

Aktywacja behawioralna: historia, dowody skuteczności i przeznaczenie

Jonathan W. Kanter, Ajeng J. Puspitasari, Maria M. Santos, Gabriela A. Nagy

The British Journal of Psychiatry (2012) 200, 361–363

Aktywacja behawioralna jest skutecznym podejściem terapeutycznym, łatwym do opanowania, skalowalnym i akceptowanym przez ekspertów oraz pacjentów w różnych środowiskach i kulturach, które może przyczynić się do zmniejszenia spustoszeń spowodowanych przez depresję. W artykule opisano historię aktywacji behawioralnej, wyjaśniono, czym ona jest, przedstawiono dowody przemawiające za skutecznością tej metody oraz zalecenia na przyszłość.

Aktywacja behawioralna: historia, dowody naukowe i przeznaczenie

W 2008 roku Światowa Organizacja Zdrowia prognozowała, że w 2030 roku depresja stanie się najbardziej rozpowszechnioną chorobą na świecie.¹ Ponieważ już teraz depresja stanowi ogromny i nasilający się problem zdrowia publicznego, konieczne jest opracowanie metod jej leczenia opartych na dobrze zdefiniowanych przesłankach teoretycznych. Umożliwiłyby to prowadzenie badań naukowych na psychologicznych i biologicznych poziomach analizy. Metody te powinny być skuteczne, łatwe do opanowania, skalowalne i akceptowane przez lekarzy i pacjentów pochodzących z różnych środowisk i kultur.

Zdaniem autorów aktywacja behawioralna jest pod tym względem bardzo obiecująca i stanowi istotny element strategii ukierunkowanej na zmniejszenie globalnych strat spowodowanych depresją obejmującej wiele aspektów klinicznych i naukowych.

HISTORIA AKTYWACJI BEHAVIORALNEJ

Aktywacja behawioralna jest podejściem z zakresu psychoterapii behawioralnej opracowanym w latach 70. XX w. przez Lewinsohna i wsp.^{2,3} Od początku jej założeniem koncepcyjnym było nauczanie oparte na prostych zasadach behawioralnych, co wiązało się z oszczędnością i skutecznością szkolenia. We wczesnym okresie rozwoju aktywacja behawioralna upatrywała przyczyn depresji w szeroko rozumianym braku wsparcia i skupiała się na identyfikowaniu i planowaniu przyjemnych zajęć w celu zwiększenia kontaktu ze źródłami pozytywnego wzmocnienia – w badaniach empirycznych wykazano skuteczność takiego postępowania. Mimo to aktywacja behawioralna

wypadła z łask w latach 80. ubiegłego wieku po części z powodu lekceważenia przez terapię behawioralną konstrukcji poznawczych uznawanych wówczas za najważniejsze w leczeniu depresji oraz wzrostu popularności terapii poznawczej. Terapia poznawcza obejmowała podstawowe techniki behawioralne, tzn. monitorowanie i planowanie podejmowanych aktywności. Były one jednak stosowane jako elementy modelu zmiany poznawczej, a nie modelu wzmocnienia pozytywnego.

Aktywację behawioralną zaczęto ponownie postrzegać jako trwałą i samodzielną formę terapii dzięki analizie składowych terapii poznawczej, w której wykazano, że w ocenie przeprowadzanej pod koniec intensywnego leczenia oraz w obserwacji po dwóch latach techniki behawioralne stosowane w oderwaniu od całego programu terapii poznawczej przyniosły te same rezultaty co pełen program terapii poznawczej.⁴ Zdaniem badaczy przewagą technik aktywacji behawioralnej była większa skuteczność i łatwość szkolenia terapeutów. Od tamtej pory prowadzono badania poświęcone różnym formom tej terapii, w których wykazano, że jest ona metodą ugruntowaną i skuteczną.⁵

W ciągu ostatnich lat rozwinięto i udoskonalono kilka form aktywacji behawioralnej.³ Wszystkie one koncentrują się na planowaniu zachowań, które mają na celu uzyskanie wzmocnienia pozytywnego, różniąc się jedynie sposobem, w jaki to osiągają, i użyciem technik, które zwiększają skuteczność planowania czynności. W odróżnieniu od form aktywacji behawioralnej stosowanych w przeszłości obecnie proces leczenia nie koncentruje się jedynie na doświadczaniu miłych lub przyjemnych zdarzeń (nagród) jako sposobu na uzyskanie pozytywnego wzmocnienia. Wzmocnienie jest obecnie definiowane

jako zdarzenie środowiskowe, które zwiększa prawdopodobieństwo zdrowych i przeciwdziałających depresji zachowań. Terapeuta różnymi sposobami próbuje pomóc pacjentowi powrócić do aktywnego życia. Obejmuje to zwiększenie częstości przyjemnych doświadczeń, które modelują podejście do sygnałów wywołujących nieprzyjemne emocje lub reakcje unikania. Ułatwiają one także rozwiązywanie problemów, stymulują zachowania, które prowadzą do doświadczania i osiągania mistrzostwa, oraz znaczące i złożone aktywności spójne z wartościami życiowymi danej osoby. W odróżnieniu od wcześniejszych form we współczesnym podejściu nie pomija się roli poznawania. Podczas gdy terapia poznawcza skupia się na negatywnych treściach myślenia, współczesna aktywacja behawioralna koncentruje się na procesie ruminacji i dąży do aktywacji alternatywnych zdrowych zachowań, gdy pacjent angażuje się w ruminację.

Dowody na skuteczność aktywacji behawioralnej

Obecnie przedmiotem badań jest współczesne podejście do aktywacji behawioralnej.⁵ W jednym z ważnych badań klinicznych, dobrze skonstruowanym, dużym randomizowanym badaniu kontrolowanym z grupą placebo, porównano skuteczność aktywacji behawioralnej obejmującej 24 sesje z terapią poznawczą oraz leczeniem paroksetyną. Wyniki badania wskazują, że wszystkie oceniane metody leczenia są skuteczne w przypadku depresji o nasileniu łagodnym, jednak w przypadku depresji o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego aktywacja behawioralna i leczenie paroksetyną były skuteczniejsze od terapii poznawczej, przy czym ocena była przeprowadzana pod koniec intensywnego leczenia w 24 tygodniu.⁶ W badaniu kontrolnym przeprowadzonym po dwóch latach oceniono aktywację behawioralną jako tak samo skuteczną jak nieprzerwane leczenie paroksetyną. Podsumowując, wyniki badania potwierdziły, że aktywacja behawioralna jest skuteczną formą leczenia umiarkowanej i ciężkiej depresji. Jej skuteczność jest porównywalna z farmakoterapią przy użyciu paroksetyny, przy czym pacjenci chętnie angażują się w terapię i utrzymują się w niej, a samo leczenie jest skuteczne i opłacalne.

Dużo uwagi poświęca się możliwości zastosowania aktywacji behawioralnej, łatwości szkolenia terapeutów, prostocie wprowadzania i akceptowalności przez ekspertów i pacjentów w różnych środowiskach oraz warunkom docelowym.² Badania prowadzone w przeszłości oraz obecnie obejmowały zastosowanie aktywacji behawioralnej wśród chorych na depresję oraz choroby współistniejące (takie jak zaburzenie stresowe pourazowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, otyłość, cukrzyca i choroba nowotworowa), pacjentów w różnym wieku (młodzież, studenci, kobiety z depresją okołoporodową, osoby w podeszłym wieku przebywające w domach opieki oraz mieszkające samodzielnie) i pacjentów przynależących do różnych grup wyznaniowych (na przykład muzułmanie w Anglii) oraz etnicznych (na przykład Latynosi w Stanach Zjednoczonych).

Stosowanie aktywacji behawioralnej wydaje się obiecujące w różnorodnych środowiskach, takich jak tradycyjne ośrodki zdrowia psychicznego, zajęcia treningowe, szpitale, szpitale dla weteranów, placówki leczenia odwykowego oraz publiczne poradnie zdrowia psychicznego.

W niektórych z tych miejsc osoby świadczące usługi nie były wysoko kwalifikowane i do prowadzenia aktywacji behawioralnej zatrudniano osoby, które nie były specjalistami w zakresie psychiatrii lub profesjonalnymi terapeutami. Dobrym przykładem są tutaj opublikowane w *British Journal of Psychiatry* wyniki randomizowanego badania klinicznego przeprowadzonego przez Ekersa i wsp.⁷ W tym badaniu pielęgniarki psychiatryczne bez wykształcenia w zakresie psychoterapii zostały przeszkolone z aktywacji behawioralnej i stosowały ją z dobrym rezultatem w podstawowej opiece zdrowotnej.

W ten sposób uzyskiwano poprawę zarówno jeśli chodzi o objawy depresyjne, jak i ogólne funkcjonowanie oraz poziom zadowolenia pacjentów w porównaniu ze standardową opieką. Opisany sukces badaczy w szkoleniu pielęgniarek (bez wcześniejszego formalnego szkolenia terapeutycznego) ma istotne znaczenie dla dalszych prac, zaś w analizie opłacalności wykazano, że zmniejszenie objawów depresji w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej jest w przypadku stosowania aktywacji behawioralnej związane z mniejszymi kosztami jednostkowymi niż inne interwencje.

PRZEZNACZENIE AKTYWACJI BEHAVIORALNEJ

W odniesieniu do aktywacji behawioralnej dobrze opracowana jest teoria patologii i przemiany. Ponieważ oceniono każdy jej element,⁸ można powiedzieć, że aktywacja behawioralna jest zatem nie tylko pragmatyczna i skuteczna na poziomie klinicznym, ale jest również możliwa do przebadania na poziomie biobehawioralnej medycyny translacyjnej. Założeniem aktywacji behawioralnej jest podejście do zmiany zachowania uwzględniające w leczeniu depresji nie tylko czynniki behawioralne, depresja jest bowiem zaburzeniem wielu układów i zmiana zachowania w kontekście autentycznej, empatycznej i ważnej relacji terapeutycznej jest bezpośrednią i pragmatyczną metodą wywierania wpływu na układ. Wyniki badań wskazują, że przejście całego programu terapii prowadzi do istotnych zmian poznawczych⁴ i neurobiologicznych.⁹ Teoria aktywacji behawioralnej jest spójna z badaniami neurobiologicznymi dotyczącymi układu nagrody i jego roli w depresji, które wskazują, że wsparcie środowiskowe i obwody układu nagrody mogą być postrzegane na różnych poziomach analizy jako procesy równoległe. Pozwala to w badaniach translacyjnych zidentyfikować biologiczne, demograficzne, behawioralne i środowiskowe mediatory oraz moderatory wpływające na wyniki leczenia. Konieczne są dalsze badania wyjaśniające, jak działa ten mechanizm na poziomach behawioralnych i biologicznych oraz w kontekście czynników nieswoistych, takich jak relacja terapeutyczna, które również mogą korzystnie wpływać na leczenie. Należy opracować konkretne strategie

pozwalające maksymalnie wykorzystać te procesy i wpływ opisanego mechanizmu na zdrowie publiczne.

Zaletą aktywacji behawioralnej jest również to, że założenia terapii są dość elastyczne i akceptowane przez pacjentów i terapeutów. Terapia ta może znaleźć również zastosowanie w trudno dostępnych populacjach i regionach. Przekazywanie pacjentom, zgodnie z założeniem aktywacji behawioralnej, że depresja nie musi być skutkiem czynników wewnętrznych, wydaje się również mniej stygmatyzujące niż twierdzenie, że ma podłoże biologiczne.¹⁰ Ten sposób postrzegania depresji może ułatwić dotarcie do trudno dostępnych populacji, dla których stygmatyzacja stanowi barierę w leczeniu, oraz do osób, dla których medyczny model depresji wydaje się niezrozumiały lub zagrażający lokalnym przekonaniom kulturowym. Mimo że aktywacja behawioralna jest głęboko zakorzeniona w zachodniej tradycji medycznej, nie należy do jej wytłumaczenia używać jedynie terminologii stosowanej w medycynie zachodniej. Kompetentni terapeuci aktywacji behawioralnej powinni przy ustalaniu celów terapii mieć na względzie wartości kulturowe istotne dla konkretnego chorego i kłaść nacisk na kulturowe, duchowe i indywidualnie istotne dla tego chorego cele. Aktywacja behawioralna jest zatem metodą leczenia depresji, która może wpłynąć na poprawę wyników leczenia i zmniejszenie szkód spowodowanych chorobą, jej założeniem jest bowiem dostosowanie się do danych warunków, a nie podważanie przekonania lub wymuszanie zmiany lokalnych kulturowych wierzeń i praktyk. Wskazane byłyby dalsze badania dotyczące tego zagadnienia.

Wydaje się, że aktywacja behawioralna jest metodą niedrogą i wygodną, zaś szkolenia klinicystów w stosowaniu aktywacji behawioralnej okazują się skuteczne. Konieczne są jednak dalsze prace dotyczące tych potencjalnych zalet tej terapii koncentrujące się m.in. na rodzaju i ilości środków potrzebnych do szkolenia terapeutów. Obecnie znane są wyniki kilku badań, które potwierdzają, że nauka stosowania aktywacji behawioralnej nie jest trudna, prace są w fazie wstępnej i ostateczne wnioski nie są jeszcze znane. Niektóre formy aktywacji behawioralnej są łatwiejsze do opanowania niż inne. Możliwe, że forma aktywacji, która została dotąd najlepiej przebadana,⁶ jest zarazem formą najbardziej skomplikowaną

i trudną do opanowania. Konieczne są dalsze badania dotyczące zastosowania nowych technologii (takich jak komputery czy internet), które mogłyby zwiększyć skuteczność i ułatwić rozpowszechnianie szkoleń, a przez to poprawić dostępność aktywacji behawioralnej. Najbardziej obiecującym aspektem aktywacji behawioralnej wydaje się możliwość stworzenia protokołu szkoleń pozwalającego zgodnie z mechanizmem oddziaływania zwiększyć szanse na udane przyjęcie i wdrożenie metody przez różnych świadczeniodawców, w różnych środowiskach i grupach pacjentów, jednocześnie minimalizując wykorzystanie środków szkoleniowych. Wydajne i skuteczne upowszechnianie aktywacji behawioralnej może przyczynić się do zmniejszenia szkód powodowanych przez depresję na całym świecie.

From the British Journal of Psychiatry (2012) 200, 361–363. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. WHO, 2008.
2. Dimidjian S, Barrera Jr M, Martell C, Munoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioural activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 1–38.
3. Kanter JW, Manos RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM, Rusch LC. What is behavioural activation? A review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 608–20.
4. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive behavioural treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 295–304.
5. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioural activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clin Psychol Sci Pract* 2009; 16: 383–411.
6. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalzing KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 658–70.
7. Ekers D, Godfrey C, Gilbody S, Parrott S, Richards DA, Hammond D, et al. Cost utility of behavioural activation delivered by the non-specialist. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 510–1.
8. Manos RC, Kanter JW, Busch AM. A critical review of assessment strategies to measure the behavioural activation model of depression. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 547–61.
9. Dichter GS, Felder JN, Petty C, Bizzell J, Ernst M, Smoski MJ. The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biol Psychiatry* 2009; 66: 886–97.
10. Rusch LC, Kanter JW, Brondino MJ, Weeks CE, Bowe WM. Biomedical stigma reduction programs produce negative but transient effects on a depressed low-income community sample. *J Soc Clin Psychol* 2010; 29: 1021–31.

KOMENTARZ



**Dr hab. n. med. Łukasz Święcicki,
prof. nadzw. IPiN**

II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii
i Neurologii w Warszawie

Myślę, że najlepiej będzie zacząć od stwierdzenia stanowiącego parafrazę znanego wersu „Pieśni miłosnej J. Alfreda Prufrocka” autorstwa T.S. Eliota – nie, nie jestem psychoterapeutą, nikt mnie nawet nie brał za niego...¹ Dlaczego więc zabieram się do komentowania artykułu opisującego jedną z technik psychoterapeutycznych? Prawdę mówiąc dlatego, że zostałem o to poproszony, ale po głębkim zastanowieniu uznałem, że to naprawdę ma sens.

Przez wiele lat określałem samego siebie, nie bez dumy, jako psychiatrę biologicznego. Miało to, w moim ówczesnym rozumieniu tego terminu, oznaczać, że przyczyny chorób psychicznych (nie ukrywam, że w szczególności i zwłaszcza depresji) widzę w „biologii”. Problem polegał, jak to teraz widzę, na tym, czym właściwie jest ta biologia. Myślę, że często bywało tak, bo przecież człowiek myśli raz tak, raz siak, więc trudno powiedzieć, że zawsze tak było, ale z pewnością często bywało, że biologię rozumiałem jako „niepsychologię”. Ale czy to oznacza(ło), że chorzy, których badałem, leczyłem, którym starałem się pomóc byli w jakiś trudny do wyobrażenia sposób pozbawieni sfery, którą ogólnie można określić jako psychologiczną? Myślę, że nie ma sensu nawet odpowiadać na takie pytanie (ale na wszelki wypadek – nie, tak nie mogło być). Tak więc jednym z problemów psychiatrii biologicznego może być na dłuższą metę brak odpowiednich pacjentów. Coś jak z partią komunistyczną – była dobra, tylko naród nie dorastał.

Oczywiście problem nie kończy się na stwierdzeniu, jakie może być, a jakie raczej nie może być, pochodzenie chorób psychicznych – od tego problem się zaczyna. Tak naprawdę najważniejsze pytanie dotyczy tego, co należy zrobić, aby takie choroby skutecznie leczyć. W tym miejscu wielu, dotąd zupełnie rozsądnych, ludzi, którzy byli gotowi przyznać, że ich pacjenci mają zupełnie materialne, biologiczne i białkowe w dużej mierze ciało, ale mają także znacznie mniej materialną, choć na materii niewątpliwie opartą, psychikę, zaczyna głośić z dużym przekonaniem hasła, z których właściwie wynika, że leczenie to jedynie psychoterapia albo że leczenie to jedynie farmakoterapia. Być może osoby takie nie mówią tego wprost, ale dają temu wyraz w swoich codziennych działaniach. Mam wrażenie, że częściej zdarza się, że osoby preferujące psychoterapię deprecjonują sen-

sowność stosowania substancji chemicznych (leków), ale to może być mylne wrażenie zależne od punktu siedzenia. Nie będę jednak ukrywał, że w życiu zawodowym spotkałem się wielokrotnie z sytuacją, w której osoba prowadząca psychoterapię radziła pacjentowi, żeby odstawił leki i znacznie rzadziej z sytuacją odwrotną. Sam, stosując przed wszystkim leki, nigdy nie odradzałem nikomu psychoterapii, nie ośmieszałem jej, nie umniejszałem jej znaczenia.

Czy to oznacza, że uważam, iż metody psychoterapeutyczne są równoważne farmakoterapii, to znaczy, że można równie dobrze zastosować jedno lub drugie? Zdecydowanie tak nie sądzę. W przypadku ciężkich chorób psychicznych, określanych inaczej jako psychozy, choć zdaję sobie sprawę, że nie jest to określenie wystarczająco jednoznaczne, podstawową, główną i najważniejszą metodą leczenia była, jest i w najbliższej przewidywalnej przyszłości pozostanie farmakoterapia.

„No i proszę”, powie w tym miejscu Czytelnik o psychologicznych korzeniach, „wyszło sztyldło z worka, tak chłop zapewniał, że docenia czynnik psychologiczny, ale jak przyszło co do czego, to oczywiście broni swego”. Nieprawda, wcale nie bronię swego. Nie twierdzę, że farmakoterapia jest lepsza, ponieważ jej uzasadnienie jest bardziej merytoryczne. Wręcz przeciwnie, jestem przekonany, że np. aktywacja behawioralna (tak, doszliśmy i do tego, choć przyznaję, że trochę nam się zeszło...) jest bardzo dobrze uzasadniona merytorycznie. Rzeczywiście ludzie nieposzukujący pozytywnych wzmocnień skazują się niejako na tkwienie w depresji i nakręcają błędne psychopatologiczne koło. Rzecz jednak nie tylko w tym, co jest merytorycznie uzasadnione, ale także w tym, co wykonalne. W medycynie ta różnica jest szczególnie widoczna i uderzająca, dla psychologów czasem nie do końca jasna. To znaczy, że z bardzo słusznej aktywacji behawioralnej niewiele nam wyjdzie, jeśli pacjent z powodu bardzo ciężkiej choroby (której natura jest psychobiologiczna, ale to niczego w tym momencie nie zmienia) nie będzie w stanie współpracować z terapeutą lub nie będzie wystarczająco zmotywowany, żeby taką współpracę podjąć.

Jest bardzo dobry rysunek Raczkowskiego, który świetnie wyjaśnia, co mam na myśli: przed obliczem zamyślnego terapeuty siedzi smutny pacjent i mówi: „Jestem strasznie przygnębiony, nic mi się nie chce, jestem kompletnie apatyczny, nie mogę się niczym zająć”, a na to psychoterapeuta, patrząc na niego mądrze, odpowiada „Mogę ci pomóc, ale musi ci na tym naprawdę bardzo zależeć”. A jak ma zależeć, jeśli nie zależy?

Autorzy artykułu przekonują nas, że dysponują wynikiem jednego badania, w którym oceniano m.in. chorych na ciężką depresję pod kątem ich reakcji na paroksetynę,

aktywację behawioralną i terapię poznawczą. Aktywacja była równie skuteczna jak paroksetyna (a obie skuteczniejsze od terapii poznawczej. Nie ma to jak wróg we własnym obozie...) Co można na to odpowiedzieć? Poza tym, że ciężkiej depresji na ogół nie daje się leczyć wyłącznie paroksetyną (wiem, że producenci paroksetyny dysponują zupełnie innymi dowodami, ale mówię to jako lekarz praktyk i nie mówię „nigdy”, tylko „na ogół”), chciałbym zobaczyć, jak pielęgniarka po krótkim szkoleniu aktywuje behawioralnie pacjenta z ciężką depresją. No dobrze, niech ta pielęgniarka będzie i po długim szkoleniu, niech to nawet będzie przeszkolony terapeuta. Bez żadnej ironii, naprawdę chciałbym to zobaczyć, bo to byłoby coś, czego nie tylko nigdy nie widziałem, ale czego nawet wyobrazić sobie nie potrafię. Po prostu nie potrafię, nie widzę oczyma duszy nawet kawałka takiej sceny. I zaryzykuję zakład, że nikt z Państwa czegoś takiego nie widział. Osoby z ciężką depresją to naprawdę poważnie chorzy ludzie.

Czy w związku z tym kwestionuję rzetelność cytowanego przez autorów badania? Nie mam do tego żadnych przesłanek. Wierzę w rzetelność i dobrą wolę osób, które to badania prowadziły. Jako uczestnik wielu badań oceniających różne metody leczenia wiem jednak, że zarówno dobór warunków eksperymentu (bo jest to eksperyment medyczny), jak i analiza wyników są niesłychanie trudne i rzadko, zwłaszcza na podstawie jednej analizy, udaje się dojść prawdy. Szczególnie trudne i ryzykowne jest porównywanie metod o różnej modalności – np. aktywacja behawioralna, tabletka, fototerapia i elektrowstrząsy – bezpośrednie porównanie tych metod leczenia jest moim zdaniem niewykonalne i nie ma takich warunków, które by na takie porównanie pozwoliły.

Czy jednak naprawdę zachodzi potrzeba takiego porównania? Z punktu widzenia pacjenta z pewnością nie. Chorego nie interesują porównania metod, chory chce otrzymać pomoc. Porównanie byłoby celowe jedynie wtedy, gdyby stosowanie jednej metody wykluczało użycie drugiej. Bez wątplenia w przypadku dowolnej psychoterapii i farmakoterapii tak nie jest (choć niektórzy psychoterapeuci są przeciwnego zdania, moim zdaniem nie mają jednak racji) – metody te można i powinno się stosować łącznie! Po co je więc porównywać? Odpowiedź jest prosta i krótka – chodzi o pieniądze. Należy przekonać ubezpieczyciela, który jest nikim innym jak hurtowym nabywcą usług (bo oczywiście pacjent detalista tu się zupełnie nie liczy), że to, co chcemy sprzedać, jest „takie samo jak porównywalny produkt innej firmy”, a do tego tanie i proste w użyciu (te pielęgniarki szkolone na króciutkich kursach – już się błyszczy oko urzędnika. A po co właściwie pielęgniarki? A może by tak salowe?). Nie widzę w tym niczego z gruntu nagannego, bo przecież bez pieniędzy się nie da, ale może by tak nie robić z tego całej koncepcji? Wydaje się, że dla naszych pacjentów byłoby zdecydowanie lepiej, gdybyśmy zamiast porównywać rzeczy immanentnie nieporównywalne, zastanowili się raczej, jak różne metody ze sobą łączyć. I aktywacja behawioralna na pewno taką cegiełką w murze jest. Ale powinniśmy o tym myśleć właśnie w ten sposób, w przeciwnym wypadku będziemy wkrótce musieli o sobie powiedzieć słowami innego mojego ulubionego poety, że „żyjemy na archipelagach, a ta woda, te słowa...”²

Piśmiennictwo

1. Eliot T.S. Poezje wybrane. Pieśń miłosna J. Alfreda Prufrocka. Instytut Wydawniczy PAX. Warszawa 1960.
2. Herbert Z. Wiersze wybrane. Tren Fortynbrasa. Wydawnictwo A5. Kraków 2004.