

Jakub TERCZ

FILOZOFIA W POSZUKIWANIU WŁAŚCIWEGO JEZYKA DLA PSYCHIATRII

II Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne

„Norma / Patologia”

Muzeum Sztuki Nowoczesnej

Warszawa, 20 VI 2015

Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne to cykl konferencji naukowych organizowanych przez Instytut Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, Instytut Filozofii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, mających na celu pogłębioną refleksję nad zdrowiem psychicznym. Gospodarzem warszawskich seminariów jest Muzeum Sztuki Nowoczesnej. Jak dotąd w cyklu tym zorganizowano dwie konferencje: pierwsza z nich odbyła się 18 kwietnia 2015 roku i nosiła tytuł „Psychiatria i filozofia w poszukiwaniu wspólnego języka”, druga zaś zatytułowana była „Norma / Patologia” i miała miejsce 20 czerwca 2015 roku.

Podczas pierwszego seminarium dr hab. Andrzej Kapusta z Instytutu Filozofii UMCS oraz dr Mira Marcinów reprezentująca Instytut Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Instytut Psychologii Akademii Ignatianum zaprezentowali wykład „100-lecie filozofii psychiatrii i początki polskiej psychiatrii”. Odbyły się też dwa panele dyskusyjne zatytułowane: „Style myślenia w filozofii i psychiatrii” oraz „Aksjologiczne wymiary psychiatrii”, którym towarzyszył dwugłos: prof. dr hab. Zofia Rosińska z Instytutu Filozofii UW i prof. dr hab. med. Jacek Wciórka z Instytutu Psychiatrii i Neurolo-

gii w Warszawie wypowiedzieli się na temat „Psychiatria i filozofia w poszukiwaniu wspólnego języka”. Na sali znalazło się około stu trzydziestu słuchaczy.

W czasie drugiego z seminariów miał miejsce wykład prof. dr hab. Zofii Rosińskiej „Poznanie–rozpoznanie–diagnoza”, a następnie odbyły się dwie dyskusje panelowe: „Czy choroba może być wyrazem zdrowia” oraz „Granica między normą a patologią”, którym towarzyszył trójgłos: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro z Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ, dr hab. Andrzej Kapusta i dr Mira Marcinów wypowiedzieli się na temat „Podmiotowość a kryzys psychiczny”. Obradom przysłuchiwało się około dwustu osób.

Pomysł cyklu Otwartych Seminariów Filozoficzno-Psychiatrycznych wyłonił się w ramach trzyletniego uniwersyteckiego seminarium kursowego „Filozoficzne ujęcia doświadczenia” prowadzonego przez prof. dr hab. Zofię Rosińską na Wydziale Filozofii i Socjologii UW w latach 2011-2013 i kontynuowanego w miejscach pozaakademickich w roku akademickim 2013-2014. Początkowo spotkania poświęcone były rozważaniom nad doświadczeniem estetycznym, mistycznym, narkotycznym i psychotycznym. Z czasem największego znaczenia nabrała jednak problematyka związana z ostatnim z nich. Jednym z za-

dań realizowanych przez uczestników spotkań była interpretacja tekstów literackich i poetyckich, których język niejednokrotnie okazuje się bliższy doświadczeniu niż teoretyczny język filozofii. Gośćmi warszawskich seminariów profesor Rosińskiej byli między innymi prof. dr hab. n. med. Jacek Wciórka, dr hab. Grzegorz Pyszczek, prof. Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, dr hab. Andrzej Kapusta, dr Paulina Prus z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, dr Zenon W. Dudek reprezentujący Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia i mgr Tomasz Stawiszyński – redaktor Radia RDC. Wielu uczestników spotkań uczestniczyło potem aktywnie w otwartych seminariach.

Otwarte Seminaria Filozoficzno-Psychiatryczne, jak w czasie pierwszej konferencji przypomniła dr Mira Marcinów, nawiązują także do spotkań odbywających się w latach 1865-1872 z inicjatywy Sekcji Chorób Nerwowych, Umysłowych i Medycyny Sądowej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Ówczesne, dziewiętnastowieczne seminarium kontynuowane było tylko przez siedem lat i zakończyło się wraz z uznaniem chorób umysłowych za kwestię wyłącznie biologiczną, a zatem niepodatną na refleksję humanistyczną czy filozoficzną. W perspektywie historycznej taki czas jest niewystarczający, żeby dokonać się faktyczny postęp idei oraz żeby wypracowane idee wpłynęły na dyskurs zarówno zawodowców, jak i opinii publicznej. Konieczne jest ponawianie dyskusji oraz integracja różnorodnych środowisk związanych z psychiatrią bezpośrednio, jak i sytuujących się na jej obrzeżach.

Otwarte Seminaria Filozoficzno-Psychiatryczne mają status konferencji, organizatorzy dokładają jednak starań, aby wyjść poza ten schemat. Dlatego też nie prowadzą otwartego naboru tekstów i bezpośrednio typują wszystkich prelegentów. Za wyjątkiem wykładów otwierających, w czasie seminaryjnych paneli oraz dwu-

i trójgłosów prelegenci nie prezentują tradycyjnych referatów. Sugerowany czas wypowiedzi panelowych jest krótszy niż zazwyczaj i wynosi od dziesięciu do piętnastu minut. Istotną rolę odgrywają moderatorzy, którzy mają prawo interweniować w trakcie wypowiedzi oraz otwarcie zajmować własne stanowisko, także kontrowersyjne. Taka koncepcja seminarium sprzyja spontaniczności umożliwiającej wypowiedzi, jakie przy zachowaniu popularnej formy referatowej nie byłyby możliwe: są to wypowiedzi niezaplanowane i zawierające treści, na temat których nie można po prostu znaleźć informacji w źródłach. W przypadku każdego z seminariów odpowiedni czas przeznaczony jest na dyskusję panelistów, a także wysłuchanie głosów i pytań ze strony różnorodnej publiczności. Inne zasady dotyczą dwu- i trójgłosów. W czasie dwóch pierwszych seminariów zostały one zaplanowane jako niemoderowane spotkania specjalistów wokół określonych tematów.

Tytuł drugiego Otwartego Seminarium Filozoficzno-Psychiatrycznego „Norma / Patologia” został zainspirowany tytułem jednego z rozdziałów książki Antoniego Kępińskiego *Schizofrenia*. Kępiński zdrowie i chorobę (normę i patologię) pojmował jako continuum o dwóch biegunach bez dającej się ściśle i jednoznacznie określić granicy. W ujęciu krakowskiego psychiatry różnica między tym, co przywykliśmy nazywać normą i patologią, jest ilościowa, a nie jakościowa. Patologia (choroba) oznacza nadmiar lub niedomaganie tych samych jakości, które obecne są w normie (zdrowiu). Psychiatria obcuje zatem z wyjątkowym obszarem człowieczeństwa, zarazem w szczególnie sposób je ukazując. W ujęciu Kępińskiego psychiatria zajmuje się tym, co ludzkie najbardziej (można by rzec, ludzkie aż do przesady), i o tyle, o ile pytanie o człowieczeństwo jako takie znajduje się w jej centrum, jest dziedziną jak najściślej związaną z filozofią. Osoba

chorująca psychicznie zachowuje pełnię ludzkiej godności.

Inspiracja ta nie narzucała się jednak w czasie konferencji. Inaugurując ją, mgr Jakub Tercz z Instytutu Filozofii UW podkreślił, że jej tytuł można, a być może nawet powinno się interpretować wielorako. Z istotnie rozbieżności należy zaś pojmować jako wartość. „Powinna tutaj być nie tylko dyskusja, ale dyskusja otwarta, pozostawiająca problematyczność obu tych terminów. Stąd każda propozycja, którą dziś usłyszymy, powinna być traktowana jako ważna, godna rozpatrzenia, i tworzyć pewien horyzont, w którym możemy się orientować, myśląc o tym, co jest zwykle i niezwykle czy nadzwyczajne”. Tercz zwrócił uwagę także na sprzyjającą otwartemu podejściu neutralność miejsca, w którym odbywają się warszawskie seminaria, a którym jest Muzeum Sztuki Nowoczesnej, nienależące ani do świata medycyny-psychiatrii, ani do świata akademii-filozofii. Na zakończenie części wstępnej seminarium odtworzona została *Odezwa do psychoneurotyków*, wiersz Kazimierza Dąbrowskiego, odczytany przez Leszka Sznytera, pochodzący z audycji „Radiowy Słownik Higieny Psychiczej” nagrywanej w latach 1984-1985 dla IV Programu Polskiego Radia, a zainicjowanej przez dr. hab. Tadeusza Kobierzyckiego, prof. Uniwersytetu Muzycznego Fryderyka Chopina.

Pierwsza wypowiedź merytoryczna należała do prof. dr hab. Zofia Rosińskiej, która przedstawiła wykład „Poznanie–rozpoznanie–diagnoza”. W jego pierwszej części prelegentka przedstawiła w historycznym przekroju różnorodne więzi łączące psychiatrię (kategorię szaleństwa) z filozofią i ogólnie kulturą europejską. Zwróciła uwagę, że związki te mają tradycję nie stu pięćdziesięcioletnią, ale są w naszej kulturze obecne od samego jej zarania. Filozofowie ujmowali szaleństwo na wiele różnych sposobów, między innymi jako źródło wiedzy transcendentnej, wirus

epistemologiczny, nie-rozum, przedmiot poznania czy środek ekspresji. Profesor uwzględniła także literackie przykłady szaleństwa udawanego (jakich dostarczają Odyseusz w utworze Homera czy Szekspirowski Hamlet). Mówiła też o różnych losach walki rozumu z nie-rozumentem, przytaczając przy tym fragmenty pism Epikteta, Platona, Ajschylosa, Arystotelesa, Filona Aleksandryjskiego, Michela de Montaigne’a, Friedricha Schellinga i Antoniego Kępińskiego. Przypomniała także szczególną rolę nie-rozumu w ideach ruchów surrealistycznego i antypsychiatrycznego. Powołując się na Michela Foucaulta, Jacques’a Derridę oraz polskiego psychiatrę Stanisława Płużyńskiego, profesor Rosińska szczególną uwagę poświęciła kontrowersyjnej tezie, w myśl której Kartezjusz dokonał w siedemnastym wieku „zamachu na szaleństwo”, polegającego na wykluczeniu szaleństwa ze sfery tego, co poznawalne. W konsekwencji – referowała Profesor – nastąpiło przerwanie dialogu między filozofią a psychiatrią, rozumem a nie-rozumentem. Twierdzenie to stało się przedmiotem dyskusji po zakończeniu wykładu, zainicjowanej przez prof. dr hab. Jana Hartmana z Collegium Medicum UJ, który argumentował, że właśnie od czasów Kartezjusza szaleństwo staje się elementem rozważań epistemologicznych oraz istotnym punktem odniesienia dla teorii poznania.

W części drugiej wykładu, zatytułowanej „Trudności diagnozowania psychiatrycznego”, profesor Rosińska mówiła między innymi o problemach związanych z diagnozą psychiatryczną oraz o historycznych przemianach klasyfikacji europejskiej ISD-10 oraz amerykańskiej DSM-V. Przypomniała zainspirowany wykładem Ronalda D. Lainga kontrowersyjny eksperyment Davida Rosenhana z roku 1973. Podsumowanie tej części wykładu stanowił cytat pochodzący z książki Stanisława Płużyńskiego: „Termin diagnostyczny «choroba

psychiczna», chociaż odegrał pozytywną rolę w rozwoju wiedzy o zaburzeniach psychicznych i pozycji psychiatrii jako działu medycyny klinicznej – w miarę upływu czasu stał się pojęciem anachronicznym. Ponieważ jego treść ani granice nigdy nie były w sposób poprawny określone, zaczął służyć do maskowania niewiedzy o przyczynach zaburzeń psychicznych. Bywał nadużywany do celów niezgodnych z jego pierwotnym przeznaczeniem, wykorzystywany do «etykietowania» osób, których zachowanie nie mieściło się w akceptowanych dla danej społeczności konwencjach, niekiedy przyczyniał się do społecznego wykluczania tych osób¹. Profesor apelowała w tym kontekście o podejmowanie wysiłku pogłębionego kontaktu z pacjentami psychiatrycznymi, który wykracza poza dominujące metody klasyfikacyjne.

W części trzeciej swojego wykładu profesor Rosińska przedstawiła różnorodne podejścia filozoficzne do kwestii rozpoznawania. Mówiła zatem o sensach rozpoznawania, jakie odnaleźć można w *Poetyce* Arystotelesa (o rozpoznaniu samego siebie przez aktora oraz o rozpoznawaniu aktora przez widza, o rozpoznawaniu innego, okoliczności czy akcji), w Biblii (o rozpoznawaniu Boga w płonącym krzaku przez Mojżesza w Księdze Wyjścia), czy w dziełach Marcela Prousta. Rozpoznawać – referowała prelegentka za Arystotelesem oraz hermeneutami – można na różnorodne sposoby, na przykład za pomocą: znaku blizny, znamienia, poprzez zapachy, symbole, za pomocą percepcji i pamięci. Za Paulem Ricoeurem wyróżniła hermeneutykę pierwotną, opierającą się na doświadczeniach egzystencjalnych i wiedzy w nich zawartej, którą francuski filozof

nazywał *doxa*, oraz hermeneutykę wtórną, która opierając się na tych doświadczeniach, rozpoznaje zaburzenie, kryzys i poddaje go interpretacji. Przytoczona została także myśl Henri Bergsona, który badał rozpoznawanie wspomnień, na bazie których budowana jest tożsamość, oraz Hegla, który rozpatrywał rozpoznanie jako walkę o bycie rozpoznany i uwzględniał przy tym roszczenie do rozpoznania jako nie abstrakcyjnego, lecz „realnego urzeczywistnienia wolności”. Jako szczególny przykład rozpoznania siebie prelegentka wskazała także doświadczenie mistyczne.

W ten sposób wszyscy uczestnicy seminarium wprowadzeni zostali w wielowiekową tradycję rozważań nad normą i patologią oraz nad poznawczymi dylematami pojawiającymi się wraz z próbą uchwycenia fenomenu ich granicy.

Po skróconej przerwie odbył się moderowany przez mgr. Tomasza Stawiszynskiego panel dyskusyjny „Czy choroba może być wyrazem zdrowia?”, który otworzył prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro. W swojej wypowiedzi zatytułowanej „Choroba jako dobro” przedstawił on społeczne pro et contra chorowania (rozumianego tu szerzej niż tylko jako chorowanie psychiczne). Profesor przywołał przypadki znane z własnej praktyki, między innymi historię pani Anieli chorującej na owrzodzenie nogi, uparcie jednak odmawiającej podjęcia leczenia, i wskazał, jakie „korzyści” generuje tego rodzaju przypadek: Pani Aniela dzięki chorobie uzyskuje władzę emocjonalną nad bliskimi, koncentruje na sobie uwagę otoczenia, jej choroba jest głównym tematem spotkań rodzinnych, a kobieta może dzięki niej doznać miłości synów i męża, którzy namawiają ją do podjęcia leczenia, spotykając się jednak z wyrażaną z wyższością odmową. Określone „korzyści” są także obecne po stronie rodziny, której członkowie czują się potrzebni, dobrzy, troskliwi i okazują miłość matce, mimo że w innych okolicz-

¹ S. P u ż y Ń s k i, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 41(2007) nr 3, s. 307.

nościach mają wobec niej ambiwalentne uczucia. W efekcie dochodzi do poprawy komunikacji emocjonalnej. Wszyscy natomiast czerpią tę korzyść, że pozostałe problemy schodzą na drugi plan. Uogólniając – podsumował prelegent – istnieją sytuacje, w przypadku których należy zapytać: Co by się stało, gdyby danego problemu nie było? Co musiałoby się stać, żeby dobro uzyskiwane dzięki chorobie uzyskać mniejszym kosztem? Tak zatem można również pojmować przewartościowanie tytułu „Choroba jako dobro”.

Następnie głos zabrał prof. dr hab. Paweł Łuków reprezentujący Instytut Filozofii UW. Nawiązując do tradycji anglosaskiej, prelegent odróżnił chorobę (ang. disease) od chorowania (ang. illness). Subiektywnego poczucia chorowania, które oznacza tylko to, że „coś jest nie tak”, nikt nie może podważyć mimo braku intersubiektywnego charakteru tego odczucia. Określenie „being unwell” oznacza z kolei „czuć się źle”. To zaś, jako coś „złego”, pociąga różnorodne odniesienia moralne. Prelegent wyróżniał cechy chorowania ujmowanego od strony moralnej: (1) w kulturze pojawia się „umoralnianie” choroby (na przykład pojmowanie jej jako interwencji z zewnątrz); (2) zło chorowania utrudnia realizację zamierzeń czy rozpoznawanie otoczenia; (3) towarzyszące chorowaniu poczucie, że „coś jest nie tak”, ma charakter totalny, dotyczy człowieka jako całości bytu; (4) chorowanie zawsze jest kontekstowe, głównie biograficzne, a zatem w każdym przypadku jest wyjątkowe, niepowtarzalne. Profesor Łuków konkludował, wskazując, że nieredukowalność do intersubiektywności, wymiar moralny, totalność, i wyjątkowość chorowania psychicznego powodują, iż odnośnienie do niego pojęć „normalny” i „patologiczny” jest problematyczne. Istotną rolę odgrywają zatem analizy konkretnych przypadków (ang. case studies), będących zawsze osobliwościami. Stąd też wskutek

każdorazowej wyjątkowości chorowania pojawia się problem dotyczący diagnozy, wskazania na ogólną chorobę (ang. disease): choroba jest bowiem ogólna, ale chorowanie pozostaje indywidualne. Na to właśnie wskazywał tytuł wypowiedzi profesora Łukowa „Chorowanie jest pewne, choroba wątpliwa”. Prelegent wskazał też, że być może należałoby mówić nie o chorobie czy zaburzeniu psychicznym, ale o tym, jakiego rodzaju krzywdą daną osobę spotkała. W ten sposób jednak, mówiąc o krzywdzie, wkraczamy na grunt filozofii moralności.

Trzecią wypowiedź w tym samym panelu, zatytułowaną „Choroba jako proces kulturowej inicjacji” przedstawił dr Zenon W. Dudek. Doktor Dudek scharakteryzował najpierw mechanizm odzwierciedlenia – jednej z podstawowych technik stosowanych w psychoterapii. Odzwierciedlenie polega na pokazywaniu pacjentowi jego własnych, chociaż niedostrzeganych na co dzień, idei, wyobrażeń czy wspomnień. Terapeuta staje się niejako lustrem, w którym pacjent może zobaczyć sam siebie. Analogiczny mechanizm zachodzi w przypadku relacji między dzieckiem a dorosłymi (tak zwanymi osobami znaczącymi). Odzwierciedlenie, podkreślał prelegent, nie ma końca. Obecne jest także w obszarach pozapsychologicznych czy pozaterapeutycznych, takich jak filozofia, nauka czy kultura, w których można przejrzeć się i zobaczyć siebie w nowy sposób.

Zdaniem doktora Dudka szczególną rolę odgrywa perspektywa kulturowa, w niej zaś najważniejsza (możliwie najbardziej adekwatna, użyteczna czy inspirująca) jest droga odzwierciedlenia poprzez mity, droga bohaterów kulturowych, przekazywana w opowieściach i literaturze. Prelegent precyzował swoje stanowisko: realne osoby są nie tylko osobami, ale także bohaterami o tyle, o ile wywołują w nas szczególną emocję, wdzierają się w rzeczywistość psychiczną, o ile nie można

się od nich uwolnić. Stanowią one „punkty krystalizacyjne” w naszej osobowości, w naszej tożsamości, których nie możemy z niej usunąć. To one określają, kim jesteśmy oraz kim możemy być – a także to, co terapeuta może zrobić z pacjentami. Tak rozumiane punkty krystalizacyjne są konieczne, aby człowiek mógł przejść inicjację kulturową. Istnieje jednak – przestrzegaj doktor Dudek – inicjacja pozytywna oraz inicjacja negatywna. Do tej drugiej dochodzi, gdy mit czy bohater oddziałuje na pacjenta w sposób nieświadomy i gdy pacjent nie może się w nim przejrzeć: „Choroba to mit, który nie został rozpoznany”. W przypadku inicjacji pozytywnej natomiast tożsamość indywidualna odnajduje się w szerszej tożsamości.

Następnie głos zabrała dr Mira Marcinów. Tytuł swojej wypowiedzi – „Choroba jako wyraz «utrudzonego zdrowia»” – zaczerpnęła z pism Kazimierza Dąbrowskiego, znanego przede wszystkim jako twórcy teorii dezintegracji pozytywnej. W ujęciu Dąbrowskiego – przypomniawszy doktor Marcinów – dezintegracja może być pozytywna (w przypadku psychonerwicy), ale także negatywna (gdy nie prowadzi do rozwoju). Dezintegracja, o ile jest pozytywna, skutkuje zmianami, wprowadza osobowość na wyższy poziom. Psychonerwica stanowi czysty przejaw dezintegracji pozytywnej i w tym sensie może być wyrazem „utrudzonego zdrowia”. Zdaniem Dąbrowskiego istnieje w człowieku „pasja rozwoju” prowadząca do stanów lękowych, depresyjnych czy obsesyjnych. Radykalność stanowiska zajmowanego przez Dąbrowskiego polega na tym, że na gruncie jego poglądów nie ma innej drogi rozwoju (szczególnie rozwoju przyspieszonego) niż konflikt (zewnątrzny i wewnętrzny) – a zatem pewna patologia stanowi warunek osiągnięcia normy, jest krokiem na drodze do normalności.

Doktor Marcinów wyróżniła możliwość zajęcia wobec dezintegracji (patologii) dwóch różnych stanowisk: stanowiska me-

dykalizującego, łączonego z hasłem „don't worry, be happy”, w myśl którego wszelki niepożądany stan psychiczny należy możliwie szybko usunąć, oraz stanowiska demedykalizującego (bliskiego poglądom Kazimierza Dąbrowskiego), wiążanego z hasłem mniej popularnym – „worry, be happy”, w myśl którego stany takie mają swoje sensowne miejsce w całości życia, o ile w życiu ma się dokonywać rozwój. W przypadku pierwszym doświadczenia pozornie niemedyczne zostają włączone w narrację psychiatryczną. Przykładowo – mówiła prelegentka – każda z pięciu emocji podstawowych wyróżnionych przez Paula Ekmana może zostać kolejno przekuta w zaburzenie lub chorobę psychiczną: odczucie smutku – w depresję, radość – w manię, strach – w zaburzenia lękowe, wstręt – w anoreksję, gniew – w zaburzenia osobowości o charakterze antyspołecznym. Z drugiej strony istnieją procesy demedykalizacji polegające na wyłączaniu pewnych doświadczeń czy stanów psychicznych z obszaru zainteresowania psychiatrycznego. Przykładowo, tęsknota za „końcem wieku” na przełomie dziewiętnastego i dwudziestego stulecia była zaburzeniem psychicznym przejawiającym się jako ból związany z nostalgią. Znane są także historie demedykalizacji homoseksualizmu, masturbacji, paroksyzmu histerycznego czy drapetomanii. Nie można jednak, podkreślała doktor Marcinów, jednoznacznie rozstrzygnąć, który język (medyczny czy niemedyczny) jest bardziej adekwatny, który opis jest lepszy. Wybrać należy ten, który będzie zachowywał najwyższy poziom sprawstwa podmiotu, nawet gdyby miały to być opisy skrajnie medykalistyczne. W konkluzji prelegentka zwróciła uwagę, że pełna demedykalizacja doprowadziłaby do znacznego zubożenia języka, słownik medyczny pełni bowiem ważną funkcję także poza kontekstem medycznym.

Po kolejnej przerwie zebrali się uczestnicy trójgłosu, który dotyczył tematu

„Podmiotowość a kryzys psychiczny”. Na początku podjęto próbę zdefiniowania pojęć zawartych w samym tym tytule. Dr hab. Andrzej Kapusta wprowadził wstępne odróżnienie podmiotu (osobowe „kto?”) od przedmiotu (rzeczowe „co?”). Podmiotowość powiązał z osobą, pacjentem, z perspektywą pierwszoosobową, perspektywą tego, kto jest sprawcą swoich działań i myśli oraz jest za nie odpowiedzialny. Pytanie, na które powinniśmy odpowiedzieć – wskazywał dyskutant – brzmi: Czy kryzys odbiera podmiotowość, jeśli tak, to na jakich poziomach? Dr Mira Marcinów z kolei zauważyła, że w tytule dyskusji kryje się paradoks, ponieważ być podmiotem jakiegoś zachowania oznacza mieć przekonanie o ponoszeniu odpowiedzialności za działanie i posiadaniu na nie wpływu, w kryzys zaś wpisana jest utrata kontroli nad swoim zachowaniem – powszechnie bowiem uważa się, że kryzysu psychicznego nie można samotnie wywołać ani przezwyciężyć. Profesor de Barbaro wskazał z kolei na inne, etyczne rozumienie podmiotu: podmiot to ktoś, kogo obdarzamy szacunkiem, ktoś, kto dysponuje wolnością, jest człowiekiem godnym i jako taki jest przeżywany. Dyskutant ten odróżnił także (etycznie rozumianą) podmiotowość od poczytalności i przypomniał przypadki Andersa Behringa Breivika oraz Karola Kota, którzy – jego zdaniem – być może byli niepoczytalni, ale nie utracili swojej podmiotowości. W przypadku kryzysu psychicznego to zatem nie podmiotowość jest ograniczana, lecz sprawczość bądź poczytalność.

Dyskutanci wspólnie zwrócili uwagę na fakt, że psychiatria nie zajmuje się wyłącznie kryzysami psychicznymi (przykładowo, nie jest kryzysem choroba Alzheimera). Zadeklarowali, iż bliska im jest przywoływana już tego dnia narracja, w myśl której kryzys może być etapem rozwoju, przy czym – ostrzegął profesor de Barbaro – może to być także zakręt,

z którego człowiek nigdy nie wychodzi. Zgodnie podkreślono niebezpieczeństwo gloryfikacji kryzysu. Kryzys jest cierpieniem i pomoc – psychologiczna, rodzinna, farmaceutyczna – odgrywa w jego przezwyciężeniu ważną rolę. Powrócił także temat dyskutowany podczas wcześniejszej części sesji: Czy można uzyskać tę samą korzyść mniejszym kosztem, bez choroby bądź bez kryzysu? Profesor de Barbaro naświetlił mechanizm powstawania kryzysu: Jeśli rozwój, będący częścią ludzkiego losu, oznacza zmianę, a zmiana wiąże się z koniecznością robienia czegoś innego niż dotąd, czegoś, w czym człowiekowi brak jest doświadczenia właśnie dlatego, iż rzecz ta jest dla niego nowa, to z konieczności okazuje się ona dla niego również trudna. Gdy pojawia się nasilenie trudności, nieumiejętność wykonywania danej czynności jeszcze się pogłębia.

Ostatni panel, moderowany przez prof. Zofię Rosińską, nosił tytuł „Granica między normą a patologią”. Pierwsze wystąpienie należało do dr Pauliny Prus. W referacie „„Bo talent to jest dzięki zwierzę”». Problem normy i patologii w refleksji nad procesem twórczym Stanisława Zagajewskiego” prelegentka przedstawiła w skondensowanej postaci problematykę swojej rozprawy doktorskiej i nakreśliła sylwetkę Stanisława Zagajewskiego, kontrowersyjnego artysty rzeźbiącego w glinie. Celem jej pracy było uchwycenie społecznych i kulturowych aspektów twórczości Zagajewskiego oraz wyjaśnienie, czym jest obecna w jego dziele „rzeczywistość symboliczna”. W punkcie wyjścia doktor Prus nie zamierzała odnosić się do psychopatologii (należącej do paradygmatu nauk przyrodniczych), a zatem przedmiotem jej namysłu nie miało być zdrowie psychiczne. Niemniej rozważenie podjętego przez nią zagadnienia okazało się niemożliwe bez odwołania się właśnie do psychopatologii. Jak pisał Carl G. Jung, trudno znaleźć wielkiego człowieka, który

za „Bożą iskrę” nie musiałby zapłacić wysokiej ceny. Tak też było w przypadku Zagajewskiego, który całą swoją tożsamość oparł na pracy twórczej, co przejawiało się w jego społecznym niedostosowaniu. Zdaniem Junga talent odbiera artyście podmiotowość i każe mu podporządkować się procesowi twórczemu. Prelegentka wskazała w tym punkcie na analogie między wypowiedziami szwajcarskiego psychiatry a słowami Zagajewskiego „talent to jest dziekie zwierzę”. W świetle ich poglądów jasne jest, dlaczego twórcy, szczególnie twórcy-wizjonerzy, żyją na granicy norm społecznych i z tego powodu cierpią wskutek wykluczenia. Doktor Prus podkreśliła jednak, że społeczność ich potrzebuje, ponieważ właśnie dzięki nim może umocnić własną tożsamość. Poprzez ich twórczość, poprzez kontrast, sama może się zdefiniować.

Tematem wypowiedzi zatytułowanej „Psychiatra na granicy: celnik, strażnik, konsul czy turysta?”, którą przedstawił dr n. med. Tomasz Szafranski reprezentujący czasopismo („Psychiatra. Pismo dla praktyków”), były liczne role społeczne związane z funkcjami wykraczającymi poza obowiązki lekarza, a odgrywane przez osoby wykonujące zawód psychiatry. W punkcie wyjścia doktor Szafranski nawiązał do tematu panelu, stawiając problem umowności granic między normą a patologią. Zwrócił uwagę na dominujące dziś dwa modele określania tej granicy – model oparty na pomijaniu etiologii na rzecz objawów oraz model opierający się na statystyce. Przykładem działania drugiego modelu jest wrażenie rozpowszechnienia się zaburzeń psychicznych w Unii Europejskiej między rokiem 2005 a 2011, którego powodem jest rozszerzenie kryteriów tych zaburzeń (między innymi o uzależnienie od nikotyny). Zadanie psychiatry nie jest więc jasne i bywa on obsadzany w różnych rolach – może na przykład stać się strażnikiem politycznym, jak niegdyś w Związku Radzieckim czy później w krajach postko-

munistycznych, a w niektórych sytuacjach nawet współcześnie. Jawi się on również jako konsul bądź celnik wydający formalne opinie sądowo-psychiatryczne, w oparciu o które zapada decyzja o ubezwłasnowolnieniu danej osoby czy o umieszczeniu jej w domu opieki społecznej. Psychiatra decyduje zatem o uzyskaniu prawa wstępu do określonego miejsca, tyle że na ogół dotyczy to ruchu w jedną stronę, umieszczenia człowieka w placówce, którą trudno mu będzie opuścić. W pewnym sensie psychiatra jest również turystą – przemieszcza się między różnymi kontekstami kulturowymi, społecznymi czy statystycznymi, a zatem granica między normą a patologią, z którą obcuje, jest z konieczności polimorficzna.

Doktor Szafranski przypomniał też niewątpliwie ważne, aczkolwiek mało znane pojęcie sanizmu. Sanizm to zjawisko analogiczne do rasizmu czy seksizmu, tyle że dotyczy ukrytych założeń i uprzedzeń dotyczących osób z zaburzeniami psychicznymi. Poddając się sanizmowi, bezrefleksyjnie zakładamy, że osoby te są nieobliczalne, głupie, leniwe, przesadne, wykazują prymitywną moralność, są zboczone, nie mają samokontroli i bez wyjątku są bardziej niebezpieczne od osób nieprzejawiających zaburzeń. Ten stereotyp oraz jego konsekwencje sprawiają, że ludzie ci traktowani są jako obywatele drugiej kategorii. Sanizm – przestrzegaliśmy prelegent – widoczny jest niekiedy także u psychiatrów występujących w mediach w roli ekspertów.

Słowo końcowe należało do dr. hab. Andrzeja Kapusty, który starał się zebrać w swoim wystąpieniu najważniejsze kwestie poruszone podczas seminarium, a swoje wystąpienie zatytułował: „Czy potrzebujemy definicji choroby psychicznej?”. W nawiązaniu do wcześniejszej wypowiedzi profesora Łukowa, zaproponował przemyślenie pewnej odmiany nominalizmu, zgodnie z którym istnieją osoby chorujące,

ale nie istnieją choroby psychiczne. Samo pojęcie choroby psychicznej – podkreślił – dobrze ujmują słowa, które św. Augustyn wypowiedział na temat czasu: „Cóż więc jest czas? Jeśli nikt mnie nie pyta, wiem; jeśli pytającemu objaśnić chcę, nie wiem”². Profesor Kapusta zaproponował interesującą analogię między oceną psychiatryczną a sądem estetycznym. Otóż pytając o wartość dzieła sztuki, próbując je ocenić, pozostajemy otwarci na możliwą różnicę zdań czy też dyskusyjność. Dzieło może się podobać lub nie – i nie można w takim przypadku rościć sobie prawa do oceny ostatecznej. Podobnie ma się rzecz z oceną psychiatryczną. Zarówno w sztuce, jak i w psychiatrii granica między normą a patologią nie jest jednoznaczna. Te same osoby mogą zostać ocenione (zdiagnozowane) inaczej ze względu na liczne czynniki, czasem także subiektywne.

Profesor Kapusta nawiązał także do wypowiedzi dr. Tomasza Szafrąńskiego. Podkreślił, iż systemy klasyfikacji nie pełnią funkcji wyłącznie kliniczno-naukowych, ale również administracyjne, statystyczne, prawne czy praktyczne. Przykładowo, słynna sprawa Breivika ujawniła, że systemy te służą nie tylko medycynie, ale są zależne od uwarunkowań prawnych. Można zatem postawić radykalną tezę, że klasyfikacje są w ogóle niepotrzebne. Istnieje przecież uwarunkowanie będące pochodną paradygmatu czy modelu, tych zaś istnieje wiele. Doktor Kapusta wyróżnił trzy spośród nich: (1) model medyczno-biologiczny – gdzie norma i patologia (zdrowie i choroba) definiowane są poprzez funkcjonalność i dysfunkcję biologiczną z pominięciem wszystkich pozostałych czynników; (2) model mieszany – gdzie choroba to biologiczna dysfunkcja o tyle, o ile pociąga za sobą innego rodzaju szkody, na przykład w obszarze

życia społecznego (najbliższa DSM-V); (3) model społeczno-kulturowy, w myśl którego zarówno kryterium biologiczne, jak i kryterium funkcjonowania społecznego, jest niewystarczające. Typowym przedstawicielem ostatniego z wymienionych stanowisk jest Thomas Szasz, autor pracy *The Myth of Mental Illness*³. W myśl jego poglądów pojęcie „choroba psychiczna” jest ekstrapolacją pojęcia „choroba”, które należy do dziedziny medycyny i wymaga określenia markerów biologicznych – tych natomiast, jak podkreślał doktor Kapusta, w przypadku schizofrenii czy depresji do dziś nie zidentyfikowano. Dlatego też Szasz twierdzi, że choroba psychiczna jest mitem, chociaż – o czym nie należy zapominać – nie jest nim cierpienie.

Konferencja zakończyła się projekcją filmu *Asylum*⁴, poprzedzoną odsłuchaniem kilkuminutowego wprowadzenia nagranych specjalnie dla uczestników seminarium przez mieszkającego w Nowym Jorku Richarda W. Adamsa, operatora kamery i montażystę dokumentu. *Asylum* to film dokumentalny przedstawiający życie codzienne osób doświadczających kryzysu psychicznego w londyńskim domu-schronieniu, będącym alternatywą dla opieki szpitalnej bądź środowiska rodzinnego. W filmie pojawia się także Laing, którego myśl stanowiła inspirację dla organizacji tej placówki.

W ramach struktur Otwartych Seminarium Filozoficzno-Psychiatrycznych 25 lipca została zorganizowana powtórna projekcja filmu *Asylum*, której towarzyszył wykład „Filozoficzne podstawy psychiatrii R.D. Lainga” zaprezentowany przez mgr. Jakuba Tercza oraz panel dyskusyjny „Dokument między psychiatrią a rzeczywisto-

² Św. Augustyn, *Wyznania*, tłum. M.B. Szyszko, Hachette, Warszawa 2008, s. 440.

³ Zob. T.S. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Granada, London 1981.

⁴ *Asylum*, Wielka Brytania, 1972, reż. P. Robison.

ścią”, w którym obok Richarda W. Adamsa głos zabrali dr Piotr Schollenberger z Instytutu Filozofii UW oraz dr n. med. Dariusz M. Myszką z Katedry i Kliniki Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Natomiast w dniach 12-13 listopada w Lublinie będzie miało miejsce III Otwarte Seminarium Filozoficzno-Psychiatryczne zatytułowane „Diagnozy współczesności”.

Wszystkie wyżej wymienione działania zdaje się łączyć poszukiwanie (tworzenie?) możliwie najbardziej adekwatnego języka do opisu przedmiotu psychiatrii, czyli szeroko rozumianego kryzysu psychicznego, z uwzględnieniem narracji dominujących, ale pozbawionego refleksji podporządkowania im pozostałych. Służy temu zbieranie, prezentacja i omawianie

wielu narracji, integracja różnorodnych środowisk w obrębie samej psychiatrii oraz sytuujących się na jej obrzeżach lub poza medycyną. Do celu drugorzędnego – nie ze względu na wagę, ale ze względu na trudność zagadnienia – należy zaliczyć próby dokonywania jednoznacznych rozstrzygnięć, które wymagają wyjątkowej ostrożności. W przyszłości nie należy jednak ich pomijać. Powinien im przyświecać krytyczny stosunek do dominujących trendów oraz do decyzji państwowych-systemowych, które nie zawsze służą dobru osoby i wyrażają dla niej szacunek. Stąd szczególna rola filozofii, która z założenia ma funkcję „strażnika aksjologicznego”, a zarazem dziedziny fundującej i ujawniającej możliwie szeroki horyzont całości podejmowanego zagadnienia.