

Antropologiczne zwierciadło psychiatrii

Prace
Kulturoznawcze XVIII
Wrocław 2015

Od swoich ponurych początków psychiatria rozumiana jako dziedzina medycyny oraz istotny zakres życia społecznego jest ważnym przedmiotem refleksji humanistycznej. Nie oznacza to wyłącznie, co warto wyraźnie podkreślić już na wstępie, że psychiatria stanowi ciekawy, ponieważ wyjątkowy kulturowo i politycznie fenomen. Psychiatria, podobnie jak inne „kontrowersyjne” dziedziny medycyny, na przykład onkologia, jest szczelnie obudowana zestawem potocznych wyobrażeń i symbolicznych reprezentacji, które skutecznie stygmatyzują pacjentów. „Szaleńcy”, „czubki” i „wariaci” to tylko niektóre określenia bardzo licznej i zróżnicowanej grupy pacjentów, którzy cierpią na zaburzenia nastroju, depresję, schizofrenię, starczą demencję albo walczą z uzależnieniami oraz dziesiątkami innych chorób.

Antropologia, filozofia, socjologia czy nauki o polityce nie mogą psychiatrii traktować jako neutralnego elementu medycznego krajobrazu, badając jedynie jego wyjątkowe fenomeny. Psychiatria, wolna od decydującego w naukach medycznych kryterium obiektywności i empirycznej weryfikowalności, wymaga szczególnego namysłu. Dotyczy bowiem bardzo ważnej kwestii: stosunku zdrowej większości do mniejszości ludzi chorych, czyli przede wszystkim słabszych. Ta relacja oparta jest na absolutnie podstawowym pytaniu współczesnej humanistyki: jak postrzegana jest słabość? Czy jest świadectwem klęski w świecie „nieskończonych szans i możliwości”, czy może raczej motywuje do działania i pomocy dla tych, którzy mają więcej siły?

¹ Artykuł jest częścią projektu badawczego pt. „Psychopolitics: Mental Health and Democratic Transformation in Poland after 1989”, wspieranego i finansowanego przez The Kościuszko Foundation New York, Institut für die Wissenschaften vom Menschen oraz Open Society Institute New York.

Choroba psychiczna nie ma żadnych specjalnych cech zewnętrznych, co nie znaczy, że nie oddziałuje na otoczenie osoby chorej. Mimo systematycznego rozwoju społeczeństwa terapeutycznego, zwłaszcza na zachodzie Europy i w USA, status choroby psychicznej jest radykalnie różny od schorzeń somatycznych. Chory psychicznie nie tyle cierpi i potrzebuje pomocy, ile przede wszystkim jest zagrożeniem, przed którym należy się bronić. Inność, niezależnie wewnętrzna czy zewnętrzna, generuje różne reakcje. Niekoniecznie agresywne czy jednoznacznie wykluczające. Jednak głośno manifestowane na przykład współczucie, pozbawione jednocześnie właściwości indywidualnej i społecznej inkluzji, stygmatyzuje nie mniej niż wulgarne wyzwiska. Strategia współczucia w świecie zinstrumentalizowanej inności jest zdecydowanie nieskuteczna. To tylko rytualne powtarzanie pustego gestu, które nie zmienia przyczyn stygmatyzacji i wykluczenia. Inność jest niebezpieczna, bo społecznie i kulturowo „niestandardowa”. Dlatego lepiej inność separować, niż próbować ją zrozumieć.

* * *

Bardzo udaną próbą krytycznej refleksji nad współczesną psychiatrią stanowi słabo znana w Polsce *Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*, Tanii M. Luhrmann². Od chwili publikacji minęło blisko piętnaście lat, co w świecie nauk medycznych jest całą epoką, dlatego omówienie książki Luhrmann zaczynam od prezentacji kilku porządkujących uwag, zakreślając jednocześnie historyczne i polityczne tło jej rozważań. W kolejnych częściach przedstawiam i obszernie komentuję *Of Two Minds* nie tyle jako kolejną obowiązkową lekturę każdego antropologa, ile wciąż aktualny, zwłaszcza w Polsce, przyczynek do krytycznej refleksji nad publicznym statusem psychiatrii. Mimo wszystkich różnic między amerykańskim i polskim systemem ochrony zdrowia, prezentacja książki Luhrmann ma jeden podstawowy cel. Zwrócenie uwagi na bolesny w swojej istocie fakt, że psychiatria stanowi ten obszar medycyny, który w bezpośredni sposób weryfikuje najważniejsze założenia demokratycznego świata wartości. Tania Luhrmann, chociaż w *Of Two Minds* zajmuje się przede wszystkim systemem kształcenia amerykańskich psychiatrów, nie ucieka od bardziej kwestii bardziej ogólnych. W *Of Two Minds* psychiatria jest rodzajem zwierciadła, w którym odbija się współczesne społeczeństwo z wszystkimi swoimi paradoksami, sprzecznościami i zagadkami.

² T.M. Luhrmann, *Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry*, New York 2000.

I. Labirynt medykacji

Książka Luhrmann pojawiła się na amerykańskim rynku, bardzo specyficznym ze względu na kulturę psychiatryczną, w szczególnym czasie. Krytyka dominującego co najmniej od lat 90. paradygmatu biomedycznego w psychiatrii, kiedy to amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (NIMH) uroczyście zainicjował „Dekadę mózgu”, stała się wówczas lepiej słyszalna od głosów konserwatywnych klinicystów i zwolenników terapii opartych na farmakologii oraz izolacyjnym leczeniu szpitalnym.

Przełom XX i XXI wieku oraz pierwsze dziesięciolecie to także czas bezprecedensowych paradoksów w psychiatrii. Z jednej strony systematycznie pojawiające się krytyki „cudownych tabletek”, jak valium, prozac czy clozaril, oraz zmasowany atak na DSM, czyli najważniejszy podręcznik biomedycznej psychiatrii, zwiększający z każdą kolejną edycją katalog chorób i zaburzeń psychicznych³. Z drugiej zaś strony jest to czas triumfu przekonania, systematycznie wzmacnianego przez armię ponad trzydziestu dwu tysięcy amerykańskich psychiatrów (jedną trzecią wszystkich praktykujących na świecie!) i niezliczone ilości terapeutów, że na każdą wątpliwość, codzienną trudność, troskę czy problem można szybko znaleźć lekarstwo. Wspólnym mianownikiem jest tutaj zjawisko i proces m e d y k a l i z a c j i — socjologiczne i polityczne tło rozważań Tanii Luhrmann.

Medykacja oznacza nie tylko systematyczne rozszerzanie katalogu chorób i zaburzeń, lecz także budowanie przekonania, że medycyna, ma charakter nie interwencyjny czy naprawczy, ale towarzyszący, oraz że leczenie farmakologiczne, co ma szczególne znaczenie w psychiatrii, może bezboleśnie zastąpić wysiłek wkładany w terapię. Skutkiem medykacji, którą w *Listening to Prozac* Peter D. Kramer nazywa „psychofarmakologią kosmetyczną” i „hedonizmem psychiatrycznym”, jest radykalne rozszerzenie społecznego zakresu psychiatrii.

W USA psychiatria leczy aktualnie niemal każdą dolegliwość niesomatyczną: niepowodzenia w szkole, przewlekły smutek (nie wyłącznie depresję!) oraz niczym nieuzasadnione wybuchy radości. W każdym większym mieście można znaleźć zarówno specjalistę od kompulsywnego objadania się, jak i terapeutę, który pomaga pacjentom utożsamiającym się z postaciami z gier wideo. Nie jest to w żadnym wypadku karykatura Nowego Jorku ani San Francisco, lecz bezpośrednia relacja ze światowego centrum kultury *mental health*. W Stanach

³ Por. P.D. Kramer, *Listening to Prozac. The Landmark Book about Antidepressants and the Remaking of the Self*, New York 1997; T. Szasz, *Pharmacy. Medicine and Politics in America*, Westport-London 2001; A. Frances, *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, New York 2013; J. Abramson, *Overdosed America. The Broken Promise of American Medicine*, New York 2008.

Zjednoczonych psychiatria jest ważnym elementem nie tylko profesjonalnych debat, lecz także stanowi bardzo istotny temat dyskusji w prasie popularnej, radiu i telewizji.

* * *

Obserwując amerykańską psychiatrię z zewnątrz, na przykład z polskiej perspektywy, z wciąż żywymi wspomnieniami sowieckiej psychiatrii represyjnej, można odnieść wrażenie, że medykalizacja, przynajmniej w oczach lekarzy klinicystów, to proces, który dobrze służy wszystkim pacjentom. Oswaja wizyty u psychiatry, długotrwałe zażywanie leków psychotropowych oraz uczestnictwo w terapii. Słowem, zwiększa margines społecznej tolerancji dla chorych psychicznie. Niestety, nie dzieje się tak ani w Polsce, gdzie medykalizacja jest zjawiskiem nowym i jeszcze niezbadanym, ani w USA, gdzie równość i tolerancja są obowiązującymi elementami kultury politycznej.

II. Realne skutki pozornej liberalizacji

W analizie systemu kształcenia amerykańskich psychiatrów bardzo istotny jest kontekst historyczny, pominięty jednak przez autorkę, która swoją pracę kieruje przede wszystkim do czytelników w USA. Trudno uznać takie założenie za błąd. Książka dotyczy bowiem przede wszystkim sytuacji psychiatrii w USA, która mimo oczywistego umiędzynarodowienia nauk medycznych ma wyjątkową specyfikę.

Na najbardziej podstawowym poziomie refleksji antropologicznej Luhrmann koncentruje się na modelu kształcenia lekarzy psychiatrów, który w Europie nie ma swojego bezpośredniego odpowiednika. Jednak na równie istotnym poziomie teoretycznym *Of Two Minds* dotyczy fundamentalnego konfliktu między dwiema koncepcjami leczenia psychiatrycznego: biomedycznej oraz modelem praktyki związanej z bardziej tradycyjną terapią psychodynamiczną i psychoanalizą.

Konflikt, który szczegółowo omawiam w drugiej części artykułu, mimo swojej lokalnej specyfiki jest jednak we współczesnej psychiatrii uniwersalny. Jest bowiem nierozzerwalnie związany zarówno z medyczną, jak i społeczną historią psychiatrii, do której Luhrmann nawiązuje jednak bardzo rzadko. Dotyczy też, co nie mniej istotne, globalnych trendów w polityce ochrony zdrowia. Autorka *Of Two Minds* zdaje się przy tym zakładać, że wszyscy czytelnicy znają główne momenty w historii psychiatrii. Nie dla wszystkich jest to jednak oczywiste, dlatego chciałbym teraz krótko podsumować najistotniejsze wydarzenia i procesy w historii amerykańskiej psychiatrii ostatnich pięćdziesięciu lat, które pozwolą lepiej zrozumieć analizy Luhrmann.

Psychiatria w USA nie zawsze i nie wyłącznie za sprawą niesławnych zabiegów psychochirurgii oraz notorycznego stosowania elektrowstrząsów była tak bliska i otwarta na różnorodne potrzeby pacjentów jak w tej chwili⁴. Lata 60. w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej to czas szczególnych reform w psychiatrii. Pojawiły się wówczas nie tylko nowe leki i strategie terapeutyczne, lecz także krytyczny nurt antypsychiatrii, który podważał społeczne i naukowe podstawy psychiatrii. Koncepcje Davida Coopera, Michela Foucaulta i Thomasa Szasza trafiły na podatny grunt kontrkulturowej rewolty, która spowodowała istotne zmiany także w ochronie zdrowia.

Wreszcie zaczęto głośno mówić o emancypacji i prawach pacjentów. Psychiatrzy stanęli wówczas przed koniecznością zmierzenia się z zarzutem sformułowanym celnie przez Ervinga Goffmana. Jego zdaniem szpital psychiatryczny wykazuje najważniejsze cechy instytucji totalnej. Lecząc, czyli udzielając pomocy pacjentom, ludziom słabszym i chorym, jednocześnie więzi ich i izoluje od zdrowej reszty społeczeństwa. Instytucja totalna tym samym łamie „podstawową zasadę nowoczesnej umowy społecznej, [która — Ł.A.] mówi, że jednostki śpią, bawią się i pracują w odrębnych miejscach, z różnymi partnerami, pozostając pod różnym zwierzchnictwem i bez racjonalnego, ogólnie narzuconego planu”⁵.

W definicji Goffmana najważniejsze jest założenie — różnorodność wpisana w koncepcję podmiotu. Szpital psychiatryczny nie izoluje pacjentów jedynie, jak dzieje się to obecnie, na podstawie decyzji sądu o umieszczeniu w zakładzie zamkniętym. Oprócz władzy danej przez ustawodawcę psychiatria ma też silną *soft power*, która izoluje chorych równie skutecznie jak szpitalne mury i kraty. Instytucja totalna, zwłaszcza szpital psychiatryczny, co jest kolejną cechą Goffmanowskiej koncepcji, zaciera granicę nie tylko między prywatnym i publicznym, lecz także między tym, co realne, czyli bezpośrednio odczuwalne, a tym, co symboliczne, to znaczy związane ze strukturami władzy i językami ideologii. Pacjenci należą jednocześnie do „wspólnoty mieszkaniowej”, ponieważ nieradko spędzają w szpitalu długie miesiące, oraz do „organizacji formalnej” z bardzo precyzyjnie określonymi regułami, których realizacja kontrolowana jest przez inne instytucje: sądy, prokuratury czy policję⁶.

Koncepcja autora *Instytucji totalnych*, który jak Luhrmann spędził wewnątrz amerykańskiego systemu opieki psychiatrycznej wiele miesięcy, nie jest wyłącznie modelem teoretycznym, lecz praktyczną i bezpośrednią relacją z miejsca konfrontacji medycyny i polityki. Sytuacja, w której pacjentom trudno było rozpoznać, czy aktualnie znajdują się na oddziale szpitalnym, czy w areszcie, okazała się w USA, także w kontekście praw i wolności zapisanych w konstytucji, najsilniejszą przesłanką reform strukturalnych w psychiatrii.

⁴ M. Raz, *Lobotomy Letters. The Making of American Psychosurgery*, Rochester 2013.

⁵ E. Goffman, *Instytucje totalne*, przeł. O. Wąskiewicz, J. Łaszcz, Sopot 2011, s. 16.

⁶ *Ibidem*, s. 22.

Pierwszym skutkiem liberalizacji i decentralizacji psychiatrii była ustawa administracji Johna F. Kennedy'ego Community Mental Health Centers Act. Pojawił się w niej rewolucyjny zapis, przynajmniej jak na ówczesne standardy polityczne, mówiący, że jedynym uzasadnieniem przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej może być bezpośrednio zagrożenie przez chorego siebie bądź innych ludzi. Warto odczytywać tę decyzję jako spóźniony, ale jednak systemowy wyraz sprzeciwu wobec antydemokratycznego oblicza psychiatrii, która w USA miała i tak nieporównywalnie bardziej liberalne oblicze niż ówczesna psychiatria europejska, a zwłaszcza sowiecka⁷.

Przyjęta ustawa, choć była ważnym krokiem w procesie modernizacji psychiatrii w USA, nie rozwiązywała wszystkich problemów zgłaszanych przez lekarzy i organizacje pacjentów. Dlatego w 1971 roku wpływowi uczeni różnych dyscyplin zainteresowani zdrowiem psychicznym, Erving Goffman, George Alexander i Thomas Szasz, powołali do życia American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization, stowarzyszenie walczące z polityką przymusowej hospitalizacji, które razem z The Insane Liberation Front, tworzyło najsilniejszą politycznie grupę nacisku⁸.

Entuzjazm wobec nowych rozwiązań nie trwał jednak zbyt długo. Wkrótce okazało się, że postulowana decentralizacja przyniosła więcej szkód niż pożytku.

Ci, którzy biorą pod uwagę wolności obywatelskie oraz kondycję budżetu — pisze Jeneen Internaldi — chcą zamykać szpitale psychiatryczne i kierować pacjentów do mniejszych ośrodków opieki środowiskowej i krótkoterminowej. Z kolei przeciwnicy tego podejścia twierdzą, że nie każdy pacjent nadaje się do terapii środowiskowej i dziennej⁹.

Dylemat amerykańskiej psychiatrii, który opisuje Internaldi, jest fałszywy. Ukryte jest w nim niebezpieczne dla pacjentów, choć jednocześnie typowe dla neoliberalizmu założenie, że choroba psychiczna, razem ze swoim skomplikowaniem, jest tylko problemem technicznym, który należy nie tyle rozwiązać, ile „załatwić” decyzjami administracyjnymi.

Internaldi, wykorzystując bolesną historię choroby swojego ojca, zarysowuje szeroką panoramę amerykańskiej psychiatrii, której bardzo brakuje w książce Tanii Luhrmann. Ojciec Internaldi, imigrant z Sycylii, podczas pierwszego ataku manii w 2005 roku szybko trafił do stanowego szpitala psychiatrycznego, w którym spędził ponad miesiąc. Potem, gdy sytuacja się powtórzyła, wyłudował w areszcie, z którego, wskutek decyzji innego sędziego stanowego, został dowieziony do kolejnego ośrodka, bo poprzedni znany mu szpital zrestrukturyzowano, czyli — zamknięto.

⁷ Zob. T. Nasierowski, *Psychiatria polityczna w Rosji Sowieckiej do 1951 r.*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1996, nr 5.

⁸ M. Halliwell, *Therapeutic Revolutions. Medicine, Psychiatry and American Culture, 1945–1970*, New Brunswick 2013, s. 298–299.

⁹ J. Internaldi, *When My Father Actually Lost His Mind*, „New York Times” 22 czerwca 2012.

Duże szpitale i — w przeciwieństwie do tych, w których Luhrmann prowadziła swoje obserwacje — niezwiązane z prestiżowymi prywatnymi uniwersytetami i fundacjami, zamykane są w USA najczęściej z powodów ekonomicznych. Długotrwałe leczenie w wieloprofilowych ośrodkach jest zdecydowanie droższe od krótkoterminowych terapii opartych na leczeniu farmakologicznym. Skutki tak rozumianej „optymalizacji” boleśnie odczuwają przede wszystkim pacjenci. Po pierwsze, wskutek niejasnego ustawodawstwa stanowego nigdy nie mogą być pewni, czy ich zachowanie nie zostanie uznane przez sędziego za przestępstwo, oraz, po drugie, ani pacjent, ani jego rodzina nie mają wpływu na wybór miejsca leczenia.

Od tej reguły istnieją oczywiście wyjątki. Zamożni pacjenci mogą, poza określonymi w prawie sytuacjami, swobodnie wybierać spośród setek doskonałych placówek psychiatrycznych oferujących pobyt zarówno dzienny, jak i długoterminowy. Jednak co do zasady, jest to sytuacja bardzo kłopotliwa dla amerykańskiej demokracji. Z założenia egalitarny, zwłaszcza po przełomowej reformie Barracka Obamy, system opieki psychiatrycznej nie jest w stanie wypośredkować dwóch skrajności: hospitalizacji i izolacji w areszcie bądź zakładzie karnym.

Tanya Luhrmann nie podziela wniosków Internaldi:

prawa pacjentów są zasadniczo dobrze chronione, ponieważ w zależności od specyfiki stanowego ustawodawstwa, jeżeli pacjent bądź pacjentka jest w stanie powiedzieć, kim jest, gdzie mieszka, nikomu nie zagraża, oraz posiada przy sobie pieniądze i mieszkanie, do którego może się udać, jeśli tylko chce, może natychmiast opuścić izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego¹⁰.

Optymistyczna diagnoza Luhrmann budzi sporo wątpliwości. Przede wszystkim, czy aby na pewno opisywany problem dotyczy praw pacjentów? Na pierwszy rzut oka jest to kolejny efekt konsekwentnie realizowanej polityki liberalizacji prawa o leczeniu psychiatrycznym. Przeciwnicy stosowania prewencyjnej hospitalizacji i traktowania psychiatrii jako narzędzia kontroli społecznej mogą odetchnąć z ulgą. Kryteria przymusowej izolacji są systematycznie rewidowane i ograniczane nawet w tradycyjnie konserwatywnych stanach Środkowego Zachodu, Południa i Nowej Anglii. Wbrew sugestiom Tanii Luhrmann nie jest to jednak takie proste i jednoznaczne.

III. Niewidzialna polityka psychiatrii

Liberalizacja przepisów o przymusowej hospitalizacji ma wymiar nie tylko medyczny, lecz także ekonomiczny. Zdecydowanie taniej jest bowiem pacjenta zbadać na podstawie rozbudowanych kryteriów, następnie wypisać odpowiednie leki, ustalić termin wizyty kontrolnej i odesłać do domu. W tym wypadku redukcja

¹⁰ T.M. Luhrmann, *Of Two Minds*, s. 12.

kosztów, co stanowi ewenement w dyskusji o ochronie zdrowia, nie spotyka się z natychmiastowym sprzeciwem opinii publicznej. Wspomnienie brutalnych praktyk psychiatrycznych lat 50. i 60. cały czas skutecznie kamufluje zmiany, których ostatnim celem jest dobro pacjentów. Należy tu pamiętać o politycznym kontekście funkcjonowania psychiatrii, który Luhrmann niemal zupełnie ignoruje.

Choroby psychiczne są w każdym społeczeństwie bardzo „kłopotliwym” elementem. Chorzy umysłowo cierpią, potrzebują pomocy, ale wedle wciąż, niestety, powszechnej opinii zagrażają porządkowi publicznemu oraz poważnie obciążają budżet, zwłaszcza że terapie psychiatryczne są z reguły długotrwałe, czyli również bardzo kosztowne¹¹. Z tego powodu działania na rzecz zwiększenia poziomu finansowania psychiatrii pozbawione są podstawowego, zarówno w amerykańskiej, jak i polskiej polityce, waloru sondażowej skuteczności.

W przeciwieństwie do na przykład pediatrii czy kardiologii jest nieprawdopodobne, by wskaźniki poparcia zareagowały w oczekiwany sposób z powodu wzrostu nakładów na opiekę psychiatryczną. W psychiatrii, niezależnie od szerokości geograficznej, nie ma niczego politycznie pociągającego ani spektakularnego. Nie istnieje również ani powszechne zrozumienie, ani akceptacja osób chorych psychicznie. Psychiatria jest więc trzymana na „bezpieczny dystans”, który wyjaśniany jest frazesami typu „ekonomiczna racjonalność” i konieczność „utrzymania równowagi budżetu ochrony zdrowia”. Takie stanowisko, co warto podkreślić, nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia.

Książce Tanii Luhrmann szczególnie brakuje krytycyzmu wobec nie tyle amerykańskiej psychiatrii, którą poddaje systematycznej i surowej analizie, ile modelu ochrony zdrowia w USA. W przypadku tak rozlegle zakrojonego projektu rozbudowana refleksja nad zarówno naukowymi, jak i politycznymi fundamentami badanej dziedziny jest niezbędna. Luhrmann pracowała nad *Of Two Minds* w latach 90., które zostały zapamiętane jako czas nieudanych reform administracji Billa Clintona. Po otrzymaniu w sierpniu 1992 roku oficjalnej nominacji Partii Demokratycznej Clinton złożył bardzo konkretną obietnicę, której echo do dzisiaj pobrzmiwa w amerykańskiej polityce: „USA są krajem, w którym dostęp do opieki medycznej jest prawem, a nie przywilejem. Mówię to teraz do całego narodu: wasz rząd wreszcie ma odwagę, by rozprawić się ze spekulantami [z rynku ubezpieczeń — przyp. Ł.A.] i zapewnić każdej amerykańskiej rodzinie dostęp do ochrony zdrowia”¹².

Te słowa to nie populizm, lecz dość rozpaczliwa próba przywrócenia elementarnej równości w amerykańskim społeczeństwie po dwunastu latach antysocjalnej polityki, najpierw Ronalda Reagana, a potem George’a Busha seniora, kon-

¹¹ Por. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przeł. M. Czerwiński, Warszawa 1987; oraz wieloletnie badanie empiryczne: *Stosunek do osób chorych psychicznie* (BZ/147/2012), oprac. M. Omyła-Rudzka, Warszawa 2012.

¹² M. Takiff, *A Complicated Man*, New Heaven 2010, s. 190.

centrującej się przede wszystkim na sprawach globalnych, wojnach i konserwacji imperialnej pozycji USA. W republikańskim „państwie minimum” nie ma miejsca ani na szeroki dostęp do świadczeń zdrowotnych, ani na otwartą na potrzeby pacjentów psychiatrię. Ludzie muszą troszczyć się sami o siebie¹³. Obietnice Clintona trafiły wówczas na bardzo podatny grunt. Amerykanie, wyraźnie zmęczeni kolejnymi konfliktami zbrojnymi oraz polityką darwinizmu społecznego, poparli kandydata Demokratów głównie z powodów obietnicy przeprowadzenia reform socjalnych.

Zwracając uwagę na problem samotności — ważny czynnik negatywnie wpływający na zdrowie psychiczne — Tanya Luhrmann nie wspomina jednak prawie nic o kondycji społeczeństwa amerykańskiego¹⁴. Zupełnie jakby społeczne pole psychiatrii było ograniczone jedynie do doświadczenia jednostki w relacji z innymi ludźmi. Po raz kolejny autorka *Of Two Minds* unika politycznych ocen i krytycznych konkluzji, od których, przygotowując tak rozbudowane studium współczesnej psychiatrii, nie można w żaden sposób abstrahować.

Brak analizy i krytyki polityki ochrony zdrowia od 1993 roku w USA tym trudniej zrozumieć, że próby reform, uwikłane w sprzeczności rynkowego myślenia, miały bezpośredni wpływ na sytuację amerykańskiej psychiatrii. Na pierwszy plan w ochronie zdrowia powróciło kryterium „efektywności kosztowej”, które najlepiej spełniają terapie oparte na farmakologii i krótkoterminowej hospitalizacji. Zgoda na dominację takiego modelu leczenia, nawet jeśli tylko pośrednia, bo spowodowana porażką w Kongresie i Senacie, była raczej decyzją w stylu Republikanów niż Demokratów, ponieważ jej głównymi beneficjentami nie byli pacjenci, tylko koncerny farmaceutyczne.

* * *

Na poziomie analizy społecznej i politycznej, nieusuwalnego elementu każdej bardziej rozbudowanej refleksji o psychiatrii, książka Luhrmann jest bardzo asekuracyjna. Trudno również zrozumieć, dlaczego badaczka, chociaż miała tak wiele empirycznie potwierdzonych danych, zrezygnowała z próby zakwestionowania dominującego w psychiatrii *status quo*. Sama analiza, chociaż znalazła uznanie u komentatorów, to jednak zdecydowanie za mało. Seth D. Messinger w swojej recenzji na łamach prestiżowego „*American Anthropologist*” usprawiedliwiająco stwierdza, że zadaniem Luhrmann było przede wszystkim „opisanie procesu kształcenia psychiatrów”¹⁵. Jest to jednak uproszczenie, w dodatku tylko częściowo-

¹³ Por. R. Nozick, *Anarchy, State and Utopia*, New York 2013.

¹⁴ T.M. Luhrmann, *Of Two Minds*, s. 18.

¹⁵ S.D. Messinger, *Of Two Minds — Review*, „*American Anthropologist*” 103, 2001, nr 2, s. 579–580.

wo prawdziwe. Gdyby było tak, jak twierdzi Messinger, to ambitny projekt Tanii Luhrmann byłby jedynie udaną, choć teoretycznie skromną próbę etnograficznej inwentaryzacji ważnego obszaru życia społecznego, jakim jest zdrowie psychiczne. Tymczasem *Of Two Minds* jest przede wszystkim prezentacją refleksji antropologicznej i socjologicznej. Szkoda tylko, że refleksji nie towarzyszy bardziej zdecydowana krytyka polityki ochrony zdrowia USA, a szczególnie — wieloletnich zaniedbań w psychiatrii. Dzięki temu książka mogłaby stać się jeszcze lepiej słyszalnym głosem w amerykańskiej debacie publicznej, tworząc jednocześnie punkt odniesienia podobnych dyskusji w Europie.

IV. Spór w doktrynie

Historia amerykańskiej psychiatrii wraz z jej politycznymi uwikłaniami jest punktem wyjścia zasadniczej części rozważań autorki *Of Two Minds*. Luhrmann przedstawia i analizuje konsekwencje konfliktu dwóch koncepcji psychiatrii. Pierwszy, nazywany biomedycznym, skoncentrowany na badaniach, testach oraz poszukiwaniach genetycznych przyczyn zaburzeń, oraz drugi — psychodynamiczny — model związany z tradycyjną *talking cure*. Spór, który bada Luhrmann, prowadzi do bardzo ważnego pytania. „Jak sytuacja wewnątrz doktryny przekłada się na sytuację i doświadczenie pacjenta?”¹⁶

Rozwiązanie tego problemu przekracza możliwości jakiegokolwiek publikacji. Jednak książka Luhrmann, niezależnie od niewystarczającego krytycyzmu wobec amerykańskiego systemu ochrony zdrowia, jest ciekawą próbą zwrócenia uwagi na bardzo bolesny w swojej prostocie fakt. Choroba psychiczna nie ma w sobie żadnej metafizyki ani mitologii. Obrazy melancholii czy depresji pióra Nerval'a i Styrona to doskonale literackie metafory, które, mimo osobistych doświadczeń pisarzy, nie mają charakteru relacji. Trudno na ich podstawie przygotowywać się na leczenie bądź wpierać bliskie osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne. W *Of Two Minds* Luhrmann podziela przekonanie większości psychiatrów: niezależnie od stopnia wewnętrznego skomplikowania choroba psychiczna nie jest pod względem medycznym niczym wyjątkowym. Wymaga często długotrwałego leczenia oraz zrozumienia dla słabości i odmienności, które są nim związane.

Dla polskiego czytelnika zaskakujący jest zasięg sporu badanego przez Luhrmann, widoczny nawet w rozbudowanych analizach funkcjonowania konkretnych oddziałów szpitalnych.

W oddziale o profilu biomedycznym obowiązuje zasada, że pacjent jest dorosłą i, co istotne, racjonalnie myślącą osobą z problemami zdrowotnymi. Ukryte jest w tym założenie, że pacjenci

¹⁶ T.M. Luhrmann, *Of Two Minds*, s. 8.

z zaburzeniami umysłowymi są przyjmowani do szpitala na tej samej zasadzie co chorzy uskarżający się na problemy z wątrobą czy sercem¹⁷.

To ważny moment, który warto rozważyć w bardziej lokalnym kontekście. Mam sporo wątpliwości wobec krytycznej diagnozy Luhrmann dotyczącej trudności odróżnienia oddziału somatycznego od psychiatrycznego. W USA, mimo wszystkich zastrzeżeń, poziom stygmatyzacji i wykluczenia pacjentów psychiatrycznych jest niższy niż w Polsce — tu izolacja często jest podstawowym synonimem terapii. W tym sensie zrównanie lub chociaż istotne zbliżenie statusu pacjentów psychiatrycznych z chorymi z oddziałów somatycznych ma istotne znaczenie, ponieważ realizuje ważną emancypacyjną funkcję medycyny.

Zupełnie inną kwestią, której Luhrmann jednak nie wyjaśnia, jest medyczny aspekt opisywanej sytuacji. Badaczka przywołuje rozmowę zasłyszaną na oddziale, na którym dominuje model biomedyczny. „Lekarz wchodzi do sali i pyta, »jak się ma dzisiaj pani depresja, pani Jones?« lub »jak tam głosy, które pani słyszy?«. Raz nawet usłyszałam, jak lekarz zapytał pacjenta, »co tam z jego psychozą?«”¹⁸. Należy tu odróżnić zwykłą rutynę, która nie jest szczególną właściwością oddziałów psychiatrycznych, od schematycznego podejścia do pacjenta. To wyraźna zmiana w psychiatrii, która, przynajmniej od czasów Freuda, była dyscypliną szczególnie skoncentrowaną na indywidualnym i wieloaspektowym podejściu do pacjenta.

V. Psychiatria d y s t a n s u i psychiatria k o n t a k t u

Młodzi adepci psychiatrii w USA podczas obowiązkowych staży krążą między dwoma modelami uprawiania swojego zawodu. Pierwszym i najlepiej im znanym jeszcze ze studiów medycznych jest model biomedyczny, nazywany również przez Luhrmann „naukowym”. W tym podejściu choroba psychiczna jest postrzegana na wzór zaburzeń somatycznych, które generują symptomy widoczne na przykład podczas diagnostyki obrazowej MRI CT lub PET¹⁹. Paradoksalnym efektem dominacji modelu biomedycznego jest o g r a n i c z e n i e p o l a p s y c h i a t r i i . Zadaniem lekarza jest rozpoznanie choroby na podstawie symptomów opisanych w obowiązującej edycji DSM, by następnie zapisać pacjentowi ściśle określony zestaw leków.

Profesjonalizacja przez standaryzację, jako bardzo lapidarnie wyrażony *modus operandi* współczesnej biomedycznej psychiatrii, szybko ujawnia swoje drugie,

¹⁷ *Ibidem*, s. 122.

¹⁸ *Ibidem*, s. 123.

¹⁹ *Ibidem*, s. 25.

nieprzyjazne pacjentom oblicze. W sztywnych i coraz bardziej szczegółowych schematach postępowania powoli zanika indywidualny aspekt decyzji terapeutycznej. Wbrew zaskakującym sugestiom Luhrmann, psychiatria, tak jak cała medycyna, jest nie tylko rzemiosłem, lecz także sztuką²⁰. Leczenie ludzi, niezależnie czy z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, czy depresji, opiera się nie tylko na sprawdzonych i wyuczonych sposobach postępowania, czyli właśnie na rzemiośle. Medycyna w równym stopniu oparta jest na specyficznej intuicji, która pozwala lekarzowi dostrzec w sytuacji pacjenta, mimo potrzebnej standaryzacji postępowania, absolutną indywidualność, będącą kluczowym punktem odniesienia w terapii. Na tym polega rola medycyny jako sztuki.

Psychiatra, który jedynie przeprowadza testy i wypisuje recepty, kapitułuje przed wyzwaniem do systematycznej i długotrwałej pracy z pacjentem. Krótka konsultacja, wypisanie recepty oraz umówienie następnego spotkania — całość trwa najwyżej piętnaście minut. Cierpi na tym pacjent, którego leczenie jest nieskoordynowane. Pacjent od jednego lekarza otrzymuje recepty, a z innym spotyka się podczas psychoterapii. Nie może być więc mowy o ciągłości, która jest podstawową cechą relacji terapeutycznej w drugim modelu.

Z jednej strony koncepcja biomedycznej psychiatrii stanowi esencję paradygmatu *Evidence-based Medicine*, czyli medycyny opartej na dowodach naukowych oraz potwierdzonych, bo starannie zweryfikowanych standardach postępowania²¹. W EBM podstawową kwestią jest weryfikacja w jak największej skali stawianych diagnoz. Ma to fundamentalne znaczenie w medycynie somatycznej, na przykład onkologii, gdy ustala się docelowo uniwersalny standard postępowania w przypadku wybranego typu nowotworu. Z drugiej zaś strony, to właśnie psychiatrii słusznie przypisuje się subiektywność oraz idiomatyczność diagnozy, które bardzo trudno pogodzić ze standardami EBM.

W psychiatrii pacjent nie udziela informacji tak łatwo, jak w przypadku innych obszarów medycyny. Większość pacjentów z chorobami somatycznymi jest przestraszona bólem, dzięki czemu bez oporów dzieli się z lekarzem informacjami o jego źródłach i umiejscowieniu. Natomiast pacjenci psychiatryczni mają bardzo zróżnicowany stosunek do objawów swojej choroby i nie zawsze chcą odpowiadać na pytania [lekarzy i personelu średniego — Ł.A.]²².

Luhrmann pozornie nie zauważa niczego nowego. Zagadkowy język zaburzeń psychicznych jest wyróżnikiem psychiatrii, przynajmniej od czasów Freuda. We wprowadzeniu do swojej klasycznej pracy Brian Bird podkreśla, że „sztuka rozmowy z pacjentem musi być nieustannie studiowana i rozwijana. Nie może być również redukowana do incydentalnych szkoleń. Relacja pomiędzy lekarzem

²⁰ Zob. *ibidem*, s. 9.

²¹ Na temat paradygmatu EBM zob. J.A. Muir Gray, *Evidence-based Health Care*, Edinburgh 2001; oraz D.I. Sackett *et al.*, *Evidence-based Medicine: What It Is and It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And the Best External Evidence*, „British Medical Journal” 312, 1996, nr 7023.

²² T.M. Luhrmann, *Of Two Minds*, s. 33.

i pacjentem [...] jest bezpośrednio związana z kontaktem między nimi”²³. Bird na długo przed pojawieniem się EBM zauważył, że fundamentem relacji terapeutycznej nie może być ani test, ani badanie obrazowe, tylko rozmowa.

Model biomedyczny neguje główną rolę rozmowy w diagnostyce psychiatrycznej. Kluczową kwestią staje się to, jak i w jakim czasie pacjent zareaguje na określony zestaw leków, które w DSM zostały przypisane odpowiednim objawom choroby. Niezależnie od przyczyn wizyty u psychiatry pacjent jest badany na podstawie pięciu ogólnych kryteriów (zaburzenia kliniczne, zaburzenia osobowości, problemy ogólnomedyczne, problemy psychospołeczne oraz kłopoty z przystosowaniem)²⁴. Teoretycznym celem tak złożonej konfiguracji diagnozy jest oczywiście dobro pacjenta, który wychodząc z gabinetu, ma pewność, co mu dolega oraz jakie są perspektywy najbardziej skutecznego leczenia. To jednak teoria, która sprawdza się przede wszystkim w aspekcie statystyk. Trudno przy tym nie zauważyć, że chociaż biomedyczna psychiatria dostarcza pacjentom skutecznej pomocy farmakologicznej, to jednak w żaden sposób nie zmienia ich sytuacji w chorobie. Pacjenci dalej pozostają ze swoim problemem sami.

Drugi model analizowany przez Luhrmann, związany z terapią psychodynamiczną i psychoanalizą, nie jest prostym przeciwieństwem psychiatrii biomedycznej. Podstawową różnicą jest sposób postrzegania choroby. W modelu psychodynamicznym „pacjent jest chory, ponieważ nauczył się interpretować i reagować na zachowanie ludzi w nieodpowiedni sposób”²⁵. Przyjęcie takiego założenia otwiera drogę zarówno do rekonstrukcji własnego Ja, jak i nauki siebie w relacji z innymi. Drugie założenie dotyczy przewidywanego czasu leczenia. W przeciwieństwie do koncepcji biomedycznej czas prowadzenia terapii nie ma ścisłych ram zależnych od wybranej konfiguracji leków.

Badając specyfikę modelu psychodynamicznego, Luhrmann spędziła wiele tygodni w nieistniejącym już Norton Inn w Wirginii Zachodniej. To niewielki ośrodek stosujący terapię indywidualną oraz leczenie środowiskowe. Dwa eleganckie budynki bez krat, ponurych izolatek oraz strażników. Większość pacjentów Norton — podkreśla Luhrmann — była wcześniej leczona w zamkniętych ośrodkach o profilu biomedycznym. Znaczna ich część uważała tamto doświadczenie za poniżające²⁶. Należy dodać, że przytulny ośrodek w północno-wschodniej części USA nie był miejscem ogólnie dostępnym dla wszystkich zainteresowanych uzyskaniem tam pomocy. W 1995 roku pięciodniowy pobyt kosztował pięć tysięcy dolarów, miesięczny dwadzieścia. Relatywnie najtańszą opcją była opieka środowiskowa za cenę niecałych trzech tysięcy dolarów miesięcznie²⁷. Nie da się

²³ B. Bird, *Talking with Patients*, Philadelphia 1955, s. V–VI.

²⁴ *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, red. J. Wciórka, Wrocław 2008.

²⁵ T.M. Luhrmann, *Of Two Minds*, s. 142.

²⁶ *Ibidem*, s. 143.

²⁷ *Ibidem*, s. 144.

ukryć, że i w 1995 roku, i dzisiaj są to kwoty dramatycznie przekraczające możliwości przeciętnych Amerykanów.

Wbrew pozorom jednak Norton nie było tylko luksusowym schronieniem dla neurotycznych przedstawicieli klasy wyższej, lecz miejscem ciężkiej, a czasami nawet morderczej pracy²⁸. Po przyjęciu do ośrodka pacjentowi przydzielany był terapeuta, który opracowywał indywidualną ścieżkę terapii, opartą najczęściej na wówczas popularnych w Norton teoriach Melanie Klein i Ottona Kernberga. W bliskiej relacji i często, jak w opisywanej przez Luhrmann historii Tracy, trudnej również dla lekarza relacji tkwi tajemnica psychodynamicznej koncepcji psychiatrii²⁹. W setkach ośrodków podobnych do Norton Inn systematycznie pracuje się nad złożoną i niejasną, ale zawsze indywidualną „historią”, a nie tylko „przypadkiem”, który ma odpowiadać zapisanym w katalogu symptomom. Zajmuje to tyle czasu na reakcję, ile potrzeba. Każdą wątpliwość na bieżąco jest konsultowana z lekarzem terapeutą, mając tym samym istotny wpływ na przebieg i formułę leczenia. Jest jednak w tej utopii ukryta pułapka, o której autorka Luhrmann nie wspomina bezpośrednio.

W USA dopiero od niedawna funkcjonuje powszechnie dostępne ubezpieczenia zdrowotne. Ubezpieczenia zarówno w ramach „Obama Care”, jak i większość innych, refundują pomoc psychiatryczną jedynie w takiej formie, jaką zapewnia model biomedyczny, która sprowadza się do krótkotrwałej hospitalizacji, intensywnego leczenia farmakologicznego i cyklicznych kontroli. Terapie psychodynamiczne, nie wspominając nawet o psychoanalizie, finansowane są w USA w systemie Fee For Service, czyli opłaty za każdą kolejną wizytę bądź sesję terapeutyczną³⁰. Ponieważ terapie psychodynamiczne trwają często miesiącami, a psychoanalityczne nawet lata, ich rzeczywista dostępność w skali wszystkich potrzebujących pomocy psychiatrycznej jest bardzo ograniczona.

VI. Konieczne połączenie

Tanya Luhrmann w *Of Two Minds* nie przedstawia jednoznacznej oceny, który z badanych modeli psychiatrii jest lepszy, który gorszy i dlaczego. Jej praca pozostaje przede wszystkim zapisem refleksji antropologicznej z niewielką tylko komponentą krytyczną, pozostawiającą przez to uczucie niedosytu w aspekcie socjologicznym i politycznym. Wracając wielokrotnie do lektury książki Luhrmann, nie mogę pozbyć się wrażenia, że konkluzja tej pracy jest raczej oczywista. Model biomedyczny i psychodynamiczny to przede wszystkim zestawy założeń stano-

²⁸ Zob. *ibidem*, s. 145.

²⁹ *Ibidem*, s. 145–147.

³⁰ Ch.J. Dougherty, *Mind, Money, and Morality: Ethical Dimensions of Economic Change in American Psychiatry*, „The Hastings Center Report” 18, 1988, nr 3, s. 15–18.

wiące punkt wyjścia decyzji terapeutycznych, które nie tyle tworzą, ile raczej rzutują na praktykę psychiatryczną. Oznacza to konieczność kompromisów teoretycznych i hybrydalnych rozwiązań w praktyce terapeutycznej.

Niejednokrotnie zdarza się przecież tak, że psychiatra, któremu bliższe są teorie psychoanalityczne, obserwując rozwój choroby swojego pacjenta, skieruje go do szpitala bądź zleci intensywne leczenie farmakologiczne. I odwrotnie, specjalista przywiązany do standardów DSM, obserwując brak reakcji na kolejne schematy leków, w końcu zaproponuje pacjentowi rozpoczęcie innej formy terapii. Psychiatria jest tą szczególną dziedziną medycyny, w której nie ma miejsca na myślenie w kategoriach zero-jedynkowych. Odcienie szarości są nieusuwalnie wpisane w codzienną praktykę każdego psychiatry, niezależnie od deklarowanej orientacji teoretycznej.

Podstawową wartością *Of Two Minds*, zwłaszcza w Polsce, jest nie ocena, lecz prezentacja. Publiczny status psychiatrii w Polsce wciąż pozostaje negatywny, bo związany z potocznymi wyobrażeniami na temat tej dziedziny medycyny. W powszechnej świadomości psychiatria to cały czas bardziej izolacja niebezpiecznych jednostek od zdrowej większości niż rozbudowana strategia pomocy. Tanya Luhrmann bardzo sprawnie pokazuje zarówno wewnętrzne zróżnicowanie psychiatrii jako dyscypliny medycznej, jak i jej związek z codziennym funkcjonowaniem setek tysięcy ludzi. Spór, któremu poświęcona jest *Of Two Minds*, nie jest kwestią abstrakcyjnych dyskusji uczonych podczas psychiatrycznych kongresów. Sposób kształcenia lekarzy i rozłożenie akcentów podczas wieloletnich szkoleń ma bezpośredni wpływ na sytuację pacjentów. To ich dobro jest, a przynajmniej powinno być, celem wszystkich reform w dziedzinie ochrony zdrowia. Luhrmann, oprócz prezentacji ciekawych analiz, podkreśla jednocześnie bardzo ważną kwestię, która czasami umyka uwagi podczas uczonych dyskusji. Na potrzeby i problemy ludzi chorych nigdy nie wolno zamykać oczu.