



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

# FILOZOFIA (W) PSYCHIATRII



Andrzej Kapusta

Czego filozof może się dowiedzieć od psychiatry? W jakim stopniu zaburzenia umysłu mogą nam odsłonić prawdę o naturze ludzkiej? Czy choroba psychiczna jest rzeczywiście chorobą? Powyższe pytania nie są wcale łatwe i oczywiste, gdyż to raczej od filozofii oczekuje się odpowiedzi na podstawowe problemy ludzkiej egzystencji. Jednakże psychologowie i psychiatrzy niekoniecznie chcą tych od(pod)powiedzi słuchać. Wynika to z pierwotnej usurpacji filozofii do bycia strażnikiem wiedzy i prawdy, jej częstej skłonności do moralizatorstwa i do niepraktyczności prowadzonych przez nią rozważań. Z kolei nauki o ludzkim zdrowiu psychicznym pragnąc zrealizować pewien nowożytny ideał naukowości skłoniły się ku eksperymentalnym metodom badawczym i straciły zaufanie do „fotelowych” dywagacji filozofów. Kiedy więc mówimy o filozofii, która ma być w jakimś sensie użyteczna dla psychiatrii i sama korzystać z jej teorii i praktyki, musimy opowiedzieć się za taką jej formułą, która będzie w stanie wejść z psychiatrią w dialog. Celem tego artykułu jest jedynie zarysowanie problemów jakimi zajmuje się filozofia psychiatrii oraz możliwych relacji między filozofią i psychiatrią. Na koniec zaś wskażemy na koncepcję umysłu, która głęboko zakorzeniona jest we współczesnej psychopatologii, choć jak się zdaje nie jest werbalizowana *explicite*.

## 1. Filozofia i psychiatria

Dziedzina, którą się tutaj zajmujemy zyskała nazwę „filozofii psychiatrii”. W tym miejscu warto wskazać na rozróżnienie, na które zwracał uwagę Edmund Pellegrino [1986] w odniesieniu do filozofii medycyny, ale które dotyczy również filozofii psychiatrii. FILOZOFIA MEDYCYNY wzbudza żywe zainteresowanie szerokiej publiczności, albowiem nie tylko dotyczy szczegółowych problemów filozoficznych, lecz daje możliwość określenia, czym jest praktyka medyczna i jak wpływa

na kondycję człowieka. Dlatego Pellegrino podkreśla różnicę między **filozofią medycyny** a **filozofią w medycynie**. Filozofia i medycyna to dwie odrębne dyscypliny. Każda z nich może wykorzystać treść czy metodę drugiej, aby lepiej naświetlić swe własne zagadnienia. Filozof umysłu może wykorzystać dane neuropatologii lub psychopatologii, aby zilustrować problem filozoficzny, jak np. zagadnienie tożsamości osobowej czy problem psychofizyczny. Z kolei lekarz wykorzystując aparaturę logiczną lub metodologiczną może pracować nad systemem

STRONA

1

2

3

4

5

6

7

8

9

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

diagnostycznym. Filozofia „w” medycynie używając niektórych tradycyjnych narzędzi filozofii stara się odnaleźć rozwiązania pewnych problemów filozoficznych obecnych w medycynie. Przykładami takich zagadnień filozofii w psychiatrii jest problem psychofizyczny czy problem tożsamości osobowej, a także pojęcie przyczynowości, problematyka umysłu, systemów wartości. Filozofia psychiatrii (czy medycyny) czyni zaś samą psychiatrię obiektem swych zainteresowań, pyta czym jest, na czym polega jej specyfika, jakie ma założenia, jaką zakłada koncepcję człowieka i jakie wartości realizuje.

Mimo, że psychiatria postrzegana jest często jako subdyscyplina medycyny, jest ona dziedziną raczej nietypową, co stawia ją w sytuacji podobnej do samej filozofii. Zarówno psychiatra, jak i filozof spotykają się z różnymi wyobrażeniami oraz oczekiwaniami wobec własnej profesji. Na każdym kroku muszą tłumaczyć, czym nie jest uprawiana przez nich dziedzina wiedzy. Wyjaśniać, że potoczne obrazy psychiatrii i filozofii ich nie dotyczą, walczyć ze stereotypami oraz uprzedzeniami. Psychiatra nie jest jedynie dziwakiem, który najlepiej czuje się wśród swoich pacjentów, lub tym, który w imieniu instytucji publicznych przyczynia się do ograniczenia wolności tych, których zachowania społeczeństwo nie jest w stanie zaakceptować. Musi więc nas przekonywać, w zależności od preferowanego podejścia, że zaburzenia psychiatryczne, tak jak pozostałe choroby mają podłoże biologiczne, lub że aktualne problemy pacjenta mają związek z mechanizmami, których początek sięga nierozwiązanych konfliktów z dzieciństwa, lub że problemy te dotyczą nieprawidłowych schematów myślenia, które nie dają możliwości realistycznej oceny rzeczywistości. Podobnie filozof spotyka się z wizerunkiem ekscentryka zajmującego się nikogo specjalnie nie interesującymi pytaniami; tego, który snuje myśli bez wielkich konsekwencji praktycznych, buja w obłokach. Filozof w społecznej wyobraźni rozmawia z wielkimi myślicielami naszej historii tracąc z pola widzenia sferę aktualności i pragmatyki.

Wydaje się, że filozofia i psychiatria, mimo zasadniczych różnic teoretycznych i praktycznych, znajdują się dzisiaj w dosyć podobnej sytuacji. Obie w szczególnie widoczny sposób przechodzą procesy gwałtownych transformacji i narażone są na podobne niebezpieczeństwa. Podobieństwo wynika z niepewnego statusu obu dyscyplin. Nie chodzi jedynie o kondycję ich obu, która w przełożeniu na liczby bezwzględne wskazuje na dynamiczny rozwój. Choć oczywiście problem prestiżu

w porównaniu z szeregiem pozostałych dyscyplin nauki jest aktualny. Nie chodzi również o propagowanie jakiejś szczególnie pesymistycznej wizji głoszącej rychłą śmierć filozofii czy psychiatrii. Można bowiem powiedzieć, parafrazując tytuły wydanych swego czasu książek, że **o filozofię bać się nie musimy**, a „śmierć psychiatrii” tak szybko nie nadejdzie. Mamy raczej do czynienia z niepewnością teoretyczną i futurologiczną. Albowiem okazuje się, że przy próbie określenia czy zdefiniowania przedmiotu i specyfiki filozofii albo psychiatrii zasadniczo nie wiadomo, tak naprawdę, czym się obie dziedziny zajmują. Ich przedmiot, jeżeli nawet już uda nam się go w pewien sposób sprecyzować, jest na tyle niedookreślony i płynny, że pojawia się wątpliwość, co do teoretycznego statusu oraz naukowych kompetencji obu dyscyplin. Dodajmy, że problem nie dotyczy jedynie „być albo nie być” pewnych problemów i treści, z jakimi powiązana była dotychczas każda z dyscyplin. Chodzi o to, czy obie dziedziny wiedzy wciąż posiadają przypisywane im dotychczas naukowe kompetencje. Mówiąc wprost, pojawia się pytanie czy dotychczasowymi odwiecznymi problemami filozofii nie mogłyby się zająć inne dyscypliny nauki? Być może nie ma sensu spekulacja na pewne abstrakcyjne tematy, gdyż problemy te zostaną i tak rozstrzygnięte przez naukowców. Zagadnieniami będącymi do tej pory domeną metafizyki, a dotyczącymi natury i struktury wszechświata zajmie się fizyka, problemami ludzkiego poznania - psychologia, neurobiologia czy kognitywistyka, zaś aspektami etycznymi socjologia czy prosto nauki humanistyczne. Z kolei, problemy nowożytnej psychiatrii w miarę rozwoju wiedzy o działaniu mózgu i procesów przetwarzania informacji oraz doskonaleniu i wykrywaniu czynników leczących w psychoterapii, mogą zostać przejęte przez neurologów, psychologów oraz pracowników społecznych.

W związku z tym współczesny historyk i badacz psychiatrii E. Shorter ([1997], s. 326) pyta: **teraz, gdy psychiatria sama ulega medykalizacji, jakie uzasadnienie pozostaje dla niej jako oddzielnej specjalizacji? Strona psychoterapeutyczna łatwo może zostać oddana psychologom i pracownikom społecznym, którzy podlegają intensywniejszemu szkoleniu**





ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

jako terapeuci, natomiast strona mózgowo-biologiczna może zostać oddana neurologom, którzy czują się o wiele lepiej spoglądając na obrazy CT [tomografii komputerowej] i określając znaczenie zaburzeń w splotie podstawowym. Cóż więc pozostało?

Zauważmy, że dramatyczne „coż więc pozostało?” jest pytaniem postawionym przez sympatyka, a nie radykalnego krytyka współczesnej psychiatrii (jakimi było wielu historyków psychiatrii w latach 60-tych XX wieku). I to zwolennika psychiatrii biologicznej, czyli tego nurtu, który najpełniej zdominował obszar dzisiejszej psychiatrii dzięki sukcesom terapeutycznym i integracyjnym (szczególnie jeśli chodzi o ujednolicenie klasyfikacji psychopatologicznych i biologiczne podstawy terapii).

Zagadnienie jest jednak bardziej złożone i nie tylko dotyczy wzajemnej konkurencji i nakładania się kompetencji różnych dyscyplin nauki, co szczególnie widoczne jest w stosunku psychiatrii i filozofii do innych dziedzin wiedzy i praktyki.\* Chodzi również o sytuację w obrębie samych dyscyplin. Przede wszystkim o wielość kierunków i szkół posiadających różne założenia teoretyczne i praktyczne.

Każdy adept filozofii uzna stwierdzenie, że z punktu widzenia współczesnej filozofii „sprawy się mają tak a tak” za bezsensowne, nawet w pewnym sensie nieuczciwe. Albowiem pojawia się pytanie o jakiej filozofii punkt widzenia chodzi? Wielość kierunków filozoficznych, stylów i sposobów myślenia jest dzisiaj ogromna i nie wydaje się, by któryś z nich był dominujący. Kiedy chcemy określić specyfikę filozofii i podkreślić różnice między nią a nauką, wskazujemy na większą spójność nauki jako dyscypliny, jedność poglądów w niej występujących oraz brak takiej paradygmatycznej jedności w przypadku filozofii. FILOZOFIA PSYCHIATRII jest jednym ze sposobów przewyciężenia negatywnego (szczególnie dla naukowców i lekarzy) wizerunku filozofii, ma między innymi zaświadczyc o jej kompetencji i możliwościach współpracy z innymi dyscyplinami wiedzy i praktyki. Kontakt z praktyką naukową stanowi sposób na zdyscyplinowanie i swoisty realizm filozofii. Chociaż filozofia nigdy nie stanie się zwyczajną dyscypliną naukową.

Również w odniesieniu do psychiatrii mamy do czynienia z próbami unifikacji, przynajmniej programowej i klasyfikacyjnej. Jednakże, gdy przyjrzymy się psychiatrii z perspektywy historycznej ograniczając się jedynie do wieku dwudziestego okaże się, że ta jedność paradygmatyczna w rzeczywistości nigdy nie miała miejsca. Nie chcielibyśmy tutaj

oczywiście wskazywać na jakąś szczególną wyjątkowość psychiatrii, albowiem różnorodność i rozproszenie dotyczy wszystkich nauk humanistycznych (jak np. literaturoznawstwa, antropologii kulturowej, socjologii czy psychologii i pedagogiki). Jednakże w przypadku psychiatrii, jako dyscypliny medycznej, szczególnie widać było ogromną różnorodność nurtów różniących się radykalnie przedmiotem i metodą badań. Żadna z dyscyplin medycznych nie doczekała się swojej antydyscypliny, jak to było w przypadku psychiatrii, z której (i wobec której) w latach 60-tych pojawiła się antypsychiatria. Trudno zresztą nam sobie wyobrazić jakąś antyokulistykę czy antypediatricę (choć można mówić o np. antypedagogice).\*\* Ta szczególna labilność paradygmatyczna psychiatrii wynika z jej wyjątkowego miejsca w kulturze, gdzie zbiegają się różne aspekty ludzkiej wiedzy i praktyki. Zaburzenia psychiatryczne zawierają aspekt biologiczny (tj. fizjologiczny, genetyczny, ewolucyjny) oraz psychologiczny, społeczny, kulturowy. Dlatego istnieje pokusa, aby któryś z tych wymiarów wyeksponować i uznać za podstawowy. Psychiatria, na ogół traktowana jako jedna ze specjalności medycznych, pokrywa się z kompetencjami wielu dziedzin wiedzy. Stąd niektórzy sądzą, że właśnie enigmatyczność stanowi o jej specyfice.

Podobieństwa między filozofią i psychiatrią wynikają z obszerności i złożoności obszarów, jakimi się zajmują, szczególnie jeśli obejmują one zarówno świat przyrody, w tym ludzkiej cielesności (np. mózgu), jak i człowieka, jego duszy, psychiki czy systemu wartości. Wyrazistość i dynamika tej problematyki jest ściśle powiązana z rozwojem nauki i technologii. Relacja wobec nauki ukazuje równocześnie różnicę pomiędzy tymi dziedzinami wiedzy; filozofia i psychiatria znajdują się w pewnym sensie po obu stronach barykady. Pomimo tego, że obie dążą do jakiejś formy naukowości, to ich relacja wobec nauki jest zasadniczo odmienna. Trudno zapomnieć, że filozofia pojawiła się o wiele wcześniej niż nauka, a przynajmniej nowożytna jej postać. Zapoczątkowana w XVII wieku ekspansja nauki i technologii postawiła pod znakiem zapytania kompetencje filozofii. Dotychczasowe fotelowe rozmyślenia filozofów, jeśli nawet były poparte osobistym doświadczeniem i obserwacją świata, wydawały się niewiele warte wobec empirycznych rzetelnych metod naukowych. W ten sposób filozofia powoli traciła obszar swych dotychczasowych kompetencji. Jej dotychczasowe położenie umiejscowione powyżej powszechnych przekonań radykalnie obniżyło swoją wartość. Można w skrócie powiedzieć, że dotychczasowa racjo-

\* W przypadku psychiatrii chodzi o jej współzawodnictwo z psychologią czy neurologią, natomiast stosunek filozofii do nauki jest jednym z istotnych przedmiotów dyskusji we współczesnej filozofii.

\*\*Należy jednak wspomnieć o tzw. medycynie alternatywnej, która przeciwstawia się zachodniej ideologii medycyny.



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

nalność filozoficzno-teologiczna została zastąpiona racjonalnością nauk empirycznych. Dzisiejsza filozofia stara się zająć jakieś miejsce blisko nauki, choćby w postaci rzetelnej analizy naukowych pojęć i uzasadnień czy też wskazywania na zewnętrzne: społeczne czy polityczne uwarunkowania wiedzy. Na tym tle psychiatria jest dzieckiem nowożytnej rewolucji naukowej. Wpisuje się w oświeceniowy projekt obiektywności i postępu, podobnie jak cała medycyna naukowa musiała czekać do drugiej połowy XIX wieku, aby ten projekt rzeczywiście zrealizować.

## 2. Zadania filozofii psychiatrii

Francuski psychiatra Ludwik Fineltain (Fineltain [2000]) wymienia cztery tezy uzasadniające użyteczność filozofii dla praktyki psychiatrycznej. Nie rozwija on szczegółowo swoich twierdzeń, dlatego postaramy się je nieco poszerzyć.

1. Refleksja filozoficzna daje możliwość głębszego zrozumienia podstawowych pojęć psychiatrii. Człowiek myślący pragnie zrozumieć, ogarnąć całość ludzkiego doświadczenia. Wymaga to od niego nie tylko wyobraźni i kreatywności, ale przede wszystkim rygoru pojęciowego. Efektem poszukiwania adekwatnego języka i doskonałej metody jest pewna alienacja filozofii akademickiej, która wypracowała szereg ezoterycznych języków niezbędnych do uchwycenia specyfiki jej problemów. Jednakże w przypadku FILOZOFII PSYCHIATRII często punktem wyjścia jest język samej psychiatrii. Rozumienie (a nie przyzwyczajanie do) podstawowych pojęć psychopatologii oraz związanych z nimi założeń metodologicznych, antropologicznych lub etycznych, daje możliwość bardziej krytycznego nastawienia wobec teorii i praktyki psychiatrycznej (czy psychologicznej). Nie wystarczy więc posiadanie zestawu określonych pojęć, ważna jest zdolność do namysłu nad ich treścią, umiejętność znajdowania relacji między nimi. Ważna jest pewnego rodzaju elastyczność czy kultura myślenia i umiejętność postępowania zgodnie z duchem teorii, a nie jej sztywną literą oraz umiejętność argumentowania i definiowania własnego stanowiska. Język psychopatologii nieuchronnie odwołuje się do pojęć, które stanowią część języka potocznego, jednocześnie to samo pojęcie (np. samorealizacja, zachowania lękowe) może być różnie pojmowane i na ogół zawiera odcień subiektywny. Próby określenia zachowania czy też odczuć drugiego człowieka,

w znacznej mierze uwikłane są w dotychczasowe doświadczenia danej osoby. Ponadto, każdy system psychiatryczny/psychologiczny musi ostentacyjnie odwoływać się do jakiegoś pojęcia normalności i natury ludzkiej. Ażeby we właściwy sposób używać pojęć trzeba je rozumieć. Rozumieć zaś oznacza włączyć je w szerszy światopogląd, traktować nierozłącznie jako część świata, w którym żyjemy, część wizji dobrego oraz spełnionego życia.\* Postulat zawieszenia własnych przekonań w trakcie prowadzenia badań naukowych może się wydawać z pewnych względów (np. metodologicznych) postawą zasadniczo słuszną. Jednak traktowanie pojęć psychopatologii jedynie jako „założeń roboczych” wydaje się być niemożliwe do przeprowadzenia. Ponadto próba obiektywnego i ilościowego (mierzalnego) opisanie ludzkiej psychiki zubaża subiektywne i moralne aspekty ludzkich zachowań.

Każdy lekarz w swoim działaniu potwierdza pewien światopogląd, pewien moralny kod. Nie da się bowiem praktykować medycyny nie posiadając jakiegoś pojęcia osoby albo profesjonalnej praktyki medycznej. Oczywiście nie w tym tkwi problem, że się jakąś wiedzę (przekonania) czy założenia posiada, ważne jest, aby mieć do nich stosunek krytyczny. Już Karl Jaspers mówił, że filozofia zanegowana, odrzucona, powróci w postaci najgorszej ideologii. Próba opisanie czy zdiagnozowanie drugiego człowieka, nawet jeśli opiera się na ściśle zdefiniowanych procedurach i technicznej matrycy, w sposób nieunikniony musi je zabarwić naszymi uprzedzeniami, światopoglądem czy społecznym kontekstem. Badając ludzką rzeczywistość, nawet traktowaną jako coś zewnętrznego, obcego, obiektywnego (dla medycyny obszernym źródłem wiedzy o człowieku było badanie ludzkich zwłok) nieuchronnie napotykamy cząstkę samych siebie. Już Rosenhan (Rosenhan [1973]) w latach 70-tych przyczynił się do podważenia wiarygodności diagnostyki psychiatrycznej przeprowadzając swój słynny eksperyment, który wykazał subiektywność i stronniczość diagnozy psychiatrycznej (zainicjowało to reformy w sferze diagnostyki, których efektem jest amerykańska klasyfikacja psychiatryczna DSM III i IV). Pozytywistyczna wiara w możliwość obiektywnego opisu ludzkich działań i zachowań nie jest odrzuceniem metafizyki i teologii w myśleniu naukowym, jak chciałby August Comte, lecz nieuchronnie stanowi opowiedzenie się za pewną wizją świata i człowieka. Jej słabością jest to, że ignoruje normatywny wymiar ludzkiego myślenia i działania, stara się zredukować bogactwo ludzkiego świata do faktów i opisów. Przykładowo, psychoanaliza, która pragnęła

\* Nie znaczy to oczywiście, że wizja dobrego życia musi być przez danego człowieka zwerbalizowana. Jest ona często wpisana w całokształt zachowań i niepisanych reguł, jakimi kieruje się dana jednostka (np. nawiązywanie do tradycji lub potrzeba indywidualnej samorealizacji).



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

w naukowy sposób opisać strukturę „aparatu psychicznego”, sięgając do podświadomości, ostatecznie postrzegając patologię jako brak możliwości społecznego funkcjonowania, brak gładkiego wejścia w życie społeczne. Mimo prób używania obiektywnego języka nauk, kryteria społeczne z definicji decydowały o postrzeganiu patologii i jednocześnie były oceniane z perspektywy możliwości zapewnienia zdrowia psychicznego jednostki. Podobnie dzisiejsza psychiatria biologiczna, mimo, że poszukuje biologicznych podstaw psychopatologii, nie jest w stanie zaoferować biologicznych markerów, które stanowiłyby podstawę dla rozpoznania konkretnych chorób psychiatrycznych.\* Skazani jesteśmy na opis symptomów i ich behawioralną klasyfikację.

Nacisk na (definicyjne) analizy językowe jest szczególnie widoczny w ramach filozofii anglosaskiej określanej jako filozofia analityczna. Analizy języka naukowego czy potocznego wydają się być centralnym zadaniem filozofii. Również w nurcie filozofii fenomenologicznej mamy do czynienia ze szczegółowymi analizami świadomych doświadczeń. Fenomenologia widzi swoją rolę w rozwoju analiz psychopatologii, w dookreśleniu podstawowych pojęć psychiatrii. Zanim zaczniemy badać naturę takich zaburzeń psychiatrycznych jak omamy czy urojenia, winniśmy najpierw ustalić, co rozumiemy przez te pojęcia. Ustalić ABC... psychopatologii. Inne nurty filozofii współczesnej koncentrują się na badaniu kultury. Hermeneutyka, neomarksizm, postmodernizm czy feminizm wskazują na praktyczne konsekwencje przyjętego języka badawczego. Zakładają głębokie uwikłanie nauki i medycyny w całokształt sił społecznych, starają się tropić ideologiczne aspekty współczesnej psychiatrii, ujawniać rzeczywiste praktyki kryjące się za pojęciami prawdy, postępu czy efektywności (zob. Kapusta [2004]).

2. **Zadaniem FILOZOFII PSYCHIATRII jest analiza granic i ograniczeń samej psychiatrii.** Częścią kompetencji eksperta jest znajomość granic własnej kompetencji. Zagadnienie to wiąże się z naukowością psychiatrii. Dyskusja, czy psychiatria jest nauką czy tylko ideologią, zakłada już pewne rozumienie samego pojęcia nauki. Ogromny prestiż naukowości wiąże się z próbami dostosowania psychiatrii do pewnego ideału naukowości, dla którego wzorcem są na ogół nauki przyrodnicze z fizyką na czele. Psychiatra musi sobie odpowiedzieć na pytania, jakie jest uprawomocnienie jego działań? Czy postępuje zgodnie z pewnymi obiektywnymi kryteriami zdrowia i choroby, czy też częścią uzasadnienia dla jego aktywności są względy etyczne i społeczne? Czy oficjalna

prezentacja psychiatrii, tzw. publiczna filozofia psychiatrii, odpowiada rzeczywistym praktykom i możliwościom psychiatrii? Trudności pojęciowe i definicyjne, o których mówiliśmy wcześniej, wskazują na ograniczenia wiarygodności działań psychiatry w odniesieniu do niektórych problemów psychologicznych i społecznych. Granica działań psychiatrii ma szczególny związek z tzw. procesem medykalizacji. Pojęcie to zostało rozpowszechnione przez Ivana Illicha, który w książce *Medical Nemesis* stwierdził, że lekarze wraz z rozwojem i technologizacją medycyny „zmedykalizowali” różne aspekty życia ludzkiego, takie jak starość, śmierć czy ból. Generalnie rzeczy, z którymi ludzie radzili sobie dotychczas metodami tradycyjnymi, zostały przejęte przez instytucje i ekspertów. W dzisiejszej psychiatrii pojawia się pytanie o uzasadnienie interwencji psychofarmakologicznej wobec niektórych problemów psychologicznych. Dyskusja dotycząca nowej generacji środków antydepresyjnych, z których najbardziej znany jest *Prozak*, wciąż trwa. Co gorsze, uważa się, że medykalizacja bardziej sprzyja firmom farmaceutycznym i ubezpieczeniowym niż pacjentom.

Problem granic psychiatrii to jedno z centralnych zagadnień FILOZOFII PSYCHIATRII. Albowiem pojawia się pytanie o granicę dopuszczalnych działań psychiatry. Z jednej strony podejście humanistyczne nakazuje badać różne wymiary życia pacjenta. Trudno jest jednak prowadzić terapię nie edukując czy wręcz socjalizując pacjenta zgodnie z założeniami holistycznych (humanistycznych) metod terapeutycznych. Istnieje tutaj niebezpieczeństwo uczynienia z tego, co miało stanowić formę terapii - światopoglądu czy wręcz jakiegoś substytutu religii. Wówczas psychiatria przestaje być jedynie terapią. Z kolei nurty, które w duchu naukowości koncentrują się na poszukiwaniu biologicznych mechanizmów psychopatologii mogą nie spełnić oczekiwań pacjentów oraz ignorować istotne wymiary psychopatologii.

Argumenty ustalające granice działań psychiatrii mogą mieć charakter teoretyczny i praktyczny. Zgodnie z podejściem analityczno-teoretycznym,\*\* możemy twierdzić, że rzeczywistość choroby psychicznej domaga się adekwatnych metod, które uwzględniają jej wymiar „fizyczny” i „duchowy”. Efektem tego może być postulat syntetycznej (holistycznej) wizji psychiatrii. Obawy przeciwko tak szerokiemu pojmowaniu psychopatologii mogą mieć charakter metodologiczny, gdyż nie pasuje on do naukowego rygoru rzetelnych teorii. Istnieje między innymi trudność ich operacjonalizacji i falsyfikacji. Tylko modele, czyli

\* Trwające od pierwszej połowy XIX wieku na ogół ukrywane niepowodzenia psychiatrii biologicznej w odkrywaniu trwałych i powtarzalnych powiązań pomiędzy mózgiem i szaleństwem, German E. Berrios nazywa „technologicznym alibi”.

\*\*Należy podkreślić różnicę między tzw. filozofią analityczną, która szczególnie intensywnie pragnie uwzględnić naukowy opis rzeczywistości od europejskiej (kontynentalnej) tradycji fenomenologicznej, hermeneutycznej i egzystencjalnej, która nie tyle kładzie nacisk na intelektualne i poznawcze aspekty ludzkiego świata, co bierze pod uwagę całość doświadczenia (np. pacjenta), jego podmiotowość lub jej brak, czy też bycie w świecie.



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

pewne uproszczenia rzeczywistości, są w stanie produkować hipotezy naukowe. Z kolei, argumenty praktyczne nasuwają wątpliwość czy dane założenia teoretyczno-filozoficzne sprzyjają zdrowiu i interesom pacjenta. Chodzi między innymi o to, jak funkcjonuje cały kompleks instytucjonalno-terapeutyczny.

3. Istnieje potrzeba nieustannej krytycznej refleksji nad dominującymi doktrynami psychiatrycznymi. Lekcja ta wypływa z historii. Najczęściej podawanym przykładem jest dominacja psychoanalizy w psychiatrii amerykańskiej po II wojnie światowej, czego efektem było jej zamknięcie się na empiryczne badania potwierdzające skuteczność (lub ją obalające) metody analitycznej oraz na badania biologicznych podstaw zaburzeń. Dzisiejszy gwałtowny rozwój psychiatrii biologicznej niesie za sobą niebezpieczeństwo powtórzenia sytuacji z końca XIX wieku, kiedy to rozwój neurologicznej koncepcji choroby psychicznej zaowocował zaniedbaniem społecznego i psychologicznego wymiaru zaburzeń. Psychiatria nie jest w stanie oddzielić się od społecznych i kulturowych wymiarów życia ludzkiego. Stąd pewne ukryte przekonania i przesady wnikają do postaw i działań pracowników od spraw zdrowia psychicznego. Ale co gorsza, nadmierna próba unaukowania psychiatrii poprzez izolację od kontekstu społecznego może doprowadzić do zignorowania społecznych potrzeb i oczekiwań wobec psychiatrii. Istotna jest więc nie tylko spójność i trafność teorii psychiatrycznych, chodzi również o umiejętne przeprowadzanie reform psychiatrycznych, o efektywne systemy zdrowia oraz o budowanie odpowiedniego wizerunku psychiatrii, czyli tzw. publicznej filozofii psychiatrii. Używając terminologii epistemologii i metodologii nauki można powiedzieć za francuskim filozofem i fizykiem Gastonem Bachelardem, że winniśmy być czujni na nasze dotychczasowe sposoby uprawiania nauki. Albowiem rozwojem nauki rządzi swoista dialektyka, która polega na tym, że dotychczas efektywne sposoby badania rzeczywistości mogą w pewnym momencie stać się przeszkodą (epistemologiczną) w dalszym rozwoju nauki.

4. Refleksja filozoficzna dostarcza nowych sposobów badań. Chodzi tu o rodzaj badań teoretycznych, których najbardziej od filozofów oczekują psychiatry. O pomoc w rozwiązaniu problemów teoretycznych i metodologicznych, a nie tylko krytykę i podważanie dotychczasowych założeń czy koncentrowanie się na etycznych postawach psychiatrów wobec pacjentów. Historia filozofii pełna jest gotowych propozycji rozwiązań problemów z jakimi borykają się dzisiejsi badacze psychopatologii.

Najbardziej pomocna w tym wydaje się filozofia nauki oraz umysłu. Te subdyscypliny filozofii są na ogół skoncentrowane na naturalistycznym podejściu do świata i starają się budować modele w oparciu o przyrodnicze wyjaśnienie świata. Takie zagadnienia jak problem przyczynowości, problem psychofizyczny, poznanie ludzkiego umysłu stanowią również problematykę filozofii psychologii. Metafizyczna i metodologiczna refleksja nad możliwościami porządkowania świata przynosi ważne propozycje dla współczesnych prób tworzenia systemów diagnostycznych. Mowa tutaj o szczegółowych zagadnieniach FILOZOFII PSYCHIATRII, które możemy spotkać w literaturze przedmiotu. Przykładowo, współczesna fenomenologia stara się opisać symptomy psychiatryczne w sposób o wiele bardziej rzetelny i dokładny niż czynią to współczesne klasyfikacje psychiatryczne. Ponadto, dosyć duże zainteresowanie filozofów budzą procesy rozpoznawane przez psychiatrów jako dysocjacje osobowości. Pytanie o naturę dysocjacji okazuje się ściśle związane z przyjętą koncepcją tożsamości osobowej oraz możliwego mechanizmu jej rozpadu. Z kolei, współczesna psychoanaliza w wyniku masowej krytyki jej psychologicznych i biologicznych założeń teoretycznych, jest w stanie zachować pozycję na rynku dzięki reinterpretacji jej założeń w duchu hermeneutycznym. Jej celem nie jest już odkrycie rzeczywistych mechanizmów psychicznych, lecz możliwość interpretacji i pracy nad samym sobą, zyskanie samoświadomości pacjentów poprzez pewne techniki terapeutyczne. Ponieważ ważnym zadaniem filozofii zawsze była próba wyjaśnienia świata jako całości, we współczesnej FILOZOFII PSYCHIATRII istnieje szereg prób syntezy, czyli budowania modeli, które będą w stanie pogodzić różne tradycje psychiatryczne, różne wymiary patologii (zarówno somatyczne, psychologiczne, jak i społeczne). Należy jednak stwierdzić, że filozoficzne rozważania na ogół nie dają się wprost zastosować do budowy i falsyfikacji teorii naukowych. Filozofia nie daje prostych rozwiązań. Jedyne, co może oferować to np. rzetelność dyskusji i analiz, otwarcie na nowe koncepcje i poglądy. Ktoś, kto ma nadzieję, że filozofia zaoferuje mu jasne wskazówki co do działania, nie tylko może się srogo zawieść, lecz myli zapewne myślenie z ideologią, filozofię z teologią.

### 3. Postawy psychiatrów wobec filozofii

Generalne strategie jakie psychiatra może przyjąć wobec zagadnień filozoficznych są następujące:



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

1. Należy postępować zgodnie z regułami i zasadami, które wydają się terapeutycznie słuszne. Są to na ogół tzw. zasady zdroworozsądkowe stanowiące część nawyków i wzorców postępowania danej społeczności. Przeciwnie takiemu myśleniu występuje perspektywa scjentystyczna, która zakłada, iż postawa naukowa wymaga innego, bardziej profesjonalnego spojrzenia na świat, wręcz zanegowania dotychczasowych naiwnych myśli i przesądów. Wizja świata odkrywana przez naukę jest całkowicie odmienna od potocznej.

2. **Reguły działania wyznacza społeczność profesjonalistów.** Należy więc działać zgodnie z zasadami przyjętymi przez terapeutów, trzymać się pewnych paradygmatycznych standardów, działać jako lekarz czy pielęgniarka, niekoniecznie dostrzegając, że jest się częścią pewnego paradygmatu czy stylu myślenia. W tej sytuacji jednostka, a więc zarówno terapeuta, jak i pacjent, przyjmuje nowe nawyki myślenia i działania, tym razem nie zdroworozsądkowe, lecz profesjonalne. Ich siłą jest tak duża, że jednostka nie zastanawia się nad słusznością czy prawidłowością tych działań i nie ma ochoty weryfikować tych prawd naukowych, chyba, że podejmie badania naukowe w tym zakresie.

3. **Terapeuta może zacząć stawiać pytania filozoficzne i próbować odpowiadać na nie w swojej praktyce klinicznej, terapeutycznej lub badawczej.** Jest to próba namysłu nad postępowaniem terapeuty, wskazywaniem na trudności praktyki lekarskiej. Uwaga może być skoncentrowana na założeniach ukrytych we własnych działaniach, których ujawnienie ułatwia próba uwzględniania perspektywy innych szkół psychologicznych lub psychiatrycznych. W rzeczywistości, takiej refleksji często oddają się emerytowani profesorowie psychiatrii, którzy mają wystarczająco dużo czasu i dystansu wobec praktyki, by spojrzeć na własną dyscyplinę z pewnej perspektywy. Może to niestety sugerować, iż na filozofię jest czas jedynie „po pracy” na zasadzie zwieńczenia badań czy uporządkowania wyników wiedzy. Jednakże refleksja nad strategiami działania wydaje się istotna również w czasie pracy eksperymentalnej lub terapeutycznej. Krytyczna postawa naukowa charakteryzuje się przecież nieufnością wobec dotychczasowych wyników badawczych. Obecnie szczególnie ważna dyskusja dotyczy możliwości unaukowania praktyki klinicznej poprzez ustalenie najbardziej efektywnych wzorców leczenia. Ekspansja medycyny opartej na faktach (*Evidence-Based Medicine*), a przez to ignorującej niepowtarzalność doświadczeń pacjenta napotyka szereg krytyk wskazujących na brak możliwości zalgorytmizowania

działań medycznych. Pytania metodologiczne i etyczne padają również w odniesieniu do mechanizmu i słuszności stosowania efektu *placebo*. W powojennej psychiatrii amerykańskiej źródłem takiej refleksji i pewnego dyskomfortu była dla wielu psychiatrów konieczność przejścia od podejścia psychodynamicznego ku biologicznemu. Pojawiły się postulaty, że psychiatria nie może być ani „bezmózgowa”, ani „bezmysłna”, czyli winna być otwarta na różne wymiary działalności lekarskiej. Chodzi tutaj, między innymi, o mądrą refleksję psychiatrów i terapeutów, głęboko zakorzoną w doświadczeniu klinicznym, a jednocześnie zrozumiałą i dostępną szerszej publiczności. Przykładami takiej refleksji w psychiatrii polskiej są prace Antoniego Kepińskiego oraz Marka Jarosza.

4. **Adept psychiatrii może też zostać studentem filozofii.** Na historię psychiatrii współczesnej szczególnie ważny wpływ miała fenomenologia, hermeneutyka i egzystencjalizm. Obecnie próba zintegrowania i popularyzacji FILOZOFII PSYCHIATRII jest podejmowana przez filozofów analitycznych o orientacji naturalistycznej, którzy współpracują z naukami kognitywnymi. Ponadto ważną część FILOZOFII PSYCHIATRII stanowi refleksja hermeneutyczna, w związku z włączeniem psychiatrii na przełomie XIX wieku w dyskusję o status i metodę nauk o człowieku. Mało kto też wie, że Locke i Kant popełnili dzieła poświęcone chorobie psychicznej. Nawet psychoanaliza często była postrzegana (nie bezzasadnie) jako filozofia człowieka i kultury. Należy jednak w tym miejscu zwrócić uwagę na to, co zniechęciło do filozofii, czy raczej pewnych form jej uprawiania, wielu psychiatrów i psychologów. Albowiem filozoficzne koncepcje i analizy często zdają się żyć swoim własnym filozoficznym życiem. Każda próba bezpośredniego przeniesienia problemów i zagadnień filozoficznych do obszaru rozważań psychiatrii lub psychologii może osłabić świeże i krytyczne spojrzenie naukowca na specyficzne problemy konkretnej dyscypliny szczegółowej. Doktryny filozoficzne przeniesione na odmienny grunt tracą swoją siłę i spistość. A nawet stają się złudne i niebezpieczne. Dlatego współczesna FILOZOFIA PSYCHIATRII pragnie unikać wielce abstrakcyjnych rozważań teoretycznych w rozwiązaniu i rozumieniu problemów psychologii i psychiatrii. Pragnie odnaleźć rodzaj złotego środka pomiędzy skrajnościami.

Ważną częścią współczesnej filozofii, która pragnie się koncentrować na konkretnych formach i praktykach ludzkiego świata jest krytyczna



ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

filozofia społeczna. Bada ona formy racjonalności wpisane w społeczne praktyki. Psychiatria okazuje się być jedną z form działalności, której zadaniem jest nie tylko terapia, ale organizowanie form społecznej Kontroli. Ogromną inspirację stanowi tutaj myśl Michela Foucaulta, teoria krytyczna Jürgena Habermasa czy myśl późnego Heideggera.

Myśl krytyczna jest w stanie zaakceptować jedynie dwie ostatnie postawy. Znaczna część filozofii współczesnej głosi potrzebę badań w pobliżu dziedzin szczegółowych. Analiza problemów ściśle powiązanych z kliniką wydaje się szczególnie cenna. Trzeba jednak zaznaczyć, że w przypadku medycyny największy nacisk kładzie się najczęściej na etyczne problemy działań lekarzy. Nas bardziej jednak interesują epistemologiczne aspekty tej wiedzy, które zawierają ważny element normatywny. FILOZOFIA PSYCHIATRII dotyczy zasadniczo specyficznych problemów psychopatologii, co wcale nie znaczy, że lokalnych i mało istotnych. Z kolei postulat bezpośredniego korzystania z gotowych koncepcji filozoficznych i sięgania do zestawu propozycji z historii wielkich idei, również może przynieść cenne efekty, choć niesie ze sobą szereg niebezpieczeństw.

#### 4. Kraepelina filozofia umysłu

Przykładem próby ucieczki przed niektórymi rozstrzygnięciami filozoficznymi była koncepcja Emila Kraepelina (1856-1926). Był on jednym z wybitnych twórców współczesnej psychiatrii, który jako pierwszy zidentyfikował dwie wielkie psychozy: schizofrenię (*dementia praecox*) oraz depresję-manię (zob. Kapusta [2003]). Był także reformatorem instytucji psychiatrycznych oraz twórcą wielu przełomowych dla nowoczesnej psychiatrii odkryć. E. Shorter napisał o nim tak: **to Kraepelin, a nie Freud, jest centralną postacią w historii psychiatrii. Freud nie widział pacjentów z chorobą psychotyczną. Jego doktryna psychoanalizy, oparta na intuicyjnych przeskokach fantazji, nie wytrzymała próby czasu. Kraepelin, przeciwnie, dostarczył pojedynczego szczególnie znaczącego wglądu, jaki koniec XIX i początek XX wieku nakierował na choroby psychiczne: że istnieje kilka zasadniczych typów, które mają bardzo odmienny przebieg, i których natura może być jedynie zrozumiała poprzez systematyczne badania ogromnej ilości przypadków.**

Kraepelin nie miał żadnych kontaktów z filozofami i nie powoływał



się w swoich pracach na filozoficzne inspiracje (oprócz kilku wzmianek o swych młodzieńczych lekturach). Jednakże uważna analiza prac Kraepelina pozwala na odkrycie zawartych tam *implicite* filozoficznych założeń. Trzeba również podkreślić, że jego antymetafizyczna postawa była zgodna z obecnym pod koniec XIX wieku ruchem pozytywistycznym i neokantowskim (np. empiriokrytycyzm Avenariususa). Natomiast w kontekście samej psychiatrii podejście filozoficzne kojarzone często było z niemiecką metafizyczno-moralizującą psychiatrią romantyczną pierwszej połowy XIX wieku. Również dzisiejszy swoisty renesans kraepelinowskiego podejścia do psychopatologii, znany jako ruch „neo-kraepelinowski” (który za punkt wyjścia przyjmuje amerykańską klasyfikację psychiatryczną DSM III i DSM IV), preferuje pewne antyteoretyczne, opisowe nastawienie. Próby naukowego ujednoczenia kryteriów rozpoznania zaburzeń psychiatrycznych odbywają się na tle negatywnej postawy wobec metafizyki (ontologii). Istnieje bowiem przypuszczenie, że to metafizyczne koncepcje człowieka i choroby były przyczyną nierzetelności wcześniejszych klasyfikacji (np. DSM I i II). Niektóre z występujących tam pojęć były żywcem wzięte z języka psychoanalizy.

Sz szczególnie widoczny wpływ miał na Kraepelina psycholog i badacz Wilhelm Wundt (1832-1920) twórca psychologii eksperymentalnej. Przejął od niego eksperymentalną postawę, która polegała m.in. na możliwości obiektywnego badania ludzkiej psychiki i zakładała swoistą przyczynowość życia umysłowego. Paul Hoff (Hoff [1994]) wskazuje na następujące pojęcia Kraepelinowskiej „filozofii”:

1. **Realizm.** Polega on na założeniu istnienia obiektywnego, niezależnego od badacza świata, włączając w to innych ludzi i ich umysły. Badacz może w obiektywny sposób opisywać psychikę, zdrową lub zaburzoną w oparciu o badania empiryczne. W ten sposób mogło się pojawić u niemieckiego psychiatry realistyczne podejście do jednostek chorobowych, jako naturalnych bytów, które funkcjonują niezależnie od samego badacza. Kraepelin poszukiwał więc istoty procesu chorobowego poprzez budowanie obrazów klinicznych na podstawie obiektywnych symptomów (znaków) i dzięki długotrwałej obserwacji. Przeciwnieństwem takiego realistycznego podejścia do chorób jest nominalizm, który zakłada, że mamy jedynie do czynienia z konwencjami, za którymi nie kryje się żadna rzeczywistość (nie ma choroby są tylko konkretne chore istoty).





ISSN 1897 0311

WIOSNA  
2007

O NAS

KONTAKT

SPIS TREŚCI

ARCHIWUM

2. **Paralelizm.** Podobnie jak Wundt, Kraepelin był przeciwny materializmowi czy redukcjonizmowi („mitologiom mózgu”), które polegały na sprowadzeniu zjawisk psychicznych do mózgowych. Ich wspólne stanowisko zasadniczo polegało na nierozstrzygnięciu problemu relacji między mózgiem i umysłem poprzez opowiedzenie się za tzw. paralelizmem psychofizycznym. Zgodnie z tym podejściem procesy fizyczne i psychiczne funkcjonują obok siebie równolegle. Dlatego Kraepelin mógł zakładać, że wcześniej odkrytym jednostkom chorobowym (nozologicznym) będą odpowiadać jakieś zaburzenia mózgu. Jednakże w wyniku braku widocznych zmian w mózgu u psychotyków, opowiedział się bardziej za zmianami biochemicznymi (funkcjonalnymi), niż strukturalnym uszkodzeniem mózgu.

3. **Eksperymentalizm.** Kraepelin pracował początkowo w laboratorium psychologii eksperymentalnej Wundta, który odradził mu karierę psychologiczną i polecił, aby się zajął psychiatrią. Jednak, kiedy kierował katedrą psychiatrii w Monachium prowadzono tam szereg klinicznych badań eksperymentalnych z zakresu anatomii, neuropatologii, biochemii, genetyki i psychologii. Również w swym podejściu diagnostycznym i terapeutycznym stosował różne testy (aktywne interwencje), które, przykładowo, polegały na kluciu pacjenta z podejrzeniem katatonii szpilką w język. Uwaga lekarza nastawiona była na chorobę, a nie na pacjenta. Tzw. obiektywno-opisowa metoda była czasami okrutna, ale stanowiło to przejaw szczególnych starań diagnostyczno-terapeutycznych. Psychiatra zgodnie z tym podejściem działał niczym chirurg, który musi usunąć raka. Apodyktyczny lekarz poszukuje obiektywnych symptomów (znaków) i powtarza swe badanie dotąd, aż osiągnie pewność, co do diagno-

zy i prognozy.

4. **Naturalizm.** Człowiek stanowi część przyrody, nie posiada jakichś specjalnych duchowych własności. Kraepelin przeciwstawiał się apriorycznym pojęciom wolności czy niezmiennym zasadom moralnym. Mimo sympatii dla darwinowskiej koncepcji ewolucji nie opowiadał się za jakimś uproszczonym panteistycznym monizmem w rodzaju Haecklo-wskiego.

Możemy więc zauważyć, że mimo braku filozoficznych deklaracji stanowisko Kraepelina zawiera pewne filozoficzne założenia. Podobny problem pojawia się i dzisiaj w dobie renesansu neokraepelinizmu. Podobnie jak Kraepelin, jego zwolennicy traktują choroby umysłu jako byty realne, jednakże dzięki możliwości statystycznej obróbki badanych symptomów współcześni klasyfikatorzy mają większą świadomość arbitralności podziałów, które mogą ulec zmianie w świetle nowych odkryć naukowych. Mimo składanych deklaracji antyrealizmu czy nominalizmu w odniesieniu do symptomów i syndromów chorobowych, cały czas istnieje niebezpieczeństwo „reifikacji” podanych diagnoz. Wydaje się, że ignorując pewne pytania Kraepelin przemyślał zagadnienia filozoficzne do samej psychiatrii. W ten sposób badacz nie musi zadawać bardziej podstawowych pytań: czy uzasadnione jest traktowanie chorób jako realnych bytów? Jaka istnieje relacja między mózgiem a umysłem? Czy metody badawcze winny być bardziej skierowane na chorobę czy na pacjenta? Jakie konsekwencje dla psychiatrii wynikają z teorii ewolucji?

Andrzej Kapusta

**BIBLIOGRAFIA**

- Fineltain, Ludwik, 2000, *Psychiatrie et philosophie*, „Bulletin de Psychiatrie“ 9/1.  
Hoff, Paul, 1994, *Emil Kraepelin und die Psychiatrie als klinische Wissenschaft. Ein Beitrag zum Selbstverständnis psychiatrischer Forschung* (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 73). Springer Verlag, Berlin.  
Kapusta, Andrzej, 2003, *Psychiatria XX wieku w Europie Zachodniej i USA* - próba retrospekcji, „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” R. 48, nr 1-2, s. 7-32.  
Kapusta, Andrzej, 2004, *Psychiatria-władza-przemoc, w: Przemoc i filozofia* red. Jadwiga Mizińska, Maciej Kociuba. - Lublin : Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 101-120.  
Klimasiński, Krzysztof, 2002, *Współczesna Psychopatologia (2002)*, Księgarnia Akademicka, Kraków.  
Pellegrino, Edmund D., 1986, *Philosophy of Medicine: Towards a Definition*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, nr 11, s. 9-16.  
Rosenhan, David L., 1973, *On being Sane in insane Places*, „Science”, 179:250-8.  
Shorter, Edward, 1997, *A History of Psychiatry*, John Wiley & Sons.

