efektywność postępowania spada niemal do zera.

KRYTYKA WYBRANYCH METOD TERAPII

Postawy wobec metod terapii bywają różne, ale wydaje się, że przeważają mało krytyczne (w przypadku rodzimych propozycji) lub bezkrytyczne (w przypadku zagranicznych propozycji). Pytanie o efektywność danego postępowania terapeutycznego jest obierane jako zachowanie nietaktowne lub niepoprawne. Nie obawia się tego zarzutu Witkowski (2013), który w sposób naukowy, dogłębnie i przenikliwie, krytykuje popularną u nas Metodę Domana, Metodę Dennisona, Terapię Więzi oraz inne podejścia. Generalnie zarzuca im pseudonaukowość, szarlatanerię oraz hochsztaplerstwo. Wspomniane metody narażają rodziców na katorżniczą pracę i zaangażowanie niewspółmiernie wysokie w stosunku do uzyskiwanych wątpliwych rezultatów. Ponadto panuje ogólna tendencja do przypisywania rodzicom i dzieciom odpowiedzialności za brak efektów terapii. Powiększanie kręgów jej odbiorców jest zabiegiem marketingowym, czego przykładem jest Metoda Tomatisa. Początkowo służyła ona przede wszystkim diagnozie przetwarzania słuchowego (słuchania), obecnie jest lansowana jako rewelacyjna metoda wspomagająca terapię osób z zaburzeniami mowy, czytania, pisania, emocji i poznania. Nic dziwnego, że jest stosowana głównie w prywatnych ośrodkach i gabinetach nastawionych komercyjnie. Tymczasem z badań omówionych przez M. Kurkowskiego (2013) oraz zamieszczonych w portalu internetowym Tomatis Method nie wynika, że metoda ta ma jakiś udokumentowany bezpośredni pozytywny wpływ na terapię osób z opóźnieniem rozwoju mowy, dyslalią, jąkanie, mutyzm czy dysleksję. Innymi słowy, nie wykazano, aby samą tą metodą można było wyleczyć zaburzenia, a takie nadzieje się rozbudza. Może ona jedynie wspomagać zasadniczą terapię logopedyczną, ale w celach komercyjnych jest zalecana jako metoda podstawowa. Nie przeprowadzono także naukowych badań potwierdzających efektywność innych modnych podejść, określanych jako Szkoła Krakowska czy Integracja Senso-Motoryczna, promowanych jako metody o wszechstronnym zastosowaniu. Należy wyraźnie podkreślić, że nie ma metod „dobrych na wszystko”. Każda ma swoje ograniczenia, o których należy informować pacjenta i jego opiekunów, ale czego się nie czyni, aby nie zniechęcić klienta. Podstawowe pytanie brzmi, czy określona forma terapii jest odpowiednia dla rozwiązania konkretnego problemu pacjenta, czy uczestniczenie w niej nie naraża na stratę czasu i pieniędzy?

Częstym zjawiskiem, o którym już wspomiano, jest przypisywanie wyników cudzego postępowania własnej metodzie, kiedy pacjent uczestniczy równocześnie w kilku jej formach terapii. Nie wiadomo wówczas, której należy przypisać efekty, jeśli zostały one osiągnięte. Zazwyczaj rodzice doceniają bardziej usługi, za które więcej płacą. Może to frustrować logopedów przedszkolnych i szkolnych, pracujących na rezultaty uzyskiwane w gabinetach prywatnych.

Krytyka mało efektywnych, kontrowersyjnych czy wręcz szkodliwych metod terapii nie stanowi poważnego zagrożenia dla ich twórców, zwolenników, propagatorów mających się dobrze. Nadal korzystają ze wsparcia stowarzyszeń, fundacji, instytucji państwowych krajowych i międzynarodowych, a nade wszystko żerują na niewiedzy i determinacji zwykłych ludzi. Jak pisze Witkowski (2013, 154–155) „upośledzone umysłowo i chore psychicznie dzieci (także z zaburzeniami mowy – Z.T.) są szczególnie cennymi ofiarami, bo będą żyły długo, ich zdrowi rodzice będą pracować do upadłego, aby nie pozbawić się nadziei. Nadziei, która przecież kosztuje. Na domiar złego tym «cudotwórcom» nic nie grozi [...]. Nawet jeśli stoimy z boku [...], to raczej jesteśmy skłonni okazywać im szacunek [...], a nie atakować”. Wspomniany autor podzielił czynniki sprzyjające utrzymywaniu się mało wartościowej lub bezwartościowej terapii na:

1. wewnętrzne (np. niechęć terapeutów do badania efektów terapii, unikanie jasnego określenia jej celów);
2. zewnętrzne (np. akceptowanie przez terapeutów subiektywnej oceny efektywności terapii, jej tabu i pozorna tajemniczość, luki prawne, brak krytyki naukowej);
3. związane z psychobiznesem i logobiznesem (np. manipulowanie klientami).

Niewartościowe terapie powinny być krytykowane, a szkodliwe zakazane. Tak się jednak nie dzieje. Wynika to z asekurantstwa terapeutów oraz obojętności środowiska akademickiego, preferującego strategię przemilczania, pomniejszania problemu, biernej aprobaty (Witkowski 2015).

PRZEKRACZANIE KOMPETENCJI LUB ICH OGRANICZANIE

Przyczyną niepowodzeń w terapii może być zarówno przekraczanie kompetencji zawodowych, jak i ich ograniczanie. Oba zjawiska występują w postępowaniu logopedycznym, gdyż zakres kwalifikacji logopedy nie został jasno określony. Może więc nie zdawać sobie on sprawy, że przekracza swoje kompetencje. Może też czynić to celowo, aby poprawić wizerunek zawodowy i społeczny.

Promując siebie, dopisuje do logopedii różne specjalności, aby przyciągnąć uwagę potencjalnych klientów. Z drugiej strony mamy do czynienia z próbami ograniczania kompetencji logopedy, co ma prowadzić do spływania terapii logopedycznej, która w wersji stereotypowej polega jedynie na korekcji wad wymowy lub stymulacji opóźnień w rozwoju mowy. Dochodzi do sporów kompetencyjnych, które są większe między logopedami a psychologami niż między logopedami a fizjoterapeutami. Ci ostatni bowiem nie protestują, kiedy logopedzi korzystają z ich niektórych metod. Jest to jedna z przyczyn popularności szkoleń z zakresu fizjoterapii wśród logopedów. Zastanawia fakt, że nie protestują oni głośno, kiedy psychologowie i fizjoterapeuci przekraczają swoje kompetencje, wchodząc na teren postępowania uznanego tradycyjnie za logopedyczne.

NIEUDANA TERAPIA A JEJ ZAŁOŻENIA TEORETYCZNO-POZNAWCZE

Rozmiar niepowodzeń w terapii logopedycznej jest trudno ocenić ze względu na brak jasnych, akceptowanych jej założeń teoretycznych lub przyjętych i aprobowanych konstruktów poznawczych. Istnieje pilna potrzeba ich opracowania w formie oddzielnej monografii, będącej dziełem współpracy kilku autorów. Podejmą się oni trudnego zadania ze względu na to, że :

- spory o przedmiot i charakter logopedii nie ustały;
- a co za tym idzie: jest trudno ustalić definicję postępowania logopedycznego oraz podać jego zakres;
- a to z kolei utrudnia opracowanie obiektywnych wskaźników efektywności terapii logopedycznej.

W sumie prowadzi to wielu niekorzystnych zjawisk, między innymi do przekraczania lub ograniczania kompetencji zawodowych logopedów. Niektórzy z nich od dawna sygnalizują, że przepaść między teorią a praktyką powiększa się, a dziedzina praktyczna kurczy, obejmując przede wszystkim wiek przedszkolny i wczesnoszkolny.

EFEKTYWNOŚĆ TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

W ujęciu marketingu terapia jest to usługa, która jest z istoty niewymierna i nietrwała co do oceny (Tarkowski, Jacewicz 2008). G. Rummler i A. Brache (2000) wyróżnili trzy poziomy efektywności:

1. organizacji (przedszkole, szkoła, poradnia, ośrodek, szpital, gabinet);
2. procesu (terapeutycznego, edukacyjnego, opiekuńczego);
3. stanowiska pracy (logopedy, nauczyciela, terapeuty).

Na każdym poziomie występują trzy główne czynniki: 1. cele, 2. projektowanie, 3. zarządzanie. To, w jakiej organizacji są świadczone usługi logopedyczne, decyduje w znacznej mierze o ich efektywności. Z opinii logopedów wynika, że jest ona większa w poradniach prywatnych niż państwowych, wyższa w jednostkach ochrony zdrowia niż edukacyjnych. Instytucje zatrudniające logopedów mają cele ogólne i specyficzne. Niestety usługi logopedyczne realizują przeważnie cele specyficzne, traktowane jako drugoplanowe. Należy pamiętać, że jednostki oświatowe, zatrudniające większość logopedów, nie mają celów terapeutycznych, lecz edukacyjne. Rzutuje to bezpośrednio na projektowanie stanowiska pracy. Często logopeda pracuje w warunkach utrudniających realizację usług zleconych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Kontrolą ich realizacji zajmują się wizytatorzy kuratoriów oświaty, którzy nie badają efektywności pomocy logopedycznej, lecz analizują jej dokumentację. Zatrudniony w oświacie logopeda nie jest traktowany jako terapeuta, bo jest nauczycielem logopedą. Natomiast z ochrony zdrowia zawód logopedy został wycofany na życzenie większości środowiska logopedycznego oraz na skutek manipulacji logobiznesu. To niepowetowana strata, która obniży ogólną efektywność usług logopedycznych z tego chociażby względu, że system medyczny nakłada na rodziców obowiązek współpracy, którego nie ma w oświacie.

Efektywność terapii wyraża się stopniem realizacji jej celów. Tymczasem terapeuci unikają ich precyzowania (Witkowski 2015), a pacjenci oraz ich opiekunowie nie domagają się tego. Terapia bez ustalonych jasnych celów stanowi formę spędzania czasu, z której nic konkretnego nie wynika. Można się od niej uzależnić (Persaud 2006), co jest na rękę terapeutom prowadzącym praktykę prywatną, którzy bywają wręcz toksyczni (Boadella 1994).

Główny cel terapii logopedycznej ma dotyczyć mowy (Kaczmarek 1988) lub komunikacji językowej słownej (Grabias, Panasiuk, Woźniak 2015), który niestety schodzi na drugi plan (Tarkowski 2023). Zanim ustali się konkretne zadania terapeutyczne, należy rozważyć, co można zmienić, a czego zmienić się nie da (Seligman 1995), na podstawie wyników diagnozy prognostycznej. Postawienie nierealistycznych celów postępowania terapeutycznego ogranicza lub niszczy w zarodku jego efektywność. Nie planujemy rozwijania mowy dziecka, które nigdy nie będzie mówiło. Określenie długoterminowych celów oraz krótkoterminowych zadań terapii powinno być wspólną decyzją logopedy oraz pacjenta lub jego opiekuna. Ważne jest też określenie motywacji do szukania lub udzielania

pomocy (Popiel, Pragłowska 2022). O efektywności terapii zadecyduje w znacznej mierze jej plan/program stanowiący drogę prowadzącą do celu. Należy w nim podać:

- kto będzie realizował założone cele;
- gdzie i kiedy będą one realizowane;
- jakie należy dobrać metody terapii.

Planowanie terapii jest odwrotnością tego, co dzieje się często w praktyce, gdzie zaczyna się od przypadkowych ćwiczeń logopedycznych. W procesie terapeutycznym logopeda jest zdany przede wszystkim na siebie, mimo deklaracji o współpracy czynionych przez rodziców, nauczycieli, specjalistów. To osamotnienie w postępowaniu logopedycznym rzutuje negatywnie na jego efektywność. Nie można na nią liczyć, jeśli terapia jest prowadzona w nieodpowiednich warunkach lub w niewłaściwym miejscu, kiedy jest niesystematyczna, z dużymi przerwami. Dobór metod powinien wynikać z conceptualizacji rozwiązania problemu pacjenta (Popiel, Pragłowska 2022). Powstaje on, jeśli na drodze do realizacji celu (mowa, komunikacja) pojawiają się przeszkody (np. zaburzenia zachowania).

Efektywność terapii jest określana na podstawie wskaźników realizacji jej celów. W przypadku terapii logopedycznej są to:

1. Wskaźniki lingwistyczne: przeciętna długość wypowiedzi, jej konstrukcja gramatyczna, zasób słownictwa i jego różnorodność, wymowa, świadomość językowa i inne.
2. Wskaźniki komunikacyjne: konwersacja, wkład komunikacyjny, siła przebicia, akty mowy i inne.
3. Wskaźniki poznawcze: uwaga słuchowa, pamięć słuchowa, rozumienie i inne.
4. Wskaźniki behawioralne: zaburzenia zachowania słownego i bezsłownego.

Te wskaźniki efektywności można dzielić na pierwszoplanowe i drugoplanowe w zależności od etapu realizacji celów terapii. Terapeuta powinien ustalić z pacjentem/opiekunem, które z nich stanowią o jej skuteczności.

O efektywności terapii nie świadczy jej atrakcyjność lub popularność. Postępowanie modne może okazać się mało skuteczne w rozwiązywaniu konkretnego problemu. O efektywności terapii nie decyduje także jej głębokość. Jej podział na płytką i głęboką nie jest oparty na kryteriach naukowych, lecz arbitralnych. Terapia określana jako płytka daje często lepsze rezultaty niż terapia nazywana głęboką (Witkowski 2013). Logoterapia bywa określana jako płytsza niż psychote-

rapia, ale ich efektywność jest na zbliżonym poziomie. Ta pierwsza jest bardziej wymierna, ale mniej doceniana niż ta druga, o czym świadczy chociażby porównanie cen usług. Terapia logopedyczna znajduje się najbliżej terapii behawioralnej oraz poznawczo-behawioralnej ze względu na jasności celów i wskaźników ich realizacji. Są one zaś nieprecyzyjne w psychoterapii analitycznej, psychodynamicznej, humanistycznej, co podkreślają jej krytycy (Masson 2004; Persaud 2009; Witkowski 2014, 2015; Arkowitz, Lilienfeld 2018). P. Zimbardo i F. Ruch (1994: 259) konkludują: „Nie ma żadnych dostępnych danych, które sugerowałyby, że jakąś określoną formę terapii można uznać za bardziej skuteczną od innych. Istnieje nieco materiałów dowodowych potwierdzających w istocie wnioski, że żadna z form terapii nie jest **w ogóle** bardziej efektywna od jakiegokolwiek innej i że w sumie nie są one lepsze niż brak terapii w ogóle”. Tę opinię można także odnieść do oceny skuteczności zarówno psychoterapii, jak i logoterapii.

O efektywności terapii nie świadczą opinie pacjentów zamieszczone w Internecie lub rozpowszechniane w inny sposób. Opinie te z reguły mówią więcej o terapeutach niż o jego metodzie. Wprawdzie subiektywna ocena terapii zależy przede wszystkim od poziomu satysfakcji jej uczestników, ale może być on różny: zadowolony terapeuta a niezadowolony pacjent lub na odwrót (Kottler, Carlson 2012). Witkowski (2015) dostrzega powszechną tendencję terapeutów do przyjmowania subiektywnych kryteriów oceny efektywności terapii bez określania jej wyraźnych celów oraz wskaźników świadczących o ich realizacji. Zdaniem tego autora panuje powszechne wyobrażenie, że terapia jest jakimś rodzajem dobra, a rezygnacja z niej stworzy pustkę równoznaczną ze złem. Tymczasem nieudane postępowanie terapeutyczne oznacza stratę czasu i może być czasem uznane za działalność szkodliwą.

Efektywności nie należy mylić z „efekciarskim” pozorowaniem skuteczności. Zjawisko to występuje w telewizji i radiu, które wyemitowały programy promujące wybrane metody jako skuteczne. Mówi się w nich wyłącznie o sukcesach, a celowo przemilcza porażki. Z zabiegami efekciarskimi mamy do czynienia podczas różnych konferencji metodycznych i naukowych. Stanowią one dobrą okazję do zareklamowania oferowanej metody szczególnie wtedy, gdy słuchacze są mało krytyczni i ulegają urokowi przygotowanego przedstawienia. Najczęściej występuje w nim terapeuta w towarzystwie pacjentów lub ich opiekunów lub rodzic w roli terapeuty i eksperta. Ich zachowanie i wypowiedzi mają stanowić dowód skuteczności promowanego postępowania terapeutycznego. Wykorzystuje się niewiedzę słuchaczy, którzy nie zdają sobie sprawy, że studium przypadku nie stanowi dowodu naukowego. Są tak oczarowani prezentacją, że nie śmiały zapytać o los pacjentów, którym promowana terapia nie pomogła. Niezależnie od krytyki efekciarstwo święci jednak triumfy, gdyż daje nadzieję, która umiera ostatnia.

Terapia logopedyczna (szczególnie prywatna) jest poza kontrolą. Próba jej wprowadzenia w ramach Ustawy o Zawodach Medycznych natrafiła na sprzeciw większości środowiska logopedycznego, niezdającego sobie chyba sprawy z negatywnych konsekwencji tego faktu. Brak kontroli usług logopedycznych jest korzystny dla hochsztaplerów i szarlatanów działających na tym rynku, fatalny zaś dla uczestników pseudoterapii. Do dziś nie został wypracowany mechanizm kontroli zewnętrznej i wewnętrznej, co stanowi jedną z ważnych przyczyn nieuznawania logopedii za zawód zaufania publicznego. Jednym z takich mechanizmów kontroli wewnętrznej jest superwizja, czyli metoda konsultacji obejmująca regularne spotkania terapeuty z innym doświadczonym specjalistą, posiadającym certyfikat superwizora. Podejmowane były nieliczne próby zorganizowania superwizji dla logopedów, ale spotkały się one z nikłym zainteresowaniem. Wynika to z wielu powodów, takich jak: 1. model kształcenia logopedów nie zakłada korzystania z superwizji, 2. udział w nich jest dobrowolny, 3. logopedzi odczuwają lęk przed ekspozycją społeczną oraz mają obawy przed negatywną oceną, 4. ich umiejętności autoprezentacji i dyskusowania są niskie, 5. panuje ogólna niechęć do przyznania się do trudności i porażek oraz wysłuchiwanie informacji zwrotnych. Zamiast superwizji, będącej standardem w psychoterapii, w logopedii mamy zalew certyfikatów potwierdzających jedynie uczestniczenie w szkoleniach, niezakończonych egzaminem praktycznych umiejętności.

T. Witkowski (2013, 67) podaje, że „dobrze udokumentowane terapie spełniają następujące kryteria (I lub II oraz III, IV i V):

„Co najmniej dwa eksperymenty z grupami porównawczymi wykazujące efektywność na jeden z dwóch sposobów:

- A. Poddane sprawdzeniu postępowanie terapeutyczne jest istotnie statystycznie bardziej efektywne w porównaniu z grupą placebo (otrzymującą tabletki lub placebo) lub w porównaniu z innym postępowaniem;
- B. Poddane sprawdzeniu postępowanie terapeutyczne jest ekwiwalentem dla już istniejącego, udokumentowanego eksperymentalnie postępowania. Eksperymenty dokumentujące skuteczność powinny zostać przeprowadzone na odpowiedniej wielkości próbach;

lub

- I. Seria ponad dziesięciu eksperymentów z jedną osobą badaną w każdym, demonstrująca efektywność. Eksperymenty powinny zostać zaprojektowane według dobrych planów badawczych i porównywać poddane sprawdzeniu postępowanie do innego postępowania placebo lub postępowania jak w przypadku I. A.
- II. Podczas eksperymentów muszą być wykorzystane podręczniki prowadzenia terapii.
- III. Charakterystyki uczestników badań muszą zostać precyzyjnie określone i opisane.
- IV. Wyniki muszą pochodzić od co najmniej dwóch różnych zespołów badawczych”.

Sporadycznie przeprowadzane badania nad efektywnością terapii logopedycznej nie spełniają tych standardów i nie zanoszą im w nieda-

lekiej przyszłości. Ta pesymistyczna prognoza wynika z tego, że naukowcy nie są zainteresowani prowadzeniem badań nad efektywnością terapii, gdyż są one uznawane za trudne i ryzykowane. Wolą prowadzić badania diagnostyczne i na ich podstawie formułować ogólne zalecenia dla praktyki, bez próby weryfikowania ich skuteczności. Nawet gdyby naukowcy zdobyli się na opracowanie projektu badawczego, dotyczącego konkretnego postępowania terapeutycznego, to prawdopodobnie nie otrzymają ich stosownego dofinansowania, czego kilka razy doświadczył piszący te słowa. Próby prowadzenia takich badań w ramach środków własnych miały poważne niedociągnięcia metodologiczne, na przykład brak grupy kontrolnej. Bez wsparcia finansowego ostatnio modny postulat, aby terapia logopedyczna była oparta na podstawach naukowych, pozostaje jedynie pięknym hasłem. Z drugiej strony badaniami nad efektywnością terapii nie są zainteresowani logopedzi praktycy, obawiający się, że ich wyniki mogą wykazać małą skuteczność stosowanych przez nich metod. Uwaga ta dotyczy w pierwszym rzędzie szerzącego się „gwiazdorstwa” na niespotykaną dotychczas skalę (Tarkowski 2023). „Gwiazdy” generalnie podważają sens prowadzenia badań naukowych, gdyż wyniki tych badań burzą ich wspaniałą wizerunek jako terapeutów. Pozostaje więc jedynie wierzyć, że doczekamy się lepszych czasów.

PRZYKŁADY NIEUDANEJ TERAPII

W podsumowaniu wywiadów, dotyczących niepowodzeń terapii, Kottler i Carlson (2012, 235–236) piszą, że mamy z nimi do czynienia, kiedy terapeuta:

- „– nie słucha klienta i realizuje własny plan terapii;
- popełnia wciąż te same błędy;
- nie jest elastyczny i czuje niechęć do wprowadzenia modyfikacji;
- nie wie, dokąd zmierza;
- jest arogancki, nadmiernie pewny siebie, narcystyczny;
- ma wewnętrzne poczucie niekompetencji;
- nie umie stworzyć silnego sojuszu z klientem;
- stosuje przestarzałe metody;
- działa ze szkodą dla klienta;
- traci kontrolę nad sobą;
- przyjmuje błędne założenia [...]”.

Krótko mówiąc, z nieudaną terapią mamy do czynienia wtedy, kiedy albo klient, albo terapeuta nie jest usatysfakcjonowany rezultatem i kiedy powodem są nietrafne oceny, mylne osądy i błędy terapeuty”. Ale większość z nich jest pobłażliwa wobec swoich uchybień, traktując je jako zjawisko nieuniknione.

Już raz przedstawiłem moją nieudaną terapię małego tyrana (Tarkowski 2015), która stała się inspiracją do opracowania metody postępowania wycho-

wawczo-terapeutycznego z dziećmi nieposłusznymi. Teraz podam kolejne przykłady mojej nieskuteczności, nawiązując do metodologii opracowanej przez Kottlera i Carlsona (2012). Skierowali oni do wybitnych terapeutów, przyznających się do niepowodzeń, kilka pytań dotyczących tego, co myślą o najgorszej swojej sesji, co zrobiliby inaczej, czego nauczyło ich to doświadczenie oraz jak definiują nieudaną terapię.

NIEUDANA TERAPIA JĄKANIA

Wybrałem przypadek nieudanej terapii sprzed ponad 15 lat, co pozwoliło na zdystansowanie się wobec niego. N. był młodym robotnikiem, niewykwalifikowanym, zatrudnionym w firmie budowlanej remontującej nasz ośrodek terapeutyczny. Moją uwagę zwróciło jego milczenie w pracy. Postanowiłem wyjaśnić powód takiego zachowania. Podeszedłem do N. i zapytałem, gdzie jest szef, którego szukałem. Po chwili milczenia zaczął bardzo się jąkać. Z wielkim trudem wydobywał słowa, a mowie towarzyszyły tiki twarzy i współruchy rąk. Unikał kontaktu wzrokowego. Po wyduszeniu z siebie krótkiej odpowiedzi, zawstydzony, powrócił do przerwanej czynności, a ja kontynuowałem poszukiwanie szefa. Kiedy go odnalazłem, spytałem o jękającego się pracownika. Dowiedziałem się, że jest jego sąsiadem, którego od kilku lat zatrudnia dorywczo do wykonywania różnych prac, bo jest pojętny i sumienny. Jego jękanie nie stanowi żadnego problemu, nikomu ono nie przeszkadza ani na budowie, ani w domu. Przyzwyczajono się do jego mowy i nikt nie myśli o jej leczeniu. Postawiłem spróbować mu pomóc. Nadarzyła się okazja, ponieważ miałem prowadzić seminarium na temat jękania z udziałem logopedów i psychologów. Obiecałem im poprowadzenie terapii na żywo i szukałem ochotników. N. był moją propozycją zakłopotany. Wyjaśnił, że nigdy nie był leczony z powodu jękania, mimo że zachęcał go do terapii szkolny logopeda, który sam jej nie prowadził. Miał wątpliwości, czy da ona jakieś efekty. Przyznał, że rzadko uczestniczył w spotkaniach grupowych, które są dla niego stresujące. Ale skoro jest możliwość skorzystania z bezpłatnej terapii, to może spróbować. Obiecałem N., że będzie mógł zrezygnować z niej w każdej chwili. Wyjaśniłem, na czym będą polegały nasze codzienne spotkania trwające tydzień. Zaproponowałem N., aby na początku opanował technikę poprawiającą płynność mówienia oraz redukującą współruchy, na co wyraził zgodę. Technika ta była przyswajana w czasie zajęć indywidualnych (terapeuta + pacjent), a sprawdzana i utrwalana podczas zajęć grupowych (terapeuta + pacjent + seminarzyści). Zaproponowałem N. do wyboru metodę mówienia naturalnego (metoda Engiel) oraz nienaturalnego (przeciąganie głosek). Przyswojenie ich sprawiło N. duże trudności. W tej sytuacji zdecydowaliśmy się na opanowanie startu mowy według metody Engiel. O dziwo, jej przyswojenie sprawiło też trud-

ności uczestniczącym w seminarium logopedom i psychologom. Uczyliśmy się więc metody Engiel razem, co sprzyjało współpracy i nawiązaniu bliższych relacji. W efekcie N. zaczął mówić o sobie. Zwierzył się, że ma zamiar zgłosić się do ośrodka ortodontycznego, który obiecał mu poprawę zgryzu w zamian na usunięcie i podarowanie zdrowego zęba. Zdaniem N. ten ząb go szpecił i był główną przyczyną jego kompleksów. Spytałem seminarzystów (głównie kobiety), co tym sądzą. Te stwierdziły, że pozbawione sensu jest usunięcie zdrowego, ładnego zęba w zamian za niepewną obietnicę poprawy zgryzu. Ten i inne argumenty nie przekonywały N., aby zmienił zdanie. W końcu padło pytanie, co jest dla jego większym problemem: wada zgryzu czy jąkanie? Ku zaskoczeniu uczestników seminarium N. odpowiedział, że większe nadzieje wiąże z korektą zgryzu, która da widoczne efekty, które są niepewne w leczeniu jąkania. Przyznam, że poirytowało mnie to stanowisko i zareagowałem emocjonalnie. Wyjaśniłem podniesionym głosem zebranych, dlaczego jąkanie stanowi problem wyższej rangi niż wada zgryzu. Moja motywacja do terapii N. zmniejszyła się i zacząłem mieć wątpliwości, czy należy ją kontynuować. Na szczęście nie zmalało zaangażowanie seminarzystów, którzy przy różnych okazjach usiłowali przekonać N., że ważna jest zarówno terapia jąkania, jak i leczenie zgryzu, ale w pierwszej kolejności należy zająć się poprawą płynności mówienia, a usunięcie zdrowego zęba przełożyć na później. Sugerowano mu również konsultację u stomatologa. N. nie zajął stanowiska. Kiedy ekipa budowlana zakończyła remont, przestał uczestniczyć w terapii. Domniemane powody jego rezygnacji były omawiane podczas ostatnich dni seminarium.

Dlaczego uważam tę terapię za nieudaną i czego mnie ta publiczna porażka nauczyła? Zacznę od tego, że rozmyślałem granice między życiem zawodowym i prywatnym. Namówiłem do terapii mojego okresowego pracownika, gdyż chciałem czerpać z tego korzyści. Wystąpiła więc podwójna relacja: terapeutyczna oraz osobista. Nie potraktowałem poważnie braku motywacji pacjenta do terapii. Uznałem naiwnie, że korzyści finansowe (brak opłaty) pobudzą jego zaangażowanie, a on sam okaże mi w ten sposób wdzięczność. Właściwie to poddałem go pewnej, dość powszechnej manipulacji, występującej podczas terapii szkoleniowych. Zależało mi, aby odnieść sukces terapeutyczny na oczach seminarzystów i przekonać ich jednocześnie, że terapia jąkania bywa efektywna. Tymczasem niezmotywowany pacjent postawił mi opór, którego nie byłem w stanie przełamać w krótkim czasie. Równie instrumentalnie potraktowałem uczestników seminarium, z którymi nie omawiałem dokładnie procesu terapeutycznego oraz nie traktowałem ich jako konsultantów, mimo ich przygotowania profesjonalnego. Narzuciłem terapii zbyt szybkie tempo, gdyż chciałem popisać się skutecznością. Nie przygotowałem pacjenta do sytuacji stresowej, mimo że sygnalizo-

wał mi, że źle się czuje w grupie, tym bardziej składającej się z profesjonalistów. Ci zaś skłonni byli mu „matkować”, zamiast uczyć odporności na stres. Pozwoliłem, że zostali wciągnięci w problem poboczny, jakim było usunięcie zęba w celu poprawienia wizerunku osobistego pacjenta. Przyznam, że puściły mi nerwy, kiedy N. stwierdził, że ważniejsza jest dla niego korekta zgryzu niż terapia jąkania. Czułem, że zawodzę zarówno pacjenta, jak i uczestników seminarium, ale się do tego publicznie nie przyznałem. Po pewnym czasie doszła do mnie informacja, że N. nie pozbył się na szczęście zdrowego zęba. Z wadą zgryzu oraz jąkaniem poznał dziewczynę, z którą się pobrał, mają dziecko. Ukończył też kursy zawodowe i jest cenionym pracownikiem. Jego sukcesy życiowe nie są w żadnej mierze moją zasługą, ale mnie cieszą.

Pisanie o nieudanej terapii daje możliwość jej pogłębionej analizy i wyciąganie konstruktywnych wniosków. Od tamtego czasu dbam o zachowanie jasnej relacji terapeutycznej i nigdy nie motywuję do „darmowej” terapii, którą uważam z istoty za mało efektywną. Nie chodzi tu jedynie o pokrywanie kosztów finansowych, które występują zawsze niezależnie od tego, czy za terapię płaci pacjent czy podatnik, ale przede wszystkim o ponoszenie kosztów psychologicznych oraz czasowych.

NIEUDANA TERAPIA MUTYZMU

Po obejrzeniu filmu i przeczytaniu książki *Milczące bliźniaczki* (2023) przypomniałem sobie, że w 2007 roku miało miejsce podobne zdarzenie w mojej praktyce. Zachowałem nagrania wideo fragmentów postępowania terapeutycznego, z których teraz korzystam. Na pierwsze spotkanie o charakterze konsultacji zgłosił się ojciec z 6-letnimi bliźniaczkami, bardzo podobnymi do siebie. Oświadczył, że nie mówią one w przedszkolu, ale rozmawiają w domu. Ojciec obawia się, że córki nie będą odzywały się w szkole. Ich milczenie pojawiało się nie tylko w placówkach edukacyjnych. Generalnie nie mówiły w obecności dorosłych, z wyjątkiem rodziców. Rozmawiały z małym kuzynem, ale przestawały mówić, gdy w polu widzenia pojawiała się babcia. Ta wybiórczość mówienia trwała już kilka lat i bardzo obciążała rodzinę. Ojciec z córkami był u różnych specjalistów, rozpoczynali wspólnie terapie i ją szybko przerywali.

Na drugie spotkanie przyszedł również ojciec z córkami. Przyniósł nagrania wypowiedzi dzieci w domu, stanowiące ważny dowód w rozpoznaniu mutyzmu selektywnego. Analiza próbek mowy dziewczynek wykazała ich dobrą sprawność językową. Swobodnie porozumiewały się między sobą oraz z rodzicami. W dalszym ciągu nie rozmawiały z obcymi oraz milczały w przedszkolu. Okazało się,

że dziewczynki śpią z rodzicami w tym samym pokoju, mimo że mają własny. Zaleciłem, aby opuściły pokój rodziców, przeniosły się do siebie i spały w oddzielnych łóżkach. Poprosiłem ojca, aby na następne spotkanie przyszedł z żoną.

Na trzecim spotkaniu zjawił się tylko ojciec z córkami. Nie pamiętam, jakie podał usprawiedliwienie nieobecności matki, której postawa była zastanawiająca. Zaproponowałem ojcu nagranie kamerą jego kontaktu słownego z córkami w czasie zabawy, na co się zgodził. Otrzymał on historyjki obrazkowe i miał skłonić córki do opowiadania. Ojciec bardzo zaangażował się w tę próbę trwającą ponad godzinę i usiłował skłonić córki do mówienia, zadając im proste pytania, na które uzyskał tylko jedną odpowiedź jednowyrazową. Córki uważnie się wzajemnie obserwowały i kontrolowały, wykazując małe zainteresowane monologiem ojca. Spróbowałem nawiązać kontakt z dziewczynkami. Zadawałem im proste pytania i oczekiwałem odpowiedzi za pomocą ruchu głowy potwierdzającego lub zaprzeczającego. Ta forma komunikowania się powiodła, podobnie jak i wzajemne głaskanie lub muskanie dłoni, stanowiące podstawę relaksacji Wintreberta, którą miałem zamiar zastosować w dalszej terapii.

Na czwartym spotkaniu pojawiła się wreszcie matka. W rozmowie ze mną nie wyjaśniła powodów swojej nieobecności, a ja o to nie spytałem. Stwierdziła, że nie widzi zmiany w zachowaniu córek, z wyjątkiem tego, że śpią same i nie przychodzą w nocy do sypialni rodziców. Zaproponowałem, aby włączyć do terapii babcię, z którą wnuczki nie rozmawiały, sprawiając jej dużą przykrość. Przedstawiłem dwa scenariusze interwencji. Pierwszy zakładał, że babcia będzie mieszkała przez pewien okres z wnuczkami u siebie lub u nich w domu. Drugi scenariusz zakładał, że rozłączy się wnuczki, które na przemian będą mieszkały z babcią. Na te propozycje matka odpowiedziała, że nie wierzy, aby one coś dały. Zaprosiłem ojca i w obecności żony powtórnie przedstawiłem scenariusze interwencji. Nie pamiętam, jak zareagował.

Do piątego spotkania nie doszło z powodu moich błędów oraz decyzji rodziców. Rozpocząłem terapię bez kontraktu terapeutycznego, w którym zostałyby ustalone jasne cele terapii, metody ich osiągnięcia oraz czas jej trwania. Zamierzałem przerwać milczenie bliźniaczek za pomocą serii nie do końca przemyślanych eksperymentów, które nie dały zamierzonego rezultatu. Nie starałem się stworzyć właściwej relacji terapeutycznej, wymagającej czasu, gdyż byłem nastawiony na szybki efekt, dotyczący wyzwolenia mówienia. Nie poświęciłem dostatecznie dużo uwagi rodzicom, których potraktowałem instrumentalnie. Decyzja o włączeniu babci do terapii była przedwczesna i zbyt ryzykowna, zważywszy na opór matki. Moje podstawowe zaniedbanie dotyczyło jednak ustalenia chociażby hipotetycznych przyczyn milczenia bliźniaczek. Niestety nie dotarłem do wcześniejszych terapeutów, aby wysłuchać ich opinii. Mogły one pomóc wyjaśnić powody szybkiej rezygnacji rodziców z terapii. Podejrzywałem, że za milczeniem

bliźniaczek kryje się jakaś tajemnica, ale jej nie zgłębiłem. Być może rodzice wycofywali córki z terapii z obawy, że zostanie ona ujawniona. Były to moje spekulacje, a ja nie miałem odwagi, aby je sprawdzić. Wiedziałem, że mutyzm bliźniąt stwarza podwójny problem. Bliźnięta często tworzą własny efektywny kod porozumiewania się, mało rozumiały lub niezrozumiały dla otoczenia. Próby ich rozłączenia i włączenia do komunikacji ogólnej są bardzo ryzykowne i często kończą się niepowodzeniem. Bliźnięta nie mogą bez siebie żyć, a swój protest manifestują milczeniem. Zgłoszone do mnie bliźniaczki zachowywały się specyficznie. Rozmawiały z domownikami, a milczały w obecności dorosłych. Nie potrafiłem wyjaśnić, dlaczego tak się działo. Podjąłem więc terapeutyczną próbę przerwania milczenia w kontakcie z babcią, ale jej rezultatów nie poznałem, gdyż nie stworzyłem sojuszu z rodzicami. Uważna lektura książki *Milczące bliźniaczki* pozwoliła mi realnie ocenić skalę mojego niepowodzenia bez poczucia winy i potrzeby usprawiedliwiania się. Gdyby powtórnie zgłosiły się do mnie takie dzieci do terapii, zastanowiłbym się głęboko, czy jestem w stanie im pomóc i za pomocą jakich metod.

W moim przekonaniu terapia jest nieudana, jeśli nie spełnia oczekiwań jej uczestników, a obiektywne metody pomiaru skuteczności przynajmniej rację chociażby jednemu z nich. Może się zdarzyć, że są niezadowoleni z rezultatów postępowania terapeutycznego, a ich pomiary, dokonane za pomocą skal lub kwestionariuszy, wykazują istotną poprawę. Ocena efektywności, oparta jedynie na kryteriach subiektywnych, jest niepełna. Należy ją uzupełnić o kryteria obiektywne, bazujące na metodach naukowych.

Pisząc o własnych niepowodzeniach terapeutycznych wzorowałem się na cytowanej książce *Nieudana terapia. Mistrzowie psychoterapii i ich największe porażki*, stanowiącej inspirację do napisania artykułu. Podobnie jak Oni opisałem swoje porażki bez odwołania się do teoretycznych rozważań oraz opisanego szczegółowego planu diagnostyczno-terapeutycznego, który nie został zrealizowany. Skupiłem się natomiast na wyjaśnieniu, dlaczego poniosłem porażkę. Moją intencją jest skłonienie adeptów terapii do refleksji nad własnym postępowaniem oraz ośmielenie ich do podejmowania ryzykownych decyzji, które mogą zakończyć się niepowodzeniem. Od wielu lat zapraszam logopedów do napisania książki o nieudanym postępowaniu terapeutycznym, która będzie ośmielała i zachęcała do podejmowania terapii, mimo lęku przed porażką. Niestety, moja propozycja pozostaje bez odzewu.

PODSUMOWANIE

Postulat, aby terapia była oparta na dowodach naukowych jest jak najbardziej słuszny, ale jednocześnie jest trudny do realizacji z powodów zasygnali-

zowanych w niniejszym artykule. Gromadzeniem owych dowodów – wyznajmy szczerze – nie są zbytnio zainteresowani ani naukowcy, ani terapeuci. Ci pierwsi obawiają się ryzyka związanego z prowadzeniem badań, w których należy kontrolować wiele zmiennych, a które mogą stać się obiektem łatwego ataku. Z kolei terapeuci nie są zainteresowani wynikami badań nad przebiegiem terapii, kiedy wykazują one jej małą efektywność. Sytuacja uległaby znacznej poprawie, gdyby powstał sojusz naukowców i terapeutów zainteresowanych prowadzeniem wspólnych badań nad przebiegiem terapii. Jak na razie zadowolamy się wyciąganiem wniosków z badań odległych od jej istoty. I na koniec: realizacja postulatu terapii opartej na dowodach naukowych wymaga znacznych nakładów finansowych oraz przychylnego nastawienia decydentów.

BIBLIOGRAFIA

- Arkowitz H., Lilienfeld S., 2018, *Zdrowie psychiczne. Mity i fakty*, Warszawa.
- Boadella D., 1994, *Toksycczni terapeuci*, Warszawa.
- Domagała A., Mirecka U., 2018, *Metody terapii logopedycznej*, Lublin.
- Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., red., 2015, *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin.
- Kaczmarek L., 1988, *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa.
- Kottler J., Carlsson J., 2012, *Nieudana terapia. Mistrzowie psychoterapii i ich największe porażki*, Warszawa.
- Kurkowski Z.M., 2013, *Zastosowanie metody Tomatisa w diagnostyce i terapii logopedycznej*, „Logopedia” 42, s. 255–267.
- Nowakowski M., 2015, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin.
- Masson J., 2004, *Przeciw terapii*, Kraków.
- Persaud R., 2006, *Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jak nie stracić głowy w stresie współczesnego życia*, Warszawa.
- Popiel A., Pragłowska E., 2022, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Rummler G., Brache A., 2000, *Podnoszenie efektywności organizacji*, Warszawa.
- Seligman M., 1995, *Co możesz zmienić, a czego nie możesz zmienić. Poradnik skutecznego samodoskonalenia się*, Poznań.
- Tarkowski Z., Jacewicz M., 2008, *Dysleksja a marketing*, [w:] I. Pietras, G. Krasowicz-Kupis, *Zrozumieć, żeby pomóc: dysleksja w ujęciu interdyscyplinarnym*, Gdynia.
- Tarkowski Z., 2015, *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*, Gdańsk.
- Tarkowski Z., 2023, *Logopedia opiekuńcza*, „Logopedia” 52/1, s. 331–339.
- Tarkowski Z., 2023, *Rodzice w roli terapeutów i ekspertów*, „Wielkopolski Biuletyn Logopedyczny”.
- Witkowski T., 2015, *Zakazana psychologia. Pomiędzy nauką a szarlatanerią*, Wrocław.
- Witkowski T., 2013, *Zakazana psychologia. Nauka kultu cargo i jej owoce*, Warszawa.
- Witkowski T., 2018, *Psychoterapia bez makijażu*, Wrocław.
- Zimbardo P.G., Ruch F.L., 1994, *Psychologia i życie*, Warszawa.