

Konrad BANICKI

MIĘDZY MEDYCYNĄ A HUMANISTYKĄ Filozoficzne zmagania z pojęciem zaburzenia psychicznego

Diagnostując chorobę somatyczną, opieramy się zazwyczaj na odstępstwie od pewnej anatomicznej czy też fizjologicznej normy. Przy stwierdzeniu choroby psychicznej także odwołujemy się do pewnych standardów normatywnych, lecz w tym wypadku nie mają one charakteru biologicznego, ale etyczny, polityczny lub społeczny. Z tego względu mówienie o ludzkich problemach życiowych w kategoriach choroby jest jedynie pewną metaforą. Dosłowne jej rozumienie byłoby analogiczne do potraktowania budzącego nasze wątpliwości programu telewizyjnego jako awarii telewizora i wezwania elektryka.

Wśród wielorakich konsekwencji przypadającego na ostatnie dziesięciolecie dynamicznego rozwoju medycyny można zaobserwować wzmożone zainteresowanie filozoficznymi aspektami wiedzy i praktyki medycznej. Samo to zainteresowanie ma oczywiście bardzo długą historię – przywołać tu można już starożytne spory między lekarskimi szkołami racjonalistów, empiryków i metodyków czy też choćby postaci Arystotelesa i Galena – jednak dopiero względnie niedawno powstała autonomiczna, demonstrująca znaną nam dziś postać filozofia medycyny, a przede wszystkim bioetyka.

W obrębie dyscyplin medycznych miejsce szczególne wydaje się zajmować psychiatria. Autorzy pewnego wprowadzenia do filozofii medycyny stwierdzają na przykład, że aczkolwiek wielu „krytyków medycyny współczesnej wątpi, aby mogła ona uporać się z problemami zdrowia współczesnego społeczeństwa”¹, to jednak tylko psychiatria „zasłużyła sobie na wątpliwy honor wywołania autentycznej fali protestów”². Omówienie owych „protestów” znajdzie czytelnik w dalszej części niniejszego artykułu, ale już na wstępie trzeba powiedzieć, że psychiatria rzeczywiście „zasłużyła sobie” na traktowanie jej jako odrębnej subdyscypliny. Filozofia psychiatrii, o której tu mówimy, rozwija się w ostatnich latach bardzo pręźnie, a dynamika ta jest w znacznej części rezultatem aktywności grupy badaczy skupionych obecnie wokół działającej od roku 2002 międzynarodowej organizacji filozofów i psychiatrów International Network for Philosophy & Psychiatry³. Badacze ci organizują już

¹ H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, tłum. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, s. 138.

² Tamże.

³ Zob. International Network for Philosophy & Psychiatry, www.inpponline.com.

od roku 1996 cykliczne konferencje międzynarodowe (siedemnaście z nich odbędzie się w roku 2015 w Chile), redagują czasopismo „Philosophy, Psychiatry & Psychology”, a także koordynują publikację książek z serii „International Perspectives in Philosophy & Psychiatry” (od roku 2003 ukazało się w niej już ponad pięćdziesiąt pozycji). Wszystkie te przedsięwzięcia stanowią pewne odzwierciedlenie namysłu prowadzonego obecnie nad psychiatrią, a także debat toczonych w jej obszarze.

MIĘDZY NORMALNOŚCIĄ A ZABURZENIEM PROBLEM DEMARKACJI

Rozmaitość kwestii dyskutowanych w obrębie filozofii psychiatrii jest bardzo duża⁴ i z oczywistych powodów nie można wszystkich ich tutaj ująć. Uwagę skupimy natomiast na pytaniu kluczowym: Czym jest choroba psychiczna (ang. mental illness) czy też zaburzenie psychiczne (ang. mental disorder)? Pytanie to, jak zauważa Elselijn Kingma, może przyjąć przynajmniej trojaka postać. Stawiając je, możemy chcieć się dowiedzieć, (1) czym różni się zaburzenie psychiczne od choroby czysto somatycznej, (2) jakiego rodzaju różnice występują między poszczególnymi chorobami psychicznymi lub (3) czym zaburzenie psychiczne różni się od psychicznej normalności czy też zdrowia⁵. W poniższych dociekaniach to właśnie ta ostatnia kwestia stanie się centralna.

Co ciekawe, znalezienie zadowalającej odpowiedzi na pytanie rozstrzygające ów problem demarkacji (ang. demarcation problem) jest kwestią tyleż palącą – ze względów nie tylko teoretycznych, ale także czysto praktycznych (dotyczących decyzji o podjęciu leczenia, orzeczenia niepoczytalności czy kwestii takich, jak przyznanie ubezpieczenia lub odszkodowania) – co bynajmniej nieoczywistą. De facto – jak przypominają Bernard Gert i Charles M. Culver – panuje dużo większa zgoda, co do tego, jakie są „paradygmatyczne” przykłady chorób psychicznych (najczęściej przywołuje się tutaj schizofrenię lub chorobę afektywną dwubiegunową), niż co do tego, jaka powinna być ogólna definicja zaburzenia psychicznego⁶.

Problemu granicy między zdrowiem a chorobą nie można oczywiście łączyć do medycyny psychiatrycznej. To właśnie w obrębie tej dyscypliny

⁴ Zob. np. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, red. K.W.M. Fulford i in., Oxford University Press, Oxford 2013; *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, red. J. Radden, Oxford University Press, Oxford 2007.

⁵ Zob. E. Kingma, *Naturalistic Accounts of Mental Disorder*, w: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, s. 363-384.

⁶ Zob. B. Gert, Ch.M. Culver, *Defining Mental Disorder*, w: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, s. 415-425.

jednak staje się on szczególnie palący. Kingma zauważa, że wyjaśnić to można przez wskazanie na dwa fakty. Choroby psychiczne wydają się znacznie „bardziej kontrowersyjne i ulotne”⁷ niż problemy o charakterze somatycznym. Większość nas nie tylko dużo lepiej wie, czym są złamane nogi, niż co składa się na zaburzenia osobowości (wiemy to do pewnego stopnia niezależnie od specjalistycznego wykształcenia), ale też z mniejszą dozą wątpliwości skłonna jest uznać te ostatnie za problem o charakterze ściśle medycznym.

Nasze wątpliwości wobec pojęcia zaburzonej osobowości dotyczą drugiego problemu, na który wskazuje Kingma, twierdząc, że psychiatria daje się „dużo łatwiej «zanieczyścić» niż medycyna somatyczna przez wartości i racje o charakterze społecznym”⁸. W przypadku złamania nogi stan somatyczny będący jego konsekwencją można właściwie bez istotnych kontrowersji uznać za powszechnie niepożądany. Sytuacje, w których ktoś mógłby chcieć mieć złamaną nogę, aczkolwiek możliwe, zdają się bardzo szczególne. W przypadku zjawisk o charakterze psychicznym natomiast o taką uniwersalność oceny może być dużo trudniej. Pewne aspekty relatywnie mało nasilonego stanu maniakalnego mogą, przykładowo, być pożądane przez artystę, ponieważ w jego przypadku wiązałyby się ze wzmoczeniem zdolności twórczych⁹. Wiąże się to z faktem, że psychiatria zajmuje się takimi „obszarami ludzkiego doświadczenia i zachowania [...] w stosunku do których ludzkie wartości różnią się” nie tylko „znacznie”, ale także „w uzasadniony sposób”¹⁰.

Wysiłki, aby odróżnić zaburzenie psychiczne od tego, co mieści się w obrębie normy, na ogół znajdują odzwierciedlenie w próbach sformułowania ścisłej definicji zaburzenia psychicznego czy też skonstruowania zestawu kryteriów odróżniających chorobę psychiczną od normalnego funkcjonowania. Autorzy znanego – także w Polsce – podręcznika psychopatologii wymieniają chociażby następujące kryteria, które mogą wskazywać na nienormalność: (1) cierpienie, (2) nieprzystosowanie (ang. maladaptiveness), (3) nieracjonalność, (4) nieprzewidywalność i utratę kontroli, (5) nietypowość i niekonwencjonalność, (6) dyskomfort obserwatora oraz (7) naruszanie standardów¹¹.

⁷ Por. Kingma, dz. cyt., s. 364 (o ile nie wskazano inaczej, tłumaczenie fragmentów obcojęzycznych – K.B.). Por. też: J.Z. Sadelr, *Diagnosis/Anti-Diagnosis*, w: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, s. 163-179.

⁸ Kingma, dz. cyt., s. 364.

⁹ Zob. J.Z. Sadelr, *Values in Psychiatric Diagnosis and Classification*, w: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, s. 753-778.

¹⁰ K.W.M. Fulford, *Facts/Values: Ten Principles of Values-Based Medicine*, w: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, s. 212.

¹¹ Por. M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zyski S-ka, Poznań 2007, s. 17-43. Zob. też: J.E. Maddux, J.T. Gosselin, B.A. Winstead, *Conceptions of Psychopathology: A Social Constructivist*

Seligman i jego współpracownicy ostrożnie – co jest jak najbardziej słuszne – zauważają, że żadne z tych kryteriów nie ma charakteru warunku koniecznego ani też wystarczającego, by stwierdzić obecność zaburzenia. Twierdzą oni także, że ich propozycja ma charakter deskryptywny, nie zaś preskryptywny – opisuje rzeczywistą praktykę językową związaną z użyciem pojęcia zaburzenia psychicznego, nie będąc propozycją (wskazaniem), jak owo pojęcie powinno być używane. Ciągłe jednak niepokoić może wynik pewnego prostego eksperymentu myślowego, w którym wykształconego człowieka z dwudziestego pierwszego wieku, na przykład lekarza, przenosimy do średniowiecza, w którym bardzo prawdopodobnie (1) będzie on cierpiał z powodu niezrozumienia, a nawet prześladowań (kwestionował będzie bowiem wiele panujących wówczas sądów na temat wszechświata), (2) ze względu na swoją „nieprzystawalność” nie będzie mógł realizować wielu celów (tego rodzaju „dziwak” nie może być dobrym kandydatem na męża żadnej z ówczesnych dam), (3 i 4) niektóre z jego praktyk uznawane będą za nieracjonalne (będzie się na przykład upierał myć ręce przed jedzeniem, opowiadając o niewidzialnych demonach zwanych wirusami) oraz nieprzewidywalne (będzie zdecydowanie odrzucać niektóre, ale tylko niektóre, ówczesne praktyki lecznicze), (5) będzie on postacią nietypową i niekonwencjonalną, (6) będzie naruszać wiele standardów (nie stosując się do lokalnych praktyk opartych na zabobonach) i (7) powodować dyskomfort obserwatorów, u których mieszanina tajemniczości i mocy (przybysz z daleka potrafiący leczyć nieuleczalne dotąd choroby) budzi niepokój. Czy ów niefortunny podróżnik w czasie powinien – zgodnie z kryteriami Seligmana i współpracowników – zostać uznany za osobę zaburzoną?

NATURALIZM I MEDYCZNY MODEL UPRAWIANIA PSYCHIATRII

Lista siedmiu kryteriów przywołanych powyżej, aczkolwiek składa się z elementów dobrze ugruntowanych w obrębie toczonej od wielu lat debaty, ma relatywnie powierzchowny charakter. Odnosi się ona mianowicie do pytania, jak w praktyce klinicznej i społecznej rozpoznawana bywa choroba psychiczna, i nie dotyczy bardziej zasadniczej kwestii natury diagnozowanego zaburzenia (która jest być może niedostępna powierzchownej obserwacji). Kwestia ta ma oczywiście dla rozwoju psychiatrii jako dyscypliny naukowej znaczenie fundamentalne i staje się przedmiotem kluczowych debat.

Jeżeli chodzi o pojawiające się w nich stanowiska, to dominują rozmaite postacie psychiatrycznego naturalizmu, przy czym sam termin „naturalizm”

może opisywać poglądy o różnym stopniu szczegółowości. W sensie najbardziej ogólnym, wręcz trywialnym, wypada zgodzić się z Wulffem i jego współpracownikami, którzy twierdzą, że dzisiejsi psychiatrzy „uznają za rzecz oczywistą, iż choroby psychiczne, podobnie jak wszystkie inne zjawiska naturalne, mogą być przedmiotem obserwacji, opisu i klasyfikacji zgodnie z metodą swoistą dla nauk empirycznych”¹² oraz „że w zasadzie możliwe jest wyjaśnienie przyczyn choroby psychicznej”¹³, aczkolwiek autorzy ci dodają też, że wszystkie rozważane przez nich modele choroby psychicznej „stanowią odmianę psychiatrii naturalistycznej, tj. psychiatrii traktowanej jako nauka przyrodnicza”¹⁴ i tego akurat stwierdzenia nie powinno się już traktować jako bezwzględnie uniwersalnego¹⁵.

Aby wprowadzić pojęcie naturalizmu jako poglądu nieco bardziej konkretnego, warto odwołać się do analizy pojęcia choroby według Dominica Murphy’ego. Jego zdaniem pojęcie to składa się z (1) mającego charakter empiryczny sądu (sądów) o ludzkiej fizjologii, a także (2) sądu normatywnego odnoszącego się do ludzkiego zachowania czy też dobrostanu¹⁶. Z tak ogólnym sformułowaniem – na przykład z tezą, że orzekając zawał serca, stwierdzamy zarówno pewien stan faktyczny odnoszący się do funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego, jak i to, że ów stan jest niepożądany – zgodzi się właściwie każdy. Różnice poglądów zaczynają się pojawiać, kiedy zapytamy o szczegółowy charakter wyróżnionych sądów, a w szczególności o to, który z nich jest bardziej pierwotny.

Przedstawiciele obiektywizmu czy też naturalizmu (w sensie ścisłym) stwierdzą, że pierwotny jest sąd faktyczny i że pojęcie choroby ma zatem charakter przede wszystkim naukowy i obiektywny. Odpowiedź na pytanie, czy mamy do czynienia z chorobą, odkrycie (w sensie odkrycia czegoś już istniejącego – ang. discovery) nowych jednostek chorobowych (na przykład wywoływanych przez nieznane wirusy) czy też dokonanie klasyfikacji jednostek chorób już istniejących jest w efekcie sprawą nauk przyrodniczych. Cała ta aktywność poznawcza pozostaje zasadniczo niezależna od tego, że choroby te zostaną później poddane negatywnej ocenie i uznane za niepożądane.

Zwolennicy konstruktywizmu uważają z kolei, że pierwotny jest sąd normatywny. Ich zdaniem pojęcia chorób nie tyle opierają się na odkryciach pew-

¹² Wulff, Pedersen, Rosenberg, dz. cyt., s. 154.

¹³ Tamże.

¹⁴ Tamże, s. 155.

¹⁵ Zob. np. J. Phillips, *Understanding/Explanation*, w: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, s. 180-190; T. Thornton, *Reductionism/Antireductionism*, w: *The Philosophy of Psychiatry: A Companion*, s. 191-204.

¹⁶ Zob. D. Murphy, *Concepts of Disease and Health*, w: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2015 Edition), red. E.N. Zalta, <http://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/health-disease/>.

nych naturalnych faktów, ile raczej konstruowane są lub też wynajdywane (ang. invented) w sposób, który odzwierciedla wartości czy też rozkład sił właściwy dla społeczeństwa lub też jakiejś jego dominującej grupy, których reprezentantami są lekarze. Uważa się na przykład, że pojęcie antyspołecznego zaburzenia osobowości zostało stworzone przede wszystkim na podstawie tego, że pewne osoby nagminnie i bez wyrzutów sumienia łamią normy obowiązujące w danej społeczności. Poszukiwanie ewentualnych korelatów biologicznych tego stanu byłoby w tym wypadku krokiem pojawiającym się dopiero wtórnie.

Spór między naturalizmem a konstruktywizmem, jeśli przełożyć go na kwestię natury choroby, staje się debatą nad tym, czy pojęcie choroby można zdefiniować za pomocą normatywnie neutralnych pojęć naukowych (jak twierdzą naturaliści), czy też konieczne jest w tym celu odwołanie się do społecznie zakorzenionych pojęć o charakterze normatywnym (jak utrzymują przedstawiciele konstruktywizmu). W przypadku medycyny traktowanej całościowo, a więc nie tylko psychiatrii, wysiłki definicyjne podejmowane w perspektywie naturalistycznej w sposób najbardziej widoczny zaznaczyły się w ujęciu Christophera Boorse'a¹⁷. Silne wątki konstruktywistyczne pojawiają się z kolei w pracach Artura Kleinmana¹⁸.

Naturalizm medyczny zaznacza się w psychiatrii w sposób najbardziej widoczny w obrębie tak zwanego modelu (bio)medycznego. Dominujący charakter tego podejścia przejawia się już przez to, że uznanie psychiatrii za jedną z gałęzi nauk medycznych jest dzisiaj tezą właściwie trywialną. Kilkadziesiąt lat temu – zauważa Murphy – teza ta była jeszcze kontrowersyjna. Dziś jedyna kontrowersja, która jeszcze pozostała, dotyczy problemu, co konkretnie oznacza przyjęcie medycznego modelu uprawiania tej dyscypliny¹⁹.

Sam Murphy wyróżnia minimalistyczne (ang. minimal) oraz mocne (ang. strong) rozumienie modelu medycznego w psychiatrii²⁰. W tym pierwszym sensie model medyczny obejmuje generalne przywiązanie do metod empirycznych, takich jak badania epidemiologiczne czy kontrolowane testy skuteczności leków. Jeżeli chodzi o rozumienie choroby psychicznej, przyjmuje on rozstrzygnięcia obecne w głównych pracach niemieckiego psychiatry przełomu dziewiętnastego i dwudziestego wieku Emila Kraepelina, który

¹⁷ Zob. np. Ch. B o o r s e, *On the Distinction Between Health and Illness*, „Philosophy and Public Affairs” 5(1975) nr 1, s. 49-68; t e n ż e, *Health as a Theoretical Concept*, „Philosophy of Science” 44(1977) nr 4, s. 542-573.

¹⁸ Zob. np. A.K. K l e i n m a n, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley 1980.

¹⁹ Zob. D. M u r p h y, *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, w: *Philosophy of Medicine*, red. F. Gifford, Elsevier, San Diego 2011, s. 425-451.

²⁰ Por. tamże; t e n ż e, *The Medical Model and the Philosophy of Science*, w: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, s. 966n.

przekonany był o istnieniu odrębnych jednostek chorobowych rozumianych jako „grupy symptomów występujących jednocześnie i ujawniających się w charakterystyczny sposób”²¹. Zakłada się, że w przypadku każdej z takich jednostek chorobowych „istnieje właściwa jej przyczyna, swoista patologia mózgu, swoisty obraz kliniczny i właściwy jej sposób leczenia”²². W świetle minimalistycznego rozumienia modelu medycznego zaburzenia psychiczne należałoby zatem traktować jako tak zwane klasy naturalne, a ich rozróżnianie nie odbiegałoby w sensie logicznym i metodologicznym od klasyfikacji pierwiastków przez chemika czy też roślin przez botanika.

Cechą kluczową minimalistycznego rozumienia modelu medycznego, stanowiącą właśnie o jego minimalizmie, jest powstrzymywanie się od formułowania twierdzeń dotyczących natury przyczyn stojących za obserwowanymi syndromami. Innymi słowy, bardzo mało (jeśli cokolwiek w ogóle) twierdzi się na temat tego, „co tak naprawdę dzieje się z pacjentem”²³. Ograniczenie to nie występuje natomiast w przypadku mocnego modelu medycznego, w którym stawia się tezy wskazujące na rodzaje zmian i konkretne zmiany będące przyczyną zauważalnej konfiguracji symptomów. Jeżeli chodzi o to pierwsze, rodzajowe rozstrzygnięcie, to w modelu medycznym wskazuje się zazwyczaj na klasę zmian patofizjologicznych umiejscowionych w mózgu, przykładem których mogą być chociażby nieprawidłowości funkcjonowania któregoś z układów neuroprzekątnikowych.

Zaburzenie psychiczne w świetle mocnego modelu medycznego nie jest jedynie – jak chcieliby niektórzy przedstawiciele nauk humanistycznych – społecznie ufundowanym „konstruktem”, ale w sensie jak najbardziej dosłownym chorobą (ang. disease), która stanowi „rzeczywistą część przyczynowej struktury świata”²⁴ i która przejawia się w postaci konkretnej neuropatologii. Ponadto różnica między chorobą psychiczną a chorobami somatycznymi okazuje się w tym modelu relatywnie powierzchowna – dotyczy jedynie objawów, a nie zasadniczej, biologicznej struktury przyczynowej, która w przypadku obu rodzajów schorzeń ma taką samą naturę.

Próby zdefiniowania choroby psychicznej oparte na modelu biomedycznym zapewne najczęściej odwołują się do prac Christophera Boorse’a oraz Jerome’a Wakefielda²⁵. W ujęciu tego pierwszego każda choroba, w tym cho-

²¹ Tenże, *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, s. 428.

Natemat znaczenia prac Kraepelina dla współczesnej psychiatrii zob. R.P. Bentall, *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*, Penguin, London 2003, s. 3-18.

²² Wulff, Pedersen, Rosenberg, dz. cyt., s. 142.

²³ Murphy, *The Medical Model and the Philosophy of Science*, s. 967.

²⁴ Tenże, *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, s. 433.

²⁵ Zob. np. J.C. Wakefield, *The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values*, „American Psychologist” 47(1992) nr 3(47), s. 373-388.

roba psychiczna, to „rodzaj stanu wewnętrznego, który jest albo osłabieniem normalnej zdolności funkcjonalnej, czyli osłabieniem jednej lub więcej zdolności funkcjonalnych poniżej typowej efektywności, albo też ograniczeniem zdolności funkcjonalnej spowodowanym czynnikami środowiskowymi”²⁶. Pojęcie zdolności funkcjonalnej, co ważne, ma w tym modelu ugruntowanie ewolucyjne i odnosi się do statystycznie typowego dla danego organu (na przykład mózgu) wkładu w przetrwanie jednostki oraz w jej zdolności reprodukcyjne. Kliniczną depresję należy w nim zatem traktować jako chorobę chociażby ze względu na istotnie wiążące się z nią tendencje samobójcze.

Drugie z popularnych w obrębie modelu biomedycznego ujęć zaproponowane przez Wakefielda opiera się na pojęciu szkodliwej dysfunkcji (ang. harmful dysfunction). O zaburzeniu psychicznym można w szczególności mówić, gdy „niepowodzenie wewnętrznych mechanizmów osoby w realizowaniu ich funkcji, tak jak zostały one zaplanowane przez naturę, szkodliwie wpływa na dobrostan danej osoby określony przez społeczne wartości oraz znaczenia”²⁷. Ujęcie Wakefielda, podobnie jak propozycja Boorse’a, opiera się na perspektywie ewolucyjnej. W odróżnieniu od niej jednak, jak zauważa Kingma, ma ono charakter nakierowany na przeszłość (ang. backward-looking), a nie na przyszłość (ang. forward-looking)²⁸. Boorse ocenia zdolność funkcjonalną w kontekście aktualnych norm (na przykład danych statystycznych dotyczących czynności sercowej u osób o płci i wieku takich samych, jak w przypadku pacjenta). Wakefield natomiast umieszcza te normy w obrębie historii ewolucyjnej – ważne jest to, że względu na pełnienie jakich funkcji dany organ lub też mechanizm został pomyślnie wyselekcjonowany w procesie doboru naturalnego.

Chociaż trzeba stwierdzić, że takie odniesienie do przeszłości ewolucyjnej wiąże się z niebagatelnymi trudnościami teoretycznymi, to propozycja Wakefielda ma jednocześnie znaczną zaletę polegającą na tym, iż w klarowny sposób łączy faktyczny i normatywny aspekt pojęcia choroby psychicznej. Rozumiane jako szkodliwa dysfunkcja, zaburzenie tego rodzaju to zatem występujące łącznie odstępstwo od ewolucyjnego planu funkcjonalnego (w tym sensie mówi się tutaj o dysfunkcji) oraz szkodliwość takiego odstępstwa dla danej osoby (brak pewnych mechanizmów ewolucyjnych, na przykład predylekcji do tłustych potraw mógłby być sam w sobie całkiem korzystny). Skonstatowanie dysfunkcji jako takiej ma zatem charakter obiektywnego sądu faktycznego i jest z tego względu zadaniem nauki. Określenie szkodliwości dysfunkcji

²⁶ Boorse, dz. cyt., s. 567.

²⁷ Wakefield, dz. cyt., s. 373.

²⁸ Por. Kingma, dz. cyt., s. 380.

oznacza jednak krok zasadniczo normatywny i z zasady opiera się na odniesieniu do wartości charakterystycznych dla danej kultury i społeczności.

ANTYPSYCHIATRIA I KRYTYKA MODELU MEDYCZNEGO

Biomedyczny model choroby psychicznej, nakreślony powyżej i – w mniejszym lub większym stopniu – dominujący we współczesnej praktyce psychiatrycznej, stał się przedmiotem wielu ocen krytycznych. Zwracano uwagę chociażby na to, że stanowiące o tej perspektywie założenia są dużo bardziej przekonujące i dużo lepiej udokumentowane empirycznie w przypadku zaburzeń z grupy psychoz niż w przypadkach zaburzeń osobowości czy też nerwic, do których bardziej adekwatne – zdaniem pewnych badaczy – byłoby podejście psychospołeczne albo jeszcze bardziej złożone – biopsychospołeczne²⁹.

Najbardziej znaczący nurt krytyki dotyczył jednak zdecydowanie bardziej fundamentalnych aspektów medycznego modelu uprawiania psychiatrii. Warto zauważyć, że naturalną konsekwencją perspektyw zaproponowanych przez Boorse'a i Wakefielda jest ufundowanie psychiatrii na wyjaśnieniach o charakterze przyczynowym (mamy to do czynienia z czymś w rodzaju Diltheyowskiego Erklären), co w większości przypadków dokonuje się kosztem tego typu poznania, który odwołuje się do rozumienia (czyli Diltheyowskiego Verstehen)³⁰. Komentując jedno z podręcznikowych ujęć modelu medycznego, Murphy zauważa na przykład, że cechuje je próba „postawienia psychiatrii w jednym szeregu z biologią i medycyną oraz [...] kompletne zignorowanie aspektów humanistycznych”³¹. Zauważa, że „zgodnie z tym obrazem psychiatria nie zajmuje się innym rozumieniem ludzi niż naukowe”³², przy czym „naukowe” pojmowane jest w sensie nauk uprawianych w paradygmacie przyrodoznawczym (czyli pojmowanych jako angielskie sciences czy też Diltheyowskie Naturwissenschaften).

Podejście właściwe dla tak rozumianej naukowości wiąże się często z przyjęciem Hume'owskiego rozróżnienia faktów i wartości w jego mocnym rozumieniu oraz tezy, że nauka nie tylko powinna, ale także może ograniczyć się do tych pierwszych. Zarówno w pracach Boorse'a, jak i Wakefielda znajdujemy przekonanie, że osłabienie zdolności funkcjonalnej czy też dysfunkcję rozpoznać można za pomocą czysto obiektywnych metod naukowych, bez odwoływania się do racji pozanaukowych, w tym związanych z wartościami.

²⁹ Por. Wulff, Pedersen, Rosenberg, dz. cyt., s. 147.

³⁰ Zob. Phillips, dz. cyt.

³¹ Murphy, *Conceptual Foundations of Biological Psychiatry*, s. 426.

³² Tamże.

Przekonanie o fundamentalnej neutralności normatywnej psychiatrii stało się przedmiotem krytyki ze strony tak zwanej antypsychiatrii. Nurt ten, wiązany z takimi autorami, jak Michel Foucault³³ czy Ronald D. Laing³⁴, nie ma, jak zauważają autorzy przytaczanej tu *Filozofii medycyny*, „żadnego ściśle zdefiniowanego programu”, a jedyną cechą wspólną formułowanych w jego ramach wypowiedzi zdaje się „odrzuć medyczny model choroby”³⁵.

Sprzeciw wobec owego modelu przyjmuje bardzo radykalną i z wielu względów interesującą formę w pracach Thomasa Szasza³⁶, który pojęcie choroby psychicznej określa jako mit. Określenie to nie oznacza oczywiście, że nie istnieją zjawiska, które psychiatrzy nazywają zaburzeniami psychicznymi – w istocie istnieją one, a swoje istnienie zaznaczają zazwyczaj bardzo boleśnie. Słowa Szasza wyrażają natomiast bardziej subtelną tezę, a mianowicie, że określenie „choroba psychiczna”, zwłaszcza gdy używane jest w sensie dosłownym, w pewien fundamentalny sposób mistyfikuje opisywaną przez nie rzeczywistość. Pojęcie choroby psychicznej, jak ujmuje to Szasz, jest „metaforą, którą przyzwyczailiśmy się brać za fakt”³⁷. Diagnozując chorobę somatyczną, opieramy się, o czym pisał Boorse, zazwyczaj na odstępstwie od pewnej anatomicznej czy też fizjologicznej normy. Przy stwierdzeniu choroby psychicznej także odwołujemy się do pewnych standardów normatywnych, lecz w tym wypadku – zdaniem Szasza – nie mają one charakteru biologicznego, ale etyczny, polityczny lub społeczny. Właśnie z tego względu mówienie o ludzkich problemach życiowych w kategoriach choroby jest jedynie pewną metaforą. Dosłowne jej rozumienie byłoby analogiczne do potraktowania budzącego nasze wątpliwości programu telewizyjnego jako awarii telewizora i wezwania elektryka³⁸.

Metafora ta jednak często traktowana bywa dosłownie, co może wiązać się z istotnymi problemami natury logicznej. Gdyby mianowicie zaburzenie psychiczne miało charakter jednostki chorobowej w rodzaju infekcji czy nowotworu, to „można by z ł a p a ć [chorobę psychiczną – K.B.] lub d o s t a ć choroby psychicznej, m i e ć ją lub być jej n o s i c i e l e m, można by z a r a ż a ć nią innych, a wreszcie można by się jej p o z b y ć”³⁹. Problemy związane z przyjęciem wszystkich tych konsekwencji w ich dosłownym rozumieniu

³³ Zob. M. F o u c a u l t, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.

³⁴ Zob. R.D. L a i n g, *Podzielone „ja”*. *Egzystencjalistyczne studium zdrowia i choroby psychicznej*, tłum. M. Karpiński, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1999.

³⁵ W u l f f, P e d e r s e n, R o s e n b e r g, dz. cyt., s. 138.

³⁶ Zob. T.S. S z a s z, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Granada, London 1981; t e n ż e, *Mit choroby psychicznej*, w: *Przełom w psychologii*, tłum. K. Jankowski, red. K. Jankowski, Czytelnik, Warszawa 1978, s. 225-240.

³⁷ T e n ż e, *Mit choroby psychicznej*, s. 239.

³⁸ Por. t e n ż e, *The Myth of Mental Illness*, s. 11.

³⁹ T e n ż e, *Mit choroby psychicznej*, s. 233.

nie są bagatelne i powinny się stać przedmiotem uwagi tych badaczy, którzy model biomedyczny chcieliby ufundować na solidnym gruncie logicznym i metodologicznym.

Jeśli zaś chodzi o pozytywną charakterystykę praktyki związanej z posługiwaniem się pojęciem choroby psychicznej, to Szasz stwierdza, że pojęcie to „funkcjonuje jako zasłona”, za którą ukryte są „znajdujące się w konflikcie ludzkie potrzeby, aspiracje i wartości”⁴⁰. Określając jako chorobę problemy życiowe związane z tymi konfliktami, mistyfikujemy je jako zjawiska o charakterze biomedycznym, które można wyeliminować dzięki obiektywnym metodom nauki. Tym samym zamykamy sobie drogę do podjęcia tych kwestii na gruncie im właściwym. Uniemożliwiamy na przykład podjęcie społecznej dyskusji nad wartościami oraz interesami, których konflikty odzwierciedlają się w zjawiskach diagnozowanych przez psychiatrów jako choroby.

Rzeczywistą funkcję pojęcia choroby psychicznej i związanej z nim praktyki społecznej można – zdaniem Szasza – zilustrować, zestawiając to pojęcie z pewnymi jego historycznymi poprzednikami. I tak – pisze on – warto „przypomnieć sobie, że nie tak dawno odpowiedzialność za trudności w życiu ludzkim przypisywano diabłom i czarownicom”⁴¹. Wiara w literalną realność choroby psychicznej, „w chorobę psychiczną, która jest czymś innym niż trudności z naszymi bliźnimi”, jest jego zdaniem „właściwym spadkobiercą demonologii i sił diabelskich”⁴². Demistyfikacja tego przekonania byłaby tym samym równoznaczna ze wskazaniem, że naszymi „przeciwnikami nie są demony, czarownice, los czy choroba psychiczna”⁴³, że nie „mamy wrogów, z którymi moglibyśmy walczyć, poddając ich egzorcyzmom czy rzucając klątwę za pomocą «leczenia»”⁴⁴. Tym, z „czym się naprawdę borykamy”, są „problemy życia”⁴⁵, czyli trudności i konflikty „w sferze potrzeb, poglądów, aspiracji, wartości itd.”⁴⁶.

PSYCHIATRIA PO ANTYPHYCHIATRII

Związany z kontrkulturą lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku ruch antypsychiatryczny stał się swego czasu przedmiotem bardzo gorących dyskusji. Zwolenników, co ciekawe, znalazł on przede wszystkim

⁴⁰ Tamże, s. 236.

⁴¹ Tamże.

⁴² Tamże.

⁴³ Tamże, s. 239.

⁴⁴ Tamże, s. 239n.

⁴⁵ Tamże, s. 240.

⁴⁶ Tamże, s. 226.

wśród psychologów, socjologów i pisarzy. Sami psychiatrzy natomiast zachowywali wobec niego sceptycyzm. Większość nich – także ci, którzy do nurtu tego odnosili się przychylnie – skłaniała się ku sądowi, że formułowana w nim krytyka ich dyscypliny jest „zbyt daleko idąca i zbyt brutalna”⁴⁷, a sami antypsychiatrzy „posuwają się za daleko, określając chorobę psychiczną jako zdrową reakcję na chore społeczeństwo”⁴⁸.

I rzeczywiście, na przykład stanowisko Szasza – przy całej jego intelektualnej wnikliwości – jest dziś w radykalnej wersji nie do utrzymania. W szczególności trudno zgodzić się z tezą, że zaburzenia psychiczne, w tym zwłaszcza psychozy, nie mają żadnych dających się zidentyfikować (i często za pomocą środków farmakologicznych zmienić) korelatów o charakterze neurologicznym.

Sama antypsychiatria w jej pierwotnej postaci dziś już nie istnieje. Wiele jednak ruchów czy też trendów intelektualnych w pewnych wymiarach kontuuje właściwe jej wątki krytyczne, a nierzadko przybiera postać bardzo konkretnych działań społecznych. Bill Fulford, Tim Thornton i George Graham stwierdzają wręcz, że „antypsychiatria jest ciągle żywa i ma się dobrze”⁴⁹, a na potwierdzenie swojej tezy wymieniają: (1) wzrastające znaczenie organizacji tworzonych przez pacjentów (ruchy „patient power”), (2) organizację opieki nad chorymi psychicznie na sposób multidyscyplinarny, (3) krytykę roli orzeczeń psychiatrycznych w sądach, (4) skandale związane ze standardami opieki psychiatrycznej, (5) obecność krytyki psychiatrii w prasie, a także (6) ciągle trwającą popularność literatury antypsychiatrycznej (pisma Szasza, Foucaulta oraz Lainga są rzeczywiście niezmiennie popularne, choć bynajmniej nie wśród samych psychiatrów)⁵⁰.

Do listy powyższej dodać można podejmującą wiele wątków antypsychiatrycznych, choć de facto posiadającą także niezależną tradycję⁵¹, krytykę procesu tak zwanej medykalizacji, w której dostrzega się odmianę redukcjonizmu, polega ona bowiem na wyrażaniu złożonych zjawisk dotyczących człowieka wyłącznie w terminach medycznych oraz klinicznych⁵². W szczególności, jak stwierdza John Z. Sadler, medykalizacja polega na dążeniu do ujmowania coraz szerszego zakresu ludzkiego doświadczenia w kategoriach psychopatologii, można zatem żywić obawę, że cały ów proces zmierza ku „zdiagnozo-

⁴⁷ Wulff, Pedersen, Rosenberg, dz. cyt., s. 139.

⁴⁸ Tamże, s. 151.

⁴⁹ K.W.M. Fulford, T. Thornton, G. Graham, *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxfors 2006, s. 18.

⁵⁰ Por. tamże.

⁵¹ Zob. P. Rieff, *The Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith After Freud*, Harper & Row, New York 1966.

⁵² Por. Sadler, *Diagnosis/Anti-Diagnosis*, s. 172.

waniu i zaklasyfikowaniu życia ludzkiego jako takiego”⁵³. Stałym elementem krytyki procesu medykalizacji jest zwrócenie uwagi na to, że poszczególne edycje klasyfikacji psychiatrycznych są coraz obszerniejsze i zawierają coraz większą liczbę kategorii diagnostycznych. Roy Porter zauważa, że o ile pierwsze wydanie *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* (podręcznika jednostek chorobowych wyróżnionych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne) z roku 1952 liczyło 100 stron, jego drugie wydanie z roku 1968 134 strony, a wydanie trzecie z roku 1980 niemal 500 stron, to poprawione wydanie czwarte z roku 2000 rozrosło się aż do 943 stron⁵⁴. Chociaż wydaje się, że trend ten jest w odwrocie – najnowsza, piąta edycja z roku 2013 urosła jedynie do 1000 stron – powodem do niepokoju pozostaje rozmiar tej klasyfikacji, zwłaszcza jeśli uświadomimy sobie, jak cienka granica dzielić może fobię społeczną od nieśmiałości lub depresję od „zwykłego” smutku czy rozpacz⁵⁵.

Jeśli zaś chodzi o wpływ antypsychiatrii na samą psychiatrię, a także na faktyczną praktykę kliniczną, to wydaje się, że nurt ten podzielił los wielu ruchów o charakterze rewolucyjnym. Chociaż nie udało mu się zwyciężyć – powiedzenie, że model medyczny jest ciągle żywy i ma się dobrze, byłoby zdecydowanym niedoszacowaniem jego dzisiejszej roli dominującego paradygmatu – jednocześnie w pewien sposób wpłynął na psychiatrię, która przyjęła wiele elementów kierowanej pod jej adresem krytyki. „Psychiatria po antypsychiatrii” jest już – jak się wydaje – inną dyscypliną niż „psychiatria przed antypsychiatrią”.

Jednym z aspektów tej zmiany jest – jak zauważa Sadler – fakt, że „uznanie kategorii psychiatrycznych oraz procesu ich tworzenia za wartościujące jest coraz częściej akceptowane przez przedstawicieli psychiatrycznego mainstreamu”⁵⁶. Jednocześnie w filozoficznym namyśle nad psychiatrią dominować zaczął, zainicjowany przez Fulforda jeszcze w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, nurt, który w oparciu o metody szeroko rozumianej filozofii analitycznej stara się badać normatywny charakter psychiatrii, w tym szczególnie diagnozy i kategorie nozologiczne. Nierzadko krytyczny charakter tego nurtu, co ważne, łączy się z jego zasadniczo przyjaznym stosunkiem wobec nauki, psychiatrii, a także teorii⁵⁷, czego często brakowało antypsychiatrii.

⁵³ Tamże, s. 172.

⁵⁴ Por. R. Porter, *Madness: A Brief History*, Oxford University Press, Oxford 2002, s. 214.

⁵⁵ Zob. C. Lane, *Shyness: How Normal Behavior Became A Sickness*, Yale University Press, Yale 2007; A.V. Horowitz, J.C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, Oxford 2007.

⁵⁶ S. Sadler, *Values in Psychiatric Diagnosis and Classification*, s. 753.

⁵⁷ Por. tamże, s. 756.

Od tych ostatnich różni go także to, że koncentruje się on na zagadnieniach „pojęciowo-filozoficznych” nie zaś „politycznych lub społecznych”⁵⁸.

DEFINICJA ZABURZENIA PSYCHICZNEGO WEDŁUG AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Subtelność i wnikliwość prowadzonych aktualnie w obrębie filozofii psychiatrii dociekań są niewątpliwie bardzo cenne. Jednocześnie nie można jednak zapominać, że dociekania te nie docierają bezpośrednio do większości praktykujących klinicystów. Dyskusje nad pojęciem choroby psychicznej i jego normatywnym obciążeniem, prowadzone przez Fulforda, Sadlera czy Radden, przy całej ich niepodważalnej wartości okazują się zatem mniej istotne od tego, co na ten temat twierdzi się w oficjalnych i szeroko obowiązujących podręcznikach diagnostycznych, jak przywoływany już opracowywany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych (w literaturze znany jako DSM) czy też *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych* (ICD) dokonywana przez Światową Organizację Zdrowia.

Sama koncepcja choroby psychicznej została w bardziej klarowny sposób opracowana w klasyfikacji dokonanej w podręczniku amerykańskim⁵⁹, który też od roku 1952, kiedy to ukazało się jego pierwsze wydanie, cieszy się największym uznaniem i dostarcza wspólnego języka nie tylko psychiatrom, ale także wszystkim badaczom, którzy zajmują się problemami zdrowia psychicznego. Kategorie diagnostyczne wykorzystywane w tym podręczniku, jak zauważają autorzy *Conceptions of Psychopathology*, wyznaczają strukturę praktycznie każdego podręcznika psychopatologii, a także większości literatury profesjonalnej, zarówno zorientowanej praktycznie, jak i nakierowanej na teorię oraz badania⁶⁰. W Stanach Zjednoczonych odwołanie się do kryteriów zawartych w *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* jest konieczne, jeśli prowadzone leczenie ma być finansowane przez państwo lub ubezpieczyciela (w wielu innych krajach podobną rangę ma *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*). Odniesienie się do amerykańskiego podręcznika jest też praktycznie niezbędne, jeśli naukowiec pragnie uzyskać grant badawczy z dziedziny psychiatrii lub opublikować wyniki swoich badań w prestiżowym czasopiśmie naukowym.

⁵⁸ T e n ż e, *Diagnosis/Anti-Diagnosis*, s. 174.

⁵⁹ Zob. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA, Washington, D.C., 2013.

⁶⁰ Por. M a d d u x, G o s s e l i n, W i n s t e a d, dz. cyt., s. 9.

Znaczenie klasyfikacji zaburzeń psychicznych dokonanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne sięga zatem daleko poza naukę i ma charakter społeczny, kulturowy, a nawet polityczny.

W kontekście niniejszych rozważań zdecydowanie największe znaczenie ma zaproponowana w *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* definicja zaburzenia psychicznego. Najnowsza, piąta edycja tego podręcznika diagnostycznego stwierdza: „Zaburzenie psychiczne to syndrom charakteryzujący się klinicznie istotnym zakłóceniem poznania, regulacji emocji lub zachowania jednostki, które odzwierciedla dysfunkcję psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych procesów stojących za funkcjonowaniem psychicznym. Zaburzenia psychiczne mają zazwyczaj związek ze znacznym cierpieniem lub upośledzeniem społecznych, zawodowych lub innych ważnych aktywności. Oczekiwana lub kulturowo aprobowana reakcja na stresor lub stratę, które często występują, na przykład śmierć ukochanej osoby, nie jest zaburzeniem psychicznym. Zachowanie społecznie dewiacyjne (o charakterze na przykład politycznym, religijnym czy seksualnym), a także konflikty między jednostką a społeczeństwem nie są zaburzeniami psychicznymi, chyba że owa dewiacja lub konflikt jest wynikiem opisanej powyżej dysfunkcji jednostki”⁶¹.

Idąc tropem przeprowadzonej przez autorów *Conceptions of Psychopathology* analizy definicji pochodzącej ze zrewidowanej czwartej edycji amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych⁶², warto zauważyć, że w owej – w dużym stopniu eklektycznej – definicji znajdują się elementy wielu omawianych powyżej podejść. Obecny jest w niej element normy statystycznej (oczekiwana reakcja), a także społecznej (reakcja kulturowo aprobowana). Pojawiają się także: znane z ujęcia Wakefielda pojęcie dysfunkcji oraz występujące w propozycji Seligmana i współpracowników cierpienie. Odwołanie się do niezdolności lub upośledzenia można z kolei dobrze połączyć z koncepcją zdrowia według Lennarta Nordenfelta⁶³.

Kluczowe dla tej definicji jest to, że odwołuje się ona przede wszystkim do cierpienia oraz upośledzenia samej jednostki, a więc opiera się niejako na racjach, które zasadniczo mogłaby rozpoznać i uznać sama zaburzona osoba i które stanowią „fundamentalną osobistą i społeczną fenomenologię schorzeń, z jakimi ludzie przychodzą do szpitala”⁶⁴ (warunków tych nie spełniałyby,

⁶¹ *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*, s. 20. Por. definicja zaburzenia psychicznego podana w czwartym wydaniu *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*, w: R.C. C a r s o n, J.N. B u t c h e r, S. M i n e k a, *Psychologia zaburzeń*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 30n.

⁶² Por. M a d d u x, G o s s e l i n, W i n s t e a d, dz. cyt., s. 10. Por. B o l t o n, dz. cyt., s. 439.

⁶³ Zob. L. N o r d e n f e l t, *On the Nature of Health: An Action-Theoretic Approach*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1995.

⁶⁴ B o l t o n, dz. cyt., s. 437.

przykładowo, dyskomfort obserwatora czy też diagnozowana „z zewnątrz” nieprzewidywalność lub też nieracjonalność). Pojawiają się w niej jednocześnie wyraźnie sformułowane klauzule, które w pewnym sensie odpowiadają na część wątpliwości antypsychiatrów. I tak świadczące o zaburzeniu cierpienie oraz niezdolność realizowania ważnych aktywności odróżnione zostają zarówno od cierpienia i niemożności, które w pewnych sytuacjach są jak najbardziej naturalne (sytuacja żałoby jest tutaj najczęstszym przykładem), jak i od takich ich wzorców, które są właściwe dla danej kultury. Jednocześnie, co ważne, bardzo wyraźnie stwierdza się, że dewiacje i konflikty – a więc te właśnie czynniki, które zdaniem antypsychiatrów naprawdę wyjaśniałyby zdiagnozowanie danej osoby jako psychicznie chorej – same w sobie nie stanowią o zaburzeniu (podobne zastrzeżenie znajduje się także w dziesiątym wydaniu *Międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych*). Jako dysfunkcja – twierdzą Gert i Culver – traktowane mogą być jedynie takie cechy, „które prowadziłyby do konfliktu z każdym społeczeństwem”⁶⁵.

OD ZABURZENIA PSYCHICZNEGO „W OGÓLE” DO KONKRETNEGO ZABURZENIA PSYCHICZNEGO

Definicja zaburzenia psychicznego proponowana w podręczniku Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także sama obecna w nim klasyfikacja, znajdują się z oczywistych względów w samym centrum debat nad aktualnym stanem psychiatrii, w tym również debat prowadzonych z perspektywy filozoficznej. Dyskusje takie bardzo często – jeśli nie wręcz zazwyczaj – mają charakter mniej lub bardziej krytyczny. Wskazuje się na przykład na stale utrzymujący się subiektywizm definicji (odzwierciedlający się chociażby w warunku klinicznej istotności – ang. *clinical significance*⁶⁶) lub też niespójność polegającą na tym, że kryteria diagnostyczne konkretnych zaburzeń, wbrew klauzulom przywoływanym w definicji ogólnej, mniej lub bardziej wyraźnie odwołują się do norm przyjmowanych przez społeczeństwo (standardowym przykładem jest tutaj antyspołeczne zaburzenie osobowości⁶⁷).

Jeżeli chodzi o bardziej ogólne kwestie, to często przedmiotem uwagi staje się ateoretyczny lub też deskryptywny charakter samej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, która już od początku odwołuje się do tradycji Kraepelina, „biorąc przede wszystkim pod uwagę ich [obserwowalny – K.B.] przebieg i przyjmując możliwie jak najmniejszą liczbę założeń dotyczących etiologii,

⁶⁵ Gert, Culver, dz. cyt., s. 421.

⁶⁶ Por. Maddux, Gosselin, Winstead, dz. cyt., s. 10.

⁶⁷ Por. np. Bolton, dz. cyt., s. 439.

patogenezy oraz psychologicznej interpretacji objawów”⁶⁸. Wysiłki takie są oczywiście zrozumiałe w kontekście intencji zapewnienia wspólnego języka i uniknięcia sporów teoretycznych, a także faktu, że dostępne nam dane empiryczne ciągle nie wskazują jednoznacznie na jeden konkretny model patologii⁶⁹. Zarazem jednak rozumienie zaburzenia jako (przede wszystkim) obserwowalnego syndromu zdaje się w istotny sposób ograniczać rozwój dyscypliny, która w swojej standardowej klasyfikacji programowo nie podejmuje pytania o naturę klasyfikowanych zjawisk.

Nie zapominając o istotnych racjach stojących za zasygnalizowanymi powyżej wątpliwościami, trzeba jednocześnie zauważyć, iż nawet krytyczni autorzy przyznają, że pomimo wszystkich swoich słabości *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association* jest podręcznikiem racjonalnie opracowanym, udokumentowanym, opartym na empirycznych badaniach naukowych oraz klinicznie użytecznym⁷⁰ oraz że właściwa mu koncepcja zaburzenia psychicznego jest „prawdopodobnie równie dobra, jeśli nie lepsza niż cokolwiek innego, co do tej pory [w ramach tej definicji – K.B.] proponowano”⁷¹. Zyski płynące z dysponowania wspólną nomenklaturą diagnostyczną, mówiąc krótko, „zdają się przeważać koszty”⁷².

Debaty zatem, jak się zdaje, będą jeszcze – zapewne z pożytkiem dla psychiatrii – nadal trwać, aczkolwiek kierunek ich dalszego rozwoju trudno jest oczywiście przewidzieć. Oczekiwać można jednak, że dyskusje staną się coraz bardziej konkretne (co de facto już się w dużym stopniu zaznacza) – zamiast pytań o naturę zaburzenia psychicznego „w ogóle” stawiane będą pytania dotyczące konkretnych zjawisk klinicznych. Taka zmiana optyki znaleźć może uzasadnienie w pewnych uwagach poczynionych przez Madduxa, Gosselina i Winstead, a także Murphy’ego, którzy pojęcie choroby psychicznej porównywali do – odpowiednio – pojęcia inteligencji oraz pojęcia cennego metalu. Nie istnieje zatem „prawdziwa definicja inteligencji ani też obiektywny i naukowy sposób jej ustalenia. Inteligencja nie jest czymś, co istnieje w ludziach, powoduje, że zachowują się oni w określony sposób i czeka, aż odkryjemy jego prawdziwą naturę. Jest ona natomiast abstrakcyjną ideą definiowaną przez ludzi, którzy posługują się słowami «inteligencja» i «inteligentny», aby opisać pewne ro-

⁶⁸ Wulff, Pedersen, Rosenberg, dz. cyt., s. 143.

⁶⁹ Por. T.A. Widiger, *Classification and Diagnosis: Historical Development and Contemporary Issues*, w: *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*, red. J.E. Maddux, B.A. Winstead, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2005, s. 70.

⁷⁰ Tamże, s. 63 i 79.

⁷¹ Maddux, Gosselin, Winstead, dz. cyt., s. 10. Por. Gert, Cullver, dz. cyt., s. 423.

⁷² Widiger, dz. cyt., s. 79.

dzaje ludzkich zachowań oraz ukryte procesy mentalne, które prawdopodobnie poprzedzają to zachowanie i z nim współwystępują⁷³.

Geneza pojęć takich, jak inteligencja, cenny metal czy też zaburzenie psychiczne, odzwierciedla tym samym pewne normy społeczne, a także korzyści płynące z grupowania w ramach jednej klasy ogólnej pewnych, czasami bardzo od siebie odrębnych zjawisk. Społeczna i normatywna geneza takiej ogólnej klasy – co bardzo trafnie zauważa Murphy – dość dobrze da się pogodzić z obiektywnym i naukowym charakterem wchodzących w jej obręb klas szczegółowych (choć pojęcie cennego metalu nie jest szczególnie przydatne dla chemika, to pojęcia srebra lub złota będzie już jak najbardziej dla niego użyteczne)⁷⁴. Konkretnie zaburzenia psychiczne mogą okazać się relatywnie mniej kontrowersyjne i bardziej podatne na badanie naukowe niż zaburzenie psychiczne „w ogóle”.

⁷³ Maddux, Gosselin, Winstead, dz. cyt., s. 5.

⁷⁴ Zob. Murphy, *Concepts of Disease and Health*; por. tenże, *The Medical Model and the Philosophy of Science*, s. 971.