

JAN CHODKIEWICZ

Odbić się od dna?

**Rola jakości życia w przebiegu
i efektach terapii osób
uzależnionych od alkoholu**



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO

JAN CHODKIEWICZ

Odbić się od dna?

Rola jakości życia w przebiegu
i efektach terapii osób
uzależnionych od alkoholu



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO

ŁÓDŹ 2012

[Kup księbkę](#)

Jan Chodkiewicz – Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii
Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki, 91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

RECENZENT

Lidia Cierpiałkowska

OPRACOWANIE EDYTORSKIE

Bożena Tkacz

OKŁADKĘ PROJEKTOWAŁA

Barbara Grzejszczak

Fotografia na okładce: Copyright © 2010 Corel Corporation

ISBN (wersja drukowana) 978-83-7525-721-2

ISBN (ebook) 978-83-7969-246-0

© Copyright by Uniwersytet Łódzki – Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 2012

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

[Kup książkę](#)

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
1. Terapia osób uzależnionych i jej skuteczność	9
1.1. Modele uzależnienia i oparte na nich oddziaływania	10
1.2. Specyficzne interwencje stosowane w terapii alkoholików	21
1.3. Cele terapii i zmiany zachodzące w jej trakcie	24
1.4. Problemy i dylematy w badaniach nad skutecznością terapii	32
1.5. Wyniki badań nad efektywnością leczenia osób uzależnionych	35
1.6. Podsumowanie: przyszłość terapii i badań nad jej efektywnością	40
2. Determinanty przebiegu i efektów terapii uzależnienia od alkoholu	45
2.1. Kryzys jako punkt zwrotny i początek zdrowienia	45
2.2. Etapy zdrowienia w chorobie alkoholowej	49
2.3. Nawroty w uzależnieniu do alkoholu	52
2.4. Czynniki leczące w terapii uzależnienia od alkoholu	58
2.4.1. Czynniki specyficzne – podejście terapeutyczne	58
2.4.2. Właściwości osób uzależnionych	59
2.4.2.1. Motywacja do podjęcia leczenia i utrzymywania abstynencji	60
2.4.2.2. Rola zmiennych osobowościowych	62
2.4.2.3. Stres i radzenie sobie	64
2.4.2.4. Zasoby osobiste	66
2.4.2.5. Depresja, lęk i inne zaburzenia współwystępujące	68
2.4.2.6. Zmienne dotyczące choroby alkoholowej i socjodemograficzne	70
2.4.3. Znaczenie relacji terapeutycznej	72
2.4.4. Podsumowanie	74
3. Jakość życia osób uzależnionych od alkoholu i jej związki z terapią	77
3.1. Psychologiczne ujęcie jakości życia	77
3.2. Jakość życia związana ze zdrowiem	85
3.3. Jakość życia a efekty psychoterapii	89
3.4. Jakość życia alkoholików	91
3.4.1. Zainteresowanie jakością życia alkoholików w medycynie i psychologii	92
3.4.2. Poziom jakości życia u osób uzależnionych	93
3.4.3. Jakość życia a uczestnictwo w terapii i utrzymywanie abstynencji	95
3.4.4. Jakość życia alkoholików a czynniki powiązane z przebiegiem i efektami terapii	99
3.4.5. Podsumowanie	101
4. Koncepcja badań własnych	103
4.1. Cele i zadania badawcze	103
4.2. Założenia, modele i hipotezy badawcze	109
4.3. Grupa badana i procedura badań	119
4.4. Zastosowane narzędzia	123
4.5. Sposób opracowania wyników badań	129

5. Analiza wyników badań	131
5.1. Jakość życia osób uzależnionych od alkoholu rozpoczynających leczenie	131
5.2. Zmiany jakości życia w trakcie terapii odwykowej	139
5.3. Jakość życia a ukończenie terapii i zachowanie trzeźwości	143
5.3.1. Jakość życia a ukończenie terapii	144
5.3.2. Jakość życia a utrzymywanie abstynencji	151
5.4. Uwarunkowania jakości życia alkoholików i jej rola w przebiegu i efektach terapii ..	167
5.4.1. Uwarunkowania jakości życia alkoholików	167
5.4.2. Rola jakości życia w przebiegu terapii	177
5.4.3. Jakość życia a efekty terapii	185
6. Dyskusja wyników i wnioski praktyczne	191
7. Uwagi końcowe	225
Bibliografia	229
To Strike Against the Bottom and Begin to Rise? The Quality of Life Role in the Course and Effects of Alcoholism Therapy (Summary)	251
Aneks	261
Od Redakcji	265

WSTĘP

Na jednej z niemieckich stron internetowych poświęconych pomocy osobom uzależnionym od alkoholu i narkotyków widnieje cytat: „za każdym uzależnieniem stoi tęsknota i pragnienie szczęścia”. W zdaniu tym pokazano trafnie dramat dotyczący osób, w których życiu okazało się, że coś, co miało dawać szczęście, stało się z czasem źródłem cierpienia i zniewolenia o rozmiarze tak dużym, że zmuszającym do zwrócenia się o pomoc. Cytat ów, akcentując związek uzależnienia i szczęścia, wydaje się „zwraca uwagę” z jednej strony na naturalne dążenie każdego człowieka do osiągnięcia dobrostanu, a z drugiej na destrukcyjny sposób, w jaki dążenie to jest przez niektóre osoby realizowane. Jest on ważny także dlatego, że zmusza do refleksji nad sposobami osiągnięcia szczęścia oraz nad tym, jak te sposoby realizować w sytuacji, gdy to, co miało być jego źródłem, nie spełniło oczekiwań.

Prezentowana praca dotyczy jakości życia osób uzależnionych od alkoholu, a więc problematyki bliskiej pojęciu szczęścia i dobrostanu. Wyrasta zarówno z wieloletnich własnych poszukiwań naukowych dotyczących czynników, których poznanie może pomóc w leczeniu alkoholizmu (Chodkiewicz, 2001, 2002, 2005a, 2006c, 2007a, 2010b, Chodkiewicz, Nowakowska, 2010, 2011), jak i doświadczeń praktycznych wynikających z pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi. Poznanie czynników powiązanych z przebiegiem i efektami terapii stanowi nieustanne wyzwanie i pomimo wielu badań prowadzi często do wyników niejednoznacznych, a nawet sprzecznych. Znaczenie tych poszukiwań jest ogromne przede wszystkim ze względu na nadal niską skuteczność leczenia odwykowego, a co za tym idzie – dramat wielu pacjentów i członków ich rodzin występujący wraz z załamaniem się prób zmiany dotychczasowego życia. Z kolei doświadczenie praktyczne wynika z rozmów z trzeźwiejącymi alkoholikami sygnalizującymi niejednokrotnie, że terapia i abstynencja nie daje im pełnego zadowolenia, że nie pijąc, pomimo zysków zauważanych przez nich samych oraz otoczenie, cały czas odczuwają brak tego „czegoś”, co jest ważne, by być szczęśliwym. Na podstawie tych rozmów oraz wynikających z nich refleksji pojawia się przekonanie, że być może właśnie w tym obszarze tkwi klucz do pomocy bardziej skutecznej. Refleksje te prowadzą więc do pytań: jak wygląda jakość życia alkoholików, jak jej poziom ma się do ukończenia leczenia, co w obrębie tego czynnika zmienia się w trakcie terapii i co ma wspólnego z późniejszymi losami pacjentów. Logicznym pytaniem jest również

to, od czego ten poziom zależy. Przegląd piśmiennictwa wskazywał, że stan wiedzy dotyczący tych tematów jest bardzo ograniczony.

W pracy podjęto więc próbę odpowiedzi na pytanie o rolę jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu. Jakość życia alkoholików badana była w obrębie trzech obszarów: jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, zadowolenia z życia oraz pozytywnego i negatywnego afektu, chodziło bowiem o poznanie jak najszerszego spektrum zjawisk związanych z tą problematyką. Terminy „osoby uzależnione od alkoholu” oraz „alkoholicy” stosowane były zamiennie. Warto zauważyć, że termin „alkoholik”, choć w mowie potocznej ma wydźwięk pejoratywny, używany jest powszechnie zarówno w literaturze przedmiotu, jak i przez członków grup samopomocowych, zwłaszcza anonimowych alkoholików (AA).

Monografia składa się z siedmiu rozdziałów. Rozdział pierwszy zawiera przegląd modeli, koncepcji i ujęć dotyczących terapii osób uzależnionych od alkoholu, opisano w nim również wyniki badań dotyczących skuteczności terapii odwykowej oraz problemy powiązane z tymi badaniami. W rozdziale drugim przedstawiony został przebieg procesu zdrowienia w chorobie alkoholowej oraz swoiste i nieswoiste czynniki powiązane z tym procesem. W rozdziale tym została opisana także popularna wśród terapeutów i członków grup samopomocowych oraz zaakcentowana w tytule pracy koncepcja „dna”, ujmowanego jako kryzys zapoczątkowujący proces korzystnych zmian w życiu osoby uzależnionej. Rozdział trzeci zawiera przegląd problematyki związanej z jakością życia ze szczególnym uwzględnieniem badań prowadzonych wśród osób uzależnionych. W rozdziale czwartym przedstawiono koncepcję badań własnych, założenia i cele badań, postawione hipotezy, opis osób badanych, zastosowanych narzędzi badawczych oraz analiz statystycznych. W rozdziale piątym z kolei opisano uzyskane wyniki, a rozdział szósty zawiera ich dyskusję. Całość kończą uwagi dotyczące podsumowania uzyskanych rezultatów oraz kierunków dalszych badań.

Praca nie powstałaby gdyby nie osoby, które były pomocne i wspierały mnie przy jej tworzeniu. Profesor Lidia Cierpiałkowska z ogromną życzliwością i zainteresowaniem podjęła się recenzji tej pracy, udzielając wielu bardzo ważnych wskazówek. Także prof. Nina Ogińska-Bulik oraz Bohdan Dudek dzielili się ze mną swoimi cennymi refleksjami dotyczącymi kształtu tej pracy. Za pomoc w przeprowadzeniu obliczeń statystycznych oraz wiele niezwykle znaczących uwag dotyczących ich analizy szczególnie dziękuję mgr inż. Wojciechowi Sobali z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Również prof. Wiesław Szymczak udzielił mi kilku ważnych porad dotyczących prowadzenia analiz statystycznych. Przeprowadzenie wieloletnich badań w Miejskim Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi nie byłoby z kolei możliwe, gdyby nie pomoc dr. Artura Juczyńskiego oraz wsparcie kierownictwa Ośrodka – szczególnie dr. Antoniego Pisarskiego.

Dziękuję bardzo pacjentom–alkoholikom za zgodę na przeprowadzenie badań i współpracę.

Moim bliskim, a szczególnie żonie Joannie dziękuję za cierpliwość i wyrozumiałość.

Największe podziękowanie składam jednak mojemu Mistrzowi – profesorowi Zygfrydowi Juczyńskiemu – któremu jestem winien ogromną wdzięczność za wszystko, co otrzymałem w czasie wielu lat wspólnej pracy w Zakładzie Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, a także później, gdy miałem możliwość korzystania z Jego mądrości i rad przy tworzeniu tej książki.

Łódź 2012

Jan Chodkiewicz

1. TERAPIA OSÓB UZALEŻNIONYCH I JEJ SKUTECZNOŚĆ

Alkohol uważany jest za jeden z najstarszych znanych ludzkości narkotyków, długa jest również historia jego nadużywania. Opisując dzieje walki z alkoholizmem, J. Lindenmeyer (2007) przytacza dane wskazujące, że już od XVI w. w wielu krajach zaczęto zwracać uwagę na dramatyczny wzrost problemów alkoholowych oraz coraz większą liczbę osób, które na podstawie współczesnej wiedzy można byłoby określić jako uzależnione. Wraz ze wzrostem świadomości społecznej, pojawiały się także próby opanowania tego zjawiska oraz pomocy alkoholikom. Próby te podejmowane były na podstawie wiedzy intuicyjnej, przekonaniach religijnych lub filozoficznych, a ich skuteczność nie była monitorowana.

W ubiegłym wieku nastąpił w podejściu do uzależnienia od alkoholu istotny przełom, spowodowany z jednej strony postępowaniem wiedzy medycznej i psychologicznej oraz rozwojem złożonych instrumentów statystycznych, a z drugiej – powstaniem ruchów samopomocowych, w tym ruchu anonimowych alkoholików (AA). Przełom ów zaowocował nie tylko rozszerzeniem wiedzy o etiologii zaburzenia, ale przede wszystkim poprawą skuteczności pomocy osobom uzależnionym i pojawieniem się nowych możliwości badań nad efektami terapii. Jednocześnie postęp wiedzy na temat alkoholizmu i sposobów jego leczenia ciągle stawia coraz to nowe pytania i rodzi coraz to nowe wątpliwości wymagające dalszych poszukiwań. Charakter problemów alkoholowych, widziany zarówno z perspektywy społecznej, jak i jednostkowej, ujmowany zarówno w aspektach etiologicznych, jak i psychoterapeutycznych, stale rozmija się z już ustalonymi ujęciami i określeniami, stanowiąc nieustanne wyzwanie w dążeniu do jednoznaczności (por. Beck i in., 2007; Erickson, 2010; Lindenmeyer, 2005).

Współczesne sposoby leczenia uzależnienia od alkoholu, podobnie jak sposoby leczenia innych zaburzeń, powinny być więc wypadkową aktualnie dostępnej wiedzy na temat jego przyczyn i konsekwencji, poziomu rozwoju koncepcji teoretycznych leżących u podstaw proponowanych oddziaływań terapeutycznych i wyników rzetelnych badań nad ich skutecznością. Analiza piśmiennictwa dotyczącego tego tematu dostarcza jednakże wiedzy bardzo trudnej do usystematyzowania: z jednej strony zawiera opis współcześnie przyjmowanych modeli alkoholizmu i skuteczności wynikających z nich sposobów jego leczenia, z drugiej natomiast – przytacza dane dotyczące stosowania konkretnych technik

i interwencji, które opierają się na różnych modelach i sposobach oddziaływania (m. in.: Cierpiałkowska, 2010b; Luty, 2006; Miller, 2009; Miller, Wilbourn, 2002). Próbując usystematyzować tę wiedzę, poniżej zostaną skrótowo opisane podstawowe modele i wynikające z nich koncepcje leczenia, a następnie techniki i interwencje, których skuteczności dowiedziono w badaniach klinicznych. W dalszej części rozdziału przedstawione zostaną ogólne i szczegółowe cele, jakie wytycza się w terapii uzależnienia od alkoholu opartej na tych modelach. Omówione zostaną również zachodzące w niej zmiany, których wystąpienie postulują przedstawiciele różnych ujęć. Na końcu rozdziału znajduje się przegląd badań dotyczących skuteczności terapii oraz refleksja nad dalszymi kierunkami poszukiwań w tym obszarze. Podczas opisywania modeli alkoholizmu punkt ciężkości zostanie skierowany na te z nich, które w najpoważniejszy sposób oddziałują na aktualny sposób rozumienia alkoholizmu, praktykę terapeutyczną i badania kliniczne. Z tych przyczyn zrezygnowano z opisu koncepcji psychoanalitycznej i neopsychodynamicznej, terapii Gestalt oraz perspektywy fenomenologiczno-egzystencjalnej.

1.1. Modele uzależnienia i oparte na nich oddziaływania

Opisując modele i koncepcje leczenia uzależnienia od alkoholu, W. R. Miller (2009) wymienia jako podstawowe: moralny, choroby, duchowy, oraz złożone: integracyjne. Z kolei L. Cierpiałkowska (2010b, c) zwraca uwagę na podstawowe modele: chorobowy, oparty na teorii społecznego uczenia się model poznawczo-behawioralny, oraz terapii integracyjnej, natomiast J. Mellibruda i Z. Sobolewska-Mellibruda (2006) opisują również model terapii motywującej.

Dominujący, zwłaszcza do końca XIX w., **model moralny** „postrzegał” osoby uzależnione jako słabe, grzeszne, zepsute i działające często wbrew prawu, a ich zachowania jako wynikające ze świadomie wybranej złej woli, przy czym nie zastanawiano się skąd biorą się takie zachowania (Miller, 2009). Implikacje dla terapii były zgodne z filozofią rozumienia problemu jako patologii społecznej: skoro funkcjonowanie osoby uzależnionej wynika z jej dobrowolnie wybranego zachowania, braku samodyscypliny i opanowania, pomoc musi nadejść z zewnątrz i polegać na zastosowaniu przymusu leczenia i zagrożeniu karą dla osób, które nie chcą zmienić zachowania, lub składaniu ślubów trzeźwości i wzmocnieniu siły woli dla tych, którzy zachowanie chcą zmienić (Berridge, 1997; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006; Miller, 2009). Warto zauważyć, iż nie prowadzono badań dotyczących skuteczności takiego podejścia (Berridge, 1997).

Całkowicie odrębne ujęcie wynika z **modelu chorobowego**, który opisał w swoich pracach wybitny badacz alkoholizmu – Elvin Morton Jellinek (1891–1964). Zakłada on, iż uzależnienie jest nieuleczalną, przewlekłą i potencjalnie śmiertelną chorobą, której podstawowym objawem jest utrata kontroli nad ilością wypijanego alkoholu (Jellinek, 1987; por. też Cierpiałkowska, 2010c). Zaslugą E. M. Jellinka było nie tylko wprowadzenie nowego paradygmatu, który radykalnie zmienił sposób rozumienia problemu i postępowania wobec alkoholików, ale również stworzenie, na podstawie informacji uzyskanych od dużej grupy osób uzależnionych, dokładnego opisu stadiów rozwoju choroby (Jellinek, 1987). Jego koncepcja zawiera fazy rozwoju choroby alkoholowej, nie ma w niej jednak analizy tego, co stanowić może tło rozwijającego się zaburzenia. Proces uzależnienia rozpoczyna się od sytuacji, gdy osoba pijąca odczuje silną ulgę lub spadek napięcia w sytuacjach związanych z piciem. Doświadczenie to, początkowo okazjonalne, z czasem prowadzi do aktywnego poszukiwania alkoholu w celu odczucia jego działania i skutkuje wzrostem tolerancji na alkohol. W kolejnym stadium (faza ostrzegawcza) do objawów występujących uprzednio dołączają się kolejne: zaczynają występować luki w pamięci (palimpsesty pamięciowe), ukrywanie picia przed otoczeniem, szukanie okazji do picia oraz poczucie winy z nim związane. W dalszym stadium (faza krytyczna) pojawia się kluczowy dla uzależnienia objaw, czyli utrata kontroli – wypity, nawet w niewielkiej ilości alkohol powoduje „reakcję łańcuchową” – kontynuację picia (ciągły alkoholowy), co może trwać przez bardzo długi czas. W tym stadium alkoholik zaczyna racjonalizować swoje zachowanie związane z piciem, pojawiają się zachowania wielkościowe, agresywne i autoagresywne (próby samobójcze), występuje też dezorganizacja środowiska społecznego (utrata przyjaciół, pracy, rodziny). Ostatnie stadium (faza przewlekła) charakteryzuje się występowaniem długotrwałych ciągów i stanów zatrucia, narastającymi problemami ze zdrowiem, psychozami alkoholowymi, sięganiem po alkohole niespożywcze oraz spadkiem tolerancji. Osoba uzależniona musi wówczas zaprzestać picia lub czeka ją przedwczesna śmierć (Jellinek, 1987; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Rewolucyjna jak na swoje czasy, czyli połowę XX w., koncepcja E. M. Jellinka oraz wyodrębnione stadia jej rozwoju, które Max Glatt rozszerzył o opis faz wychodzenia z uzależnienia (por. Cierpiałkowska, 2010b), stała się punktem wyjścia do jednego z najbardziej znanych modeli leczenia alkoholizmu znanego jako **model Minnesota**. Model jest bardzo popularny i szeroko przytaczany w literaturze przedmiotu (m. in. Cierpiałkowska, 2010b; Kaczmarczyk, 2008; Mellibruda, 2000; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006), toteż nie ma w tym miejscu potrzeby dokładnego jego opisu. Warto jedynie zauważyć, że zgodnie z ujęciem Jellinka zakłada się, iż alkoholizm jest chroniczną, pierwotną i rządzącą się „swoimi prawami” chorobą polegającą na dożywotniej utracie kontroli nad piciem. Ponadto uważa się, iż zaprzeczanie chorobie jest jednym z jej symptomów, a wstępna motywacja nie

jest warunkiem koniecznym osiągnięcia sukcesów w terapii (Anderson, 1993; Mellibruda, 2000; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Wynikające z takiego ujęcia postępowanie psychoterapeutyczne oparte jest przede wszystkim na filozofii i doświadczeniach ruchu anonimowych alkoholików (AA). W trakcie leczenia pacjenci uczestniczą w wykładach dotyczących istoty alkoholizmu i problemów na drodze trzeźwienia, terapii w grupach zadaniowych i indywidualnych spotkaniach z terapeutami (doradcami). Otrzymują, związaną z filozofią AA, literaturę do czytania, a także specjalnie dla nich przygotowane zadania. Terapia, prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi psychiatry, psychologowie, pracownicy socjalni, pielęgniarki, duchowni, a także niepijący alkoholicy, odbywa się w ośrodkach stacjonarnych i ambulatoryjnych, choć początkowo prowadzono ją głównie w warunkach 60-dniowej intensywnej terapii stacjonarnej (Anderson, 1993; Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Można było oczekiwać, że pojawienie się modelu chorobowego spowoduje przesunięcie „akcentu”: alkoholik przestanie być obiektem pogardy, stanie się natomiast osobą wymagającą pomocy i leczenia (Kinney, Leaton, 1996). Jednakże nie do końca tak się stało, jak podaje W. R. Miller (2009): mimo zmian zachodzących w rozumieniu uzależnienia, współczesny sposób postrzegania alkoholików przez wielu ludzi jest nadal ambiwalentny, z jednej strony uważa się ich za osoby „zepsute” i pełne złej woli, a więc takie, którymi winien zajmować się raczej wymiar sprawiedliwości, z drugiej – widzi się w nich „ofiary nieodpartych pokus”, które wymagają specjalistycznej pomocy medycznej. Postrzeganie to, występujące nawet wśród profesjonalistów, zawiera zdaniem autora poglądy i postawy nie do pogodzenia – alkoholik jest z jednej strony chory i to nie z własnej winy, ale jednocześnie zły lub słaby, postrzega się go, opierając się na obydwu sprzecznych ujęciach, z wszelkimi możliwymi negatywnymi tego implikacjami. Na podobny stan rzeczy występujący na gruncie niemieckim zwraca uwagę J. Lindenmeyer (2005), który uważa, iż w przeciwieństwie do innych, także psychicznych zaburzeń, obraz osób uzależnionych w społeczeństwie nadal jest wyjątkowo negatywny, czego przejawem jest m. in. przypisywanie im pełnej winy za zachowania będące podstawowym objawem choroby i praktycznie powszechne, takie jak np. powrót do picia po krótszym lub dłuższym okresie utrzymywania abstynencji. Wnioski te potwierdzają w pewnym sensie wyniki badań własnych – studenci ostatniego roku psychologii oraz lekarze psychiatry pytani anonimowo o skojarzenia dotyczące osoby alkoholika wymieniali najczęściej określenia pejoratywne, z dużą dozą negatywnych emocji („zły człowiek”, „krzywdzi innych”, „egoista”), a w znacznie mniejszym stopniu skojarzenia obiektywne („człowiek chory”, „wymaga pomocy”, „traci kontrolę”) (Chodkiewicz, 2009b). Powyższe spostrzeżenia oznaczają, że model choroby nadal nie w pełni i nie przez wszystkich jest uznawany, być może dlatego, iż etiologia alkoholizmu, mimo postępu wiedzy na ten temat, nadal nie została jednoznacznie ustalona.