

**MYŚLI PROFESORA STEFANA LEDERA.  
PSYCHOTERAPIA W MEDYCYNIE.**

**PROFESSOR STEFAN LEDER THOUGHTS. PSYCHOTHERAPY IN MEDICINE.**

Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

*Przedstawiony poniżej tekst to dosłowne cytaty tekstów Prof. Stefana Ledera, pochodzące z Jego książki „Psychoterapia. Psychiatria społeczna. Wybrane zagadnienia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000”, opracowane przez Jana Czesława Czabałę.*

Jedno z najważniejszych i istotnych dla mnie pytań wciąż pozostaje bez odpowiedzi... dlaczego dzieje się tak, że racjonalne propozycje i argumenty postulujące wprowadzenie psychoterapii do nauk medycznych, istnienie i rozwój kompleksowego, integracyjnego modelu terapeutycznego oraz wysiłki wielu psychoterapeutów mają tak znikomy wpływ na to, co dzieje się w praktyce klinicznej w większości systemów opieki zdrowotnej i w instytucjach kształcących lekarzy?

Sytuacja wyglądała inaczej, gdy medycyna była głównie sztuką, bazującą na pojęciach i przekonaniach filozoficznych. Wtedy to pomoc dla osób cierpiących i niesprawnych uzyskiwano poprzez leczenie polegające na „oddziaływaniu na uczucie dobrostanu osoby cierpiącej ze strony wykształconego uzdrowiciela w trakcie określonej serii kontaktów, podczas których pacjenci są w stanie przekształcić znaczenie swoich doświadczeń” (Frank). Wpływ psychoterapeutyczny był nieodłączną częścią i atrybutem praktyki lekarskiej długo przedtem, zanim został zdefiniowany, nazwany i wyodrębniony jako określonego rodzaju leczenie specyficznymi metodami.

Jednakże w trakcie rozwoju i osiągnięć nauk przyrodniczych, rozpoczęło się poszukiwanie bardziej skutecznych lekarstw na określone choroby, wspierane przez istnienie często redukcjonistycznych i mechanistycznych teorii naukowych. Pojęcia te przyczyniły się do olbrzymich sukcesów na obszarze opieki zdrowotnej. Większość lekarzy zafascynowała się nową wiedzą i możliwościami leczenia dysfunkcji mózgu w taki sam sposób, w jaki leczone były choroby somatyczne. Jednakże teorie i praktyczne osiągnięcia odniosły znacznie mniejszy sukces, gdy chodzi o leczenie zaburzeń psychicznych. Było to jednym z powodów pojawienia się terminu „psychoterapia”. Psychoanaliza od początku próbowała dowieść swojej tożsamości. Praktyka kliniczna wykazała bardzo ograniczoną skuteczność tej metody w leczeniu zaburzeń psychotycznych i umocniła przekonanie, że psychoterapia, którą wtedy niemal zupełnie utożsamiano z psychoanalizą, była skuteczna jedynie w przypadku pacjentów niemal „normalnych” i przeważnie nie potrzebujących pomocy medycznej. Ta opinia nie pomogła w integracji psychoterapii z praktyką lekarską i usługami medycznymi.

Czynniki, które mają wpływ na faktyczne miejsce i rolę w psychoterapii można podzielić na 4 grupy:

1. trudności w dostrzeganiu, przez współczesnych lekarzy, indywidualnych różnic w fenomenach zdrowia i patologii;
2. opory i bariery, stereotypy w myśleniu i działaniu... decydenci i reprezentanci interesów poszczególnych grup... wchodzą w sojusz przeciwko nowym ideom i propozycjom;
3. struktury organizacyjne, ich finansowe zasoby, biurokratyczne struktury scentralizowanej administracji;
4. stan teorii i praktyki psychoterapeutycznej oraz pewne cechy psychoterapeutów: teorie pełne fanatycznych i dogmatycznych akcentów, propagujące niesprawdzone procedury i techniki, rywalizujące szkoły i orientacje.

Podstawowym założeniem programów (naprawy tej sytuacji) jest uznanie, że człowiek jest aktywnym, planującym podmiotem, który będąc społecznie zintegrowanym, może autonomicznie podejmować życiowe wyzwania. Że może wyzwolić swój potencjał, także poprzez zmianę swojej orientacji życiowej według określonych systemów wartości i rozwijając osobiste poczucie sensu.

Jednym z warunków zastosowania modelu biopsychospołecznego w myśleniu medycznym i jego popularyzacji w społeczeństwie będzie zmiana relacji pomiędzy personelem a pacjentami. Personel medyczny powinien być w pełni świadomy roli i znaczenia psychologicznych i społecznych wymiarów zdrowia i medycyny i w ten sposób przyczynić się do procesu rehumanizacji medycyny oraz większej skuteczności systemów opieki zdrowotnej. Wzmocnienie pozytywnego klimatu emocjonalnego w instytucjach medycznych oraz poprawa komunikacji, wrażliwości i zróżnicowanego rozumienia potrzeb pacjentów nie może pozostawać tylko w domenie życiowych fantazji.

Aby osiągnąć te cele, ważne jest zdanie sobie sprawy, że dalszy rozwój nauk przyrodniczych najprawdopodobniej sprawi, że wielu (jeżeli nie większość) lekarzy będzie odnosiło się sceptycznie do „medycyny psychologicznej”. Nie będzie miało motywacji, by uczyć się umiejętności psychoterapeutycznych, i będzie kierować takich pacjentów do specjalistów, w tym psychologów. Zmiana takich postaw będzie skuteczna dopiero wtedy, gdy dojdzie do radykalnych zmian w programach przeddyplomowego kształcenia lekarzy oraz podyplomowych szkoleń specjalizacyjnych.

Usługi psychoterapeutyczne powinny być kompleksowe, skoordynowane, przyjazne dla pacjenta, bezpieczne, klinicznie możliwe, które oferują psychoterapię typu ABC:

- A – skojarzona z innymi metodami leczenia na podstawie rozpoznania,
- B – eklektyczna, nakierowana na pacjenta i jego indywidualne potrzeby, niekiedy zmienne w trakcie różnych okresów zaburzeń,
- C – oparta o różne podstawy teoretyczne formalne, stosowana w różnych strukturach i modalnościach.

Myślę, że większość psychiatrów i psychoterapeutów zgodzi się z tym, że wzajemne stosunki między psychiatrią a psychoterapią w żadnym wypadku nie przypominają relacji między rodzicami a ich ukochanym dzieckiem. Niechciane dziecko zostaje wprowadzone przez rodziców prawnie uznane, ale jest traktowane jako coś obcego, akceptowanego tylko ze

względu na presję okoliczności. Nierzadko wzbudza rozterki, nawet uczucia odrzucenia, jest traktowane jak ktoś pośledniejszy.

Osiągnięcia nauk przyrodniczych spowodowały nie tylko burzliwy rozwój medycyny, lecz także stały się podstawą ukształtowania psychiatrii klinicznej jako samodzielnej dyscypliny. Znalazło to dobitny wyraz w słynnym powiedzeniu Griesingera „choroby umysłowe są chorobami mózgu”. Wydawało się, że los „moral treatment” oraz takich metod leczenia jak np. oparta na wierze „Christian science” został przesądzony raz na zawsze, określeniem ich jako „nienaukową grą pozorów” i „mystyfikacją”. Ale pomimo imponujących sukcesów biologicznego oraz celularnego podejścia w psychiatrii, śpiąca królewna została obudzona przez lekarza chorób nerwowych Zygmunta Freuda, który nie tylko nadał jej postać psychoanalizy, ale jednocześnie spowodował, że musiała ona bronić swej tożsamości oraz rozwijać się w opozycji do akademickiej psychiatrii. Ponieważ psychoanaliza dla wielu stała się, niestety, synonimem psychoterapii, prawie powszechne odrzucenie jednostronnych, spekulatywnych, psychoanalitycznych koncepcji przez klinicznych psychiatrów przyczyniło się do postępującego wyodrębnienia psychoanalizy oraz do jej odgraniczenia od psychiatrii.

Argumentami uzasadniającymi tę rolę psychoterapii (niechcianego dziecka) są:

- niedostateczne oraz nieadekwatne uwzględnianie w procesie kształcenia psychiatrów psychologiczno-społecznych aspektów procesu chorobowego,
- niezadowolający stan świadomego stosowania psychoterapeutycznego sposobu myślenia i działania w codziennej praktyce psychiatrycznej podczas leczenia pacjentów,
- przerzucenie takich działań przez wielu psychiatrów do zakresu kompetencji nielekarzy,
- obojętne nastawienie wielu organizatorów służby zdrowia, a także niektórych nauczycieli akademickich i znaczących osób,
- pycha i tendencje do izolowania się niemałej liczby fachowych psychoterapeutów,
- teoretyczna i metodologiczna słabość niektórych psychoterapeutycznych teorii i badań.

Specyfika chorób psychicznych, z właściwymi dla nich etiopatogenetycznymi i klinicznymi aspektami, a także z trudnościami jednoznacznego rozgraniczenia normy od patologii, choroby od dewiacyjnego zachowania, leczenia od wychowania, wywierania wpływu od uczenia, przyczynia się do tego, że jej obszar zainteresowań i działań, a także pozycja wśród innych medycznych dyscyplin ulegają stałym i postępującym zmianom. Dokonująca się naukowo-techniczna rewolucja przyczyniła się jednocześnie do powstawania różnorodnych, bardzo skomplikowanych problemów i nierzadko zaostrza je w sposób dramatyczny. Wiele osób ma subiektywne i obiektywne przyczyny do odczuwania swojego życia jako pełnego stresów. Psychiatrzy w coraz większym stopniu czują się zmuszeni do stymulowania zmian. Z tego powodu ujmują oni i uwzględniają socjalne oraz psychologiczne uwarunkowania, aspekty i konsekwencje chorób, rozciągają swoje postępowanie na środowisko pacjenta wykorzystując w tym celu kontekst grupowy, kładąc nacisk na profilaktykę, na takie przedsięwzięcia, które przyczyniają się do zmiany warunków, w których ludzie żyją, pracują, mieszkają, uczą się, wypoczywają. W celu lepszego rozwiązywania

tych zadań psychiatra powinien pogłębiać swoją znajomość nauk społecznych i psychologii, współpracując blisko z ich przedstawicielami.

W procesie psychoterapeutycznym kluczową rolę odgrywa „wywieranie wpływu”. Głównym celem wywierania wpływu terapeutycznego jest zmniejszenie objawów zaburzeń emocjonalnych i nieadekwatnych reakcji. Struktura spotkania terapeutycznego określana jest przez liczne czynniki społeczno-kulturowe, a środkami oddziaływania są przeważnie sygnały słowne.

Szczegółne oczekiwania i role uczestników interakcji leczniczej wynikają z tego, że pozycja ich nie jest równorzędna: terapeuci przewodzą ze względu na swoją wiedzę zawodową, doświadczenie i stan emocjonalny oraz są spostrzegani jako symbole siły i pomocy.

Pacjenci natomiast poszukują ulgi, ponieważ nie są zdolni do poradzenia sobie w stanie lęku, dezorientacji i cierpienia. Ich stan charakteryzuje się nieadekwatnością schematów poznawczych – skutek braku informacji lub zniekształceń ich spostrzegania i odbioru. Dlatego też terapeuta może dla nich stać się decydującym źródłem informacji oraz oparciem – zwłaszcza gdy jest źródłem atrakcyjnym i wiarygodnym.

W pierwszej fazie oddziaływania psychoterapeutycznego powinno dojść do zaspokojenia najistotniejszych aktualnych potrzeb i oczekiwań chorego. Potrzeby te dotyczą zwłaszcza informacji poznawczych oraz kontaktu i wsparcia emocjonalnego. Pacjent czuje się bezradny, osamotniony i zagubiony, dlatego terapeuta musi mu przekazać swoje zrozumienie, sympatię, zaufanie i pewność, że potrafi i chce mu pomóc. Pacjent musi więc mieć możliwość ujawniania swoich uczuć, zwłaszcza obaw, możliwość uzyskania odbarczenia przez wypowiedzenie swojego strachu, winy wrogości oraz zaapelowania o pomoc i wsparcie.

Poszukiwanie przez pacjentów pomocy w złagodzeniu ich cierpień nierzadko przypomina „drogę przez mękę”. Pierwsze spotkanie, a także sposób, w jaki terapeuta spełnia swoją rolę udzielającego pomocy, ma ogromne znaczenie dla dalszych losów pacjenta. Posłużmy się (hipotetycznym) komentarzem pacjenta w czasie pierwszego kontaktu:

„Jestem chory, cierpię, w każdej chwili może się zdarzyć coś strasznego – już dłużej tego nie wytrzymam. A lekarze pojęcia nie mają co mi jest. Przeważnie twierdzą, że w gruncie rzeczy nic mi nie jest i że wszystko tylko ode mnie zależy. Ani lekarstwa, ani dotychczasowa kuracja nic mi nie pomogły, a teraz... O Boże, ten człowiek w ogóle nie rozumie, jak ja się męczę i co się ze mną dzieje. Twierdzi, że to wszystko ma podłoże psychiczne, że przyczyną są jakieś nierozwiązane problemy, konflikty i diabli wiedzą co. I na to miałyby pomóc jego gadanina. On sobie pewnie wyobraża, że ja sobie moją chorobę wmówiłem, że trzeba mi ją gadaniem wyperswadować... W dodatku ma to wszystko długo trwać i na początku może nawet nastąpić pogorszenie, a ostateczny rezultat będzie zależał ode mnie”.

W tym katartycznym okresie terapeuta wpływa na pacjenta podtrzymując go i udzielając informacji, uwzględniając jego oczekiwania i nastawienia. W pierwszym okresie leczenia istotną rolę odgrywają informacje dotyczące przede wszystkim przyczyn schorzenia, metod i sposobów usunięcia choroby oraz jej objawów.

Terapeuta, który nie ma żadnych zdolności do porozumiewania się z pacjentem i sztywno trzyma się swoich doktrynalnych koncepcji, który nie zdaje sobie sprawy z ograniczeń i względności swojej wiedzy, a poza tym nie zastanawia się nad tym, jak wyobraża sobie

świat i jak postępuje, nie kieruje świadomie swoim działaniem, może zaszkodzić pacjentowi. Wyrządzone przez niego szkody mogą być tym większe, im bardziej wykorzystuje swoją przewagę w celu narzucenia pacjentowi „kaftana bezpieczeństwa” swoich teorii i metod, nie uwzględniając indywidualnych cech i problemów chorego. Nic groźniejszego, niż błędne założenie, że tylko terapeuta zna najlepsze rozwiązania problemów pacjenta, a ten może się jedynie od niego uczyć.

W drugiej fazie psychoterapii, podejmowane przez pacjenta próby wypracowania nowych rozwiązań problemów, zarówno tych już wcześniej istniejących, jak i pojawiających się w miarę leczenia, idą w parze z występowaniem emocji o dwubiegunowej treści. W tej fazie dochodzi do wzrostu wiary we własne siły, dzięki czemu pacjent odczuwa więcej satysfakcji płynącej ze stopniowego osiągania sukcesów i umiejętności w nowych dziedzinach. Wymaga to zmian na wyższym szczeblu integracji. Pacjent musi nie tylko nauczyć się nowych postaw, lecz również zrezygnować z niektórych poprzednio istniejących motywacji, potrzeb, wartości, strategii rozwiązywania problemów, wzorców interpersonalnych związków i interakcji oraz niektórych wcześniej pełnionych ról.

Musi więc jakby uczyć się nowego postrzegania, przeżywania, myślenia i zachowania się. Tego typu zmiany wymagają aktywnego przeuczania się, w trakcie którego pacjent czynnie i samodzielnie przekształca nie tylko siebie, lecz także otoczenie i wzajemne relacje.

Terapeuta stosuje metody nauczania problemowego, co zakłada aktywną czynność badawczą ze strony pacjenta, obejmującą określanie i nazywanie faktów, zadań i problemów, ich ocenę, formułowanie hipotez i rozwiązań, podejmowanie decyzji i eksperymentowanie w zakresie ich weryfikacji oraz wyciągania wniosków z doświadczeń. Jest to proces, w którym emocjonalnie zabarwione zachowanie zespała się z analizą intelektualną, odgrywanie nowych ról z przekształcaniem systemu wartości, znajdowanie nowych źródeł i rodzajów satysfakcji z realistyczną oceną możliwości ich osiągnięcia.

W tym miejscu warto uprzytomnić sobie, że postęp wiedzy o psychice, o jej rozwoju oraz o możliwościach wywierania na nią wpływu, staje się coraz bardziej skutecznym narzędziem indoktrynacji ludzi oraz sprawowania kontroli nad ich zachowaniem. Jest to jedna z przyczyn dlatego tak ważna jest odpowiedź na pytanie, jakie treści są przekazywane pacjentom i czyim interesom one służą.

Iluzje niektórych psychoterapeutów, że pełnią oni rolę obrońcy praw i wolności jednostki w przypadku jej konfliktu ze społeczeństwem, nie potwierdzają się w świetle doświadczeń. Dylematy związane z konfliktem między jednostką a społeczeństwem nie mogą być rozwiązane za pomocą psychoterapii. Jak się wydaje, głoszenie takich poglądów zaciemnia prawdę: dylematy związane z konfliktem między jednostką a społeczeństwem nie mogą być rozwiązane za pomocą psychoterapii. Dlatego też oddziaływanie terapeutyczne najrozmaitszych „grup przeżywania”, „encounterowych” itp. jest niezmiernie wątpliwe. Działania takie najczęściej mają na celu umożliwienie odreagowania emocjonalnego, przeżycia wyjątkowych doznań, doświadczeń transcendentálnych itp. Zaspokajają one pewne potrzeby społeczne, ponieważ współczesne warunki egzystencji w obliczu zagrażającej zagłady nuklearnej i ekologicznej oraz dramatyczne konflikty społeczne, etniczne, polityczne, religijne, militarne występujące we współczesnym świecie, przyczyniają się do poczucia wyobcowania, zagubienia, bezradności. U wielu osób wywołuje to tęsknotę

za przeżyciem prawdziwej bliskości z innymi, za autentycznymi doznaniem i związkami, które – jak mniemają — uczynią ich życie pełniejszym i bardziej godnym. Uczestniczenie w grupach, komunach, sektach stwarzało i stwarza nadal wielu poszukującym, zbuntowanym i nieszczęśliwym jednostkom iluzję, że jest to inny sposób egzystencji niż dotychczasowy, budzący w nich niechęć i protest. Jednak pseudoautentyzm życia w sztucznie tworzonych komórkach społecznych stwarza niekiedy warunki do wzrostu podatności na iluzoryczne lub wręcz fałszywe i oszukańcze recepty, przekazywane przez charyzmatycznych proroków, guru czy terapeutów. Ten typ niewłaściwego wykorzystania różnych form aktywności grupowych może być ułatwiony przez hałaśliwą, reklamową działalność „twórców” nowych szkół i metod, często ludzi bez dostatecznej wiedzy, kompetencji i poczucia odpowiedzialności, działających najczęściej w warunkach wolnego rynku, z komercyjnych i ambicjonalno-prestiżowych pobudek. Grupy takie są niekiedy tworzone bez dostatecznej selekcji, prowadzone w sposób nadmiernie intensywny, bez zapewnienia ochrony uczestnikom tych grup, narażonym na niebezpieczeństwo dekompensacji psychicznej.

Jeśli psychoterapia oznacza stosowanie naukowo uzasadnionych metod i technik w celu uzyskania przez pacjenta optymalnej umiejętności rozwiązywania problemów oraz opracowywania strategii postępowania, to psychoterapeuta musi mieć solidną teoretyczną i kliniczną wiedzę oraz umiejętności w zakresie medycyny i psychologii. Społeczeństwo wymaga zarazem ażeby – w celu zapobieżenia nadużyciu tych zdolności – psychoterapeuta był szczególnie prawy, by jego poziom moralny, duch krytycyzmu, poczucie odpowiedzialności, samokontrola oraz samowiedza były bardzo wysokie. Powinien on więc być jednocześnie artystą i specjalistą, ekspertem, technologiem oraz przykładem dla otoczenia. Przedstawiciele niewielu zawodów muszą sprostać tak wysokim wymaganiom i oczekiwaniom. Jest wprawdzie prawdopodobne, że niektóre z wymienionych cech, postaw i umiejętności mogą być doskonałe, rozwijane i wyćwiczone zarówno przez kształcenie, jak i przez doświadczenia życiowe i zawodowe. Jednak jest także jasne, że tylko u niektórych psychoterapeutów – mających iskrę bożą – można je odnaleźć w tak idealnym zestawieniu i różnorodności.

Eliminacja nieadekwatnego i nieefektywnego przeżywania, myślenia i zachowania zakłada nieodzowną konieczność analizy ich źródeł i wzajemnych związków. Pacjent musi spostrzec i zrozumieć związki przyczynowe między zaburzeniami a czynnikami psychosocjalnymi, między faktami biograficznymi a cechami osobowości, wartościami i potrzebami a wzorcami zachowań interpersonalnych. Musi więc analizować siebie i swój stosunek do innych, poznać prawidłowości determinujące własny rozwój i los, powstanie konfliktów i sposoby ich rozwiązań. Ten sposób osiągnięcia wglądu jest trudny. Poszerzanie i pogłębianie świadomości, zdolność do podejmowania samodzielnych decyzji i sterowania sobą, lepsze rozwiązywanie zadań życiowych jednostki i grup społecznych, ujawnienie własnych możliwości – wszystko to może mieć znaczenie nie tylko dla rozwoju jednostki, ale i postępu społecznego. Bardzo wiele osób ma obiektywne i subiektywne przyczyny do przeżywania i oceny swego życia jako pełnego „stresów” i do reagowania na nie zaburzeniami w zakresie somatycznym, psychicznym oraz zachowania w sytuacji np. konfliktów normatywnych czy motywacyjnych, nadmiernych obciążeń, kolizji ról itp. Nierzadko przyczyniają się do tego nastawienie i postawy, które ukształtowały się pod wpływem systemów norm i wartości w rodzinie lub w innych grupach odniesienia i które mogą być

sprzeczne z promowanymi przez ustrój i społeczeństwo.

W takich warunkach promowanie społecznych postaw nie jest tożsame z przystosowywaniem się, lecz wręcz odwrotnie. Zakłada ono zdolność do konstruktywnego przekształcania samego siebie i otoczenia, współdziałania z innymi, rozwijania satysfakcjonujących emocjonalnie związków i kontaktów. Rozwijając kreatywne strategie rozwiązywania problemów, promuje odpowiedzialność i samodzielność oraz prospołeczne postawy, na podstawie realistycznych schematów postrzegania i ocen. Oznacza to także kształtowanie takich cech i postaw, jak: aktywność, zaangażowanie, samodzielne myślenie, wierność zasadom, inicjatywa, odwaga, dążenie do wiedzy i poszerzanie horyzontu kulturalnego, ułatwiających poszukiwanie odpowiedzi na pytania o sens i cele życiowe.

Można więc uznać, że psychoterapia ma do odegrania ważną i pozytywną rolę, że za jej pomocą można nie tylko u wielu osób zmniejszyć cierpienia związane z zaburzeniami, lecz również przybliżyć im problemy egzystencjalne i zmienić „jakość życia”. Może ona ułatwić konfrontację z problemami oraz ich bardziej skuteczne rozwiązywanie. Jednak, aby osiągnąć te cele, niezbędna jest stała dbałość o poziom i przygotowanie kadry terapeutycznej, prowadzenie systematycznych badań naukowych, konsekwentna, publiczna dyskusja oraz kontrola stosowania metod oddziaływania i uzyskiwanych wyników. Nadzwyczaj przy tym ważna jest zmiana roli pacjenta, który powinien być partnerem, a jego świadoma i aktywna, niekiedy krytyczna współpraca z fachowym personelem powinna być zarówno warunkiem, jak i celem terapii.

Poniżej zamieszczam komentarz pacjenta, do niego powinno należeć ostatnie słowo:

„A jednak ten Stefan nie nauczył się wiele — pozostał narcyzm — dalej zgrywa ważniaka i popisuje się banalnymi mądrościami, o których tak często rozmawialiśmy, a używa przy tym żargonu, który ma brzmieć naukowo. Może doświadczenia z setkami dalszych pacjentów pozwolą mu zmądrzeć. Mnie osobiście kontakt z nim wiele dał i nawet go polubiłem — nie jest on zresztą głupi. Wprawdzie nie opowiadał zbyt wiele o tych licznych pacjentach, którym psychoterapia nie pomogła. Mimo to mam nadzieję i wierzę, że zarówno ja sam, jak i on i jego koledzy, zdołamy kiedyś lepiej radzić sobie z problemami i zadaniami, jakie stoją przed nami. A realistyczna nadzieja to bardzo istotny warunek osiągnięcia celów, do jakich dążymy”.

