



MARIA ORWID

Refleksje o psychiatrii na koniec wieku

Reflections on psychiatry at the end of the century

Zadanie postawione przez Redakcję jest trudne, ponieważ „refleksji na koniec wieku” psychiatrzy mają dużo. Są one różnorodne i trudno jest w sposób syntetyczny i zborny przekazać je. Spróbuję, mając poczucie, że przedsięwzięcie to może się nie udać. Dla porządku przedstawię je w punktach wg obszarów problemowych, które wydają mi się ważne.

1.

Przede wszystkim – myślę – polityczny i kulturowy kontekst psychiatrii przestał być już domeną dociekań niektórych co wnikliwszych badaczy, a stał się pewną oczywistością dla chorych, profesjonalistów i społeczeństw. Myślę, że historia XX wieku dostarczyła wystarczającej liczby dowodów na to, że systemy społeczno-polityczne oraz paradygmaty naukowe, pozornie abstrakcyjne, znajdują bezpośrednie przełożenie na pragmatykę psychiatryczną, np. w określeniu granic tzw. normy i psychopatologii, tolerancji na inność i różnorodność zachowań człowieka. Ten pozornie abstrakcyjny dylemat, mianowicie co jest „normalne” a co jest „chore, zdewiowane” dał o sobie znać bardzo wyraźnie w okresie nazistowskim w Europie, a także w okresie stalinowskim w postaci eksterminacji i sterylizacji chorych psychicznie oraz nadużyć psychiatrii w ramach walki politycznej. Myślę, że nie byłoby sensu bardziej szczegółowo opisywać tych zjawisk, są one ogólnie znane, natomiast nie jestem pewna czy wystarczająco doceniane jest ich znaczenie przez psychiatrów. Nie wiem, czy problemy te są wystarczająco uwzględniane w kształceniu studentów i lekarzy, w ocenie etycznej programów badawczych i terapeutycznych. Należę do pokolenia, dla którego nigdy za dużo nie będzie stałego przypominania sobie i innym o ważności tych spraw i ich ciągłej żywotności dla współczesnej psychiatrii.

Wydaje mi się, że ze zbrodniami popełnionymi na zdrowych i chorych w imię ideologii i nauki łączy się wyraźna zmiana pozycji chorego i stosunku do chorego we współczesnej psychiatrii. Szacunek dla osoby ludzkiej przestał być kwestią dobrej woli i elegancji poszczególnych ośrodków czy osób, stał się natomiast normą postępowania lekarskiego (i nie tylko) i nikt przytomnie myślący nie odważa się dzisiaj tej zasady kwestionować – nawet jeżeli praktyka codzienna jeszcze jest inna.

Z poszanowaniem godności osoby chorego normatywnie łączy się przestrzeganie prywatności pacjenta, przestrzeganie jego wolności, ograniczenie wszelkich przymusów i restrykcji do absolutnie koniecznych (ratowanie życia!), prawo do informacji, prawo do kontaktu ze światem i ludźmi. Łączy się z tym zagadnieniem pozycja rodzin pacjentów, które stają się powoli wyraźnym parterem zespołu leczącego (nie tylko takich zespołów, które zainteresowane są problematyką rodzinną), z którymi trzeba się liczyć, który ma swoje

prawa, nie tylko obowiązki i wobec którego to my profesjonaliści mamy określone zobowiązania. Sądzę zresztą, że zagadnienie udziału rodzin w leczeniu pacjentów i organizowaniu służb psychiatrycznych jest osobnym i ciekawym zagadnieniem.

Nie miejsce tu na dalsze dyskusowanie tego problemu, ale sądzę, że sprawa ta wymusza na środowisku psychiatrycznym pogłębianie wiedzy w zakresie relacji rodzinnych, dynamiki rodziny, w ogóle znajomości kontekstu rodzinnego zaburzeń psychicznych – w przeciwnym bowiem wypadku możemy stać się przeciwnikami, antagonistami i nie rozumieć tego, czego chcą od nas rodziny, co z kolei może powodować nasze reakcje konformistyczne albo agresywne.

2.

Wprawdzie mija już sto lat od opracowania koncepcji traumy przez Zygmunta Freuda, to jednak w moim przekonaniu dopiero wiek XX z jego politycznymi wpływami na psychiatrię uczynił zagadnienie urazu psychicznego szczególnie nośnym i wyraźnym we współczesnej psychiatrii. Tragiczne przeżycia milionów ludzi pokazały nam inne ujęcia traumy niż te klasyczne i sprawiły, że wiele współczesnych społeczeństw są to społeczeństwa posttraumatyczne, a w każdym razie we wszystkich społeczeństwach żyją populacje posttraumatyczne i przekazują tragizm swoich doświadczeń pokoleniom następnym i sprawiają, że trudno być dzisiaj psychiatrą zapominając o historii dzisiejszych ludzi. Mam tu na myśli oczywiście „traumy modelowe”, jak Holocaust, zbrodnia katyńska itp., które powinny uwrażliwiać służby psychiatryczne na sposób radzenia sobie jednostek i grup społecznych z urazem indywidualnym i zbiorowym także innego rodzaju niż te wymienione.

3.

Zagadnieniem niezwykle istotnym dla naszych czasów jest zjawisko, które nazwałabym narastającym napięciem pomiędzy psychiatria zorientowaną psychospołecznie a tzw. psychiatrią biologiczną. Dylemat teoretyczny jest ważny i wielki, i nie sądę, aby była inna metoda połączenia tych dwóch paradygmatów niż integracja teoretyczna, badanie współzależności wzajemnych sprzężeń oraz konstelacji czynników tzw. psychospołecznych i biologicznych. Natomiast sprawa ta komplikuje się z powodu socjoekonomicznego kontekstu funkcjonowania psychiatrii. Nie będzie to odkryciem, jeżeli przypomnę, że na badania naukowe potrzeba pieniędzy, a środki oferuje przemysł farmaceutyczny. Nie ma współczesnej nauki bez dużych nakładów finansowych. Przemysł farmaceutyczny oczywiście promuje i sponsoruje badania biologiczne, sprawiając, że badacze w większości swej kierują w tę stronę swoje zainteresowania i wysiłki. Oczywiście to bardzo dobrze, że strona biologiczna człowieka jest coraz bardziej poznawana, natomiast jeśli przyjąć założenie, że zjawisk bardziej skomplikowanych nie da się wyjaśnić poprzez zjawiska prostsze, to człowiek jako podmiot badań i poznania naukowego nie jest redukowalny do swej natury biologicznej. Widzimy, że powstaje głęboka nierównowaga pomiędzy badaniami nad biologiczną i psychospołeczną perspektywą naszego funkcjonowania. Sprawia to, że często wybór obszaru badań naukowych nie wynika z świadomej, dojrzałej decyzji badacza, a jedynie z oferowanych mu możliwości i dochodzi do czegoś w rodzaju „mentalnej korupcji” młodych naukowców przez jednostronnie zorientowany sponsoring. Być może w naszym kraju nie jest to zjawisko tak dramatycznie wyraźne, natomiast biorąc pod uwagę sytuację opisywaną w tym względzie w Stanach Zjednoczonych, myślę, że lepiej jest ten problem wyostrzyć niż udać, że go nie ma.

Niebezpieczeństwo redukcjonizmu groźne jest również w kształceniu studentów i lekarzy, ponieważ w tym wieku pluralizmu i integracji intelektualnej może wychować rzesze nie rozumiejących tych zjawisk naukowców.

4.

Mówi się szeroko o upadku wszelkich autorytetów moralnych i intelektualnych w ostatnich dziesięcioleciach. Być może jest tak rzeczywiście, ale czy naprawdę świadomy człowiek musi rozwijać się w oparciu o autorytety? Czy nie można zostawić mu wolności wyboru drogi oraz własnych systemów wartości? Nie jest moją rzeczą rozstrzyganie tego dylematu, chciałabym tylko zwrócić uwagę na fakt, że im bardziej pluralistyczny jest świat i więcej zjawisk uważamy za równorzędne, normalne, zależne od kultury i makrosystemów tym bardziej tracą na znaczeniu jednoznaczne, określone, „wyjaśniające” rzeczywistość autorytety. Nawet uczonym odebrano ten przywilej współcześnie. Wg postmodernistów uczeni przestali być „prawodawcami”, a stali się „tłumaczami” [Bauman].

Zmiany te nie mogły ominąć pozycji terapeuty czy lekarza. Zaczyna on tracić, bądź stracił byłą swoją pozycję „wiedzącego wszystko” i posiadającego „jedynie słuszną” wiedzę o człowieku. Terapeuta czy lekarz coraz bardziej staje się konsultantem, „tłumaczem” właśnie, doradcą, a w coraz mniejszym stopniu rozstrzygającym sprawy arbitrem. Wydaje się, że wraz z rozwojem społeczeństwa obywatelskiego coraz trudniej zachować jest postawę owego dawnego arbitra – prawodawcy. Nie wiem, czy w psychiatrii i w ogóle w medycynie jest to tendencja korzystna dla pacjentów, nie wiem, czy hasło postmodernistyczne „naucz się żyć w niepewności” pomaga ludziom w sytuacjach trudnych przezwyciężać lęk i poczucie chaosu bez odwołania się do autorytetu, np. lekarskiego. Ale nie miejsce tu na rozważanie zagrożeń i pozytywnych stron tej sytuacji, chciałam je tylko w tym miejscu zasygnalizować i zaproponować dyskusję na ten temat.

Nie wiem, jak skutecznie pomagać pacjentom w sytuacji powszechnie panującego stanu niepewności co do wszystkiego co nas otacza, co do przyszłości, teraźniejszości oraz przeszłości. Sytuacja taka może być wyzwaniem i mobilizować rozwojowe możliwości człowieka. Może też być zagrożeniem zarówno dla terapeutów jak i pacjentów. Myślę, że temat wart jest większej dyskusji. Żeby jeszcze bardziej oświetlić zmiany dotyczące roli terapeuty należałoby zwrócić uwagę na fakt, że dawniej, czyli w czasach kiedy moje pokolenie zaczynało pracować w psychiatrii, istniała tzw. zasada zaufania pomiędzy nami a pacjentami. Obecnie, kiedy wolność osobista każdego pacjenta staje się wartością nadrzędną, stara „zasada zaufania” zaczyna być zastępowana przez... Właśnie, przez co? Przez podkreślenie wolności osobistej pacjenta? Przez utrzymywanie się przez nas w pozycji konsultanta tylko? Czy to wystarczy do redukcji lęku drugiego człowieka i próby uporządkowania jego chaosu? Nie wiem. Są to wszystkie tematy do indywidualnego osądzenia, a na pewno do dyskusji.

PIŚMIENNICTWO

1. Bauman Z: Nowoczesność i zagłada. Biblioteka Kwartalnika Masada, Warszawa 1991.
2. Kępiński A: Próba psychiatrycznej prognozy. Znak 1970, 22, 385–416.
3. Dialog pomiędzy prof. Klausem Dörnerem a prof. Stefanem Lederem pt. „Przekraczanie granicy: tezy i refleksje”. Münster 2000

Prof. Maria Orwid

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży

Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,

ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków