



JACEK WCIÓRKA

Tematy, paradygmaty, blaski i cienie

Themes, paradigms, ups and downs

Do końca stulecia pozostało niewiele czasu. Pozwala to uznać je za już minione i zastanawiać się nad wymową tego, czego doświadczali w tym czasie poprzednicy i tego, co mogłem zobaczyć i dotknąć sam. Ważąc się na te refleksje mam świadomość, że mówiąc o wrażeniach, spostrzeżeniach i ocenach dokonuję wyboru, może subiektywnego. Historia uczy jednak łatwiej wtedy, gdy przykuwa uwagę niż gdy zanudza.

1.

Psychiatria zajmowała się w XX wieku wieloma tematami. Kilka z nich warto przypomnieć.

Fenomenologia. Zwłaszcza nasi poprzednicy uczyli się łowienia istoty zjawisk w różnorodności przekazywanych przez chorych doświadczeń. Kamienie milowe stanowią tu dokonania Jaspersa na początku oraz heroiczne wysiłki psychiatrów egzystencjalizujących w połowie stulecia (od Binswangera do Lainga). Im bliżej schyłku wieku, tym rzadziej pojawiają się takie zainteresowania i analizy (może Scharfetter, M. Spitzer) tak, jakbyśmy już umieli i wiedzieli, jak poruszać się w ujawnianym nam przez pacjentów świecie ich doświadczeń. Tak chyba jednak nie jest. Coraz częściej operujemy uproszczeniami (*vide*: „psychopatologia u pacjenta uległa redukcji o 2 punkty”), coraz rzadziej umiemy wnikliwie opisywać. Spieszymy do wniosków. Trochę żal tej utraconej głębi poznania klinicznego.

Uniwersalizacja języka. O ile jeszcze w połowie stulecia wielość szkół w psychiatrii (i języków, jakimi się posługiwały) niesłuchanie utrudniała porozumienie, o tyle w ostatnich jego dekadach poczyniono ogromny krok w stronę uzgodnienia języka bardziej uniwersalnego. W dziedzinie taksonomii i klasyfikacji zaburzeń psychicznych hasłem dnia stały się zawołania: „ICD-10” oraz „DSM-III” (potem „DSM-IV”). Podjęto też konsekwentną próbę zdefiniowania symptomatologii (PSE, potem SCAN). Zachwył, z jakim świat przyjął te próby zdaje się wskazywać na ogromną potrzebę jednoznaczności i „namacalności” znaczeń. Z drugiej strony, bezkrytyczna recepcja „globalizującego” języka prowadzi do nieporozumień, a nawet oskarżeń o kulturowy imperializm silniejszej i możniejszej części międzynarodowego establishmentu psychiatrycznego. Doświadczenia międzynarodowych badań nad schizofrenią (WHO) sugerują, że zwłaszcza w odniesieniu do podstawowych fenomenów, wspólny język okazuje się możliwy i funkcjonalny, zarazem jednak wymyka mu się wiele innych doświadczeń o większej specyficzności kulturowej i regionalnej. Codzienne doświadczenie uczy jak wielu uproszczeń i ekstrapolacji dokonuje się na ujawnianych przez chorego przeżyciach, by je nazwać, ująć w kategorie i przypisać jakiemuś wyjaśnieniu. Czas pokaże, czy zaproponowane pojęcia i kategorie spełnią pokładane oczekiwania i wytrzymają próbę czasu, lecz proces jednoczenia się budowniczych wieży Babel został zapoczątkowany.

Dusza i ciało. Kolejne stulecie minęło na sporach, co z tego kartezjańskiego rozdzielenia uznać za ważniejsze. Dopiero pod koniec pojawiły się głosy (i argumenty) wskazujące na pozorność dyskusji i może w niedalekiej przyszłości ona zaniknie. Problem integracji funkcjonowania ludzkiego (by uniknąć natarczywej skłonności do rozdzielania funkcjonowania psychicznego od somatycznego) postawiono jednak obecnie w kontekście silnego zainteresowania uwarunkowaniami biologicznymi, co pozwala na taką wykładnię zdobyczy *neuroscience*, która redukuje funkcjonowanie ludzkie do zjawisk cielesnych. Wskazuje na to coraz silniejsza potrzeba dodawania przedrostka *neuro-* do określenia różnych dziedzin wiedzy o człowieku, także do psychiatrii. Niektórzy już zastępują psychiatrię neuropsychiatrią i wieszczą koniec psychiatrii, która ma się roztopić w neurologii z jednej strony, a w psychologii z socjologią – z drugiej. W tym miejscu, historia zatoczyła koło. Z upraszczającej mitologii mózgowej (*Hirmythologie*) końca XIX stulecia dotarliśmy do obietnic *neuroscience*. Czy jednak dziś potrafimy obronić się przed skutkami równie dotkliwymi jak te, które przyniosło bezkrytyczne hołdowanie tamtemu uproszczeniu?

Opieka i leczenie. Możliwości przejścia psychiatrii od realizowania zadań opiekuńczych i nadzorczych do aktywnego leczenia zaburzeń psychicznych nie istniały na początku stulecia, były niewielkie w jego połowie, natomiast od tego czasu gwałtownie wzrosły, za sprawą odkrycia oraz coraz bardziej skutecznego i rozumnego korzystania z leków psychotropowych. Tej zmiany nie można przecenić, lecz nie należy jej absolutyzować. Wiele obserwacji zdaje się wskazywać, że wizja rozwiązywania wszystkich ludzkich problemów za pomocą substancji lub instrumentów jest ogromnie kusząca i łatwo prowadzi do zaniechania działań bardziej mozolnych. Uzasadniony entuzjazm dla roli farmakoterapii w leczeniu zaburzeń psychicznych przysłania niekiedy wyrazistość faktu, iż nawet najbardziej skuteczne leki nie rozwiązują samoczynnie problemów chorego człowieka.

Kolonizacja i dekolonizacja. Zaludnianie chorymi wielkich kolonii (szpitali psychiatrycznych) na początku stulecia, ustąpiło od lat 50-tych narastającej fali dekolonizacji, tj. przemieszczania chorych w inne miejsca pobytu, bliższe naturalnym. Ten ruch umożliwiony przez wprowadzenie skutecznych leków, ale ułatwiany także przez dość powszechne w tym okresie tendencje do wyzwalania i uwalniania różnych marginalizowanych wcześniej grup społecznych, doprowadził do wielkiej zmiany pejzażu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zwykle sygnowanej określeniem – psychiatria środowiskowa. Przywykliśmy uważać tę zmianę za wynik światłości i postępu w traktowaniu chorych. Pod koniec stulecia narasta jednak w wielu miejscach świadomość strat, jakie niektórzy chorzy (i ich bliscy) ponoszą w związku z utratą azylu i bezpieczeństwa oraz przerzucaniem na nich społecznych kosztów rozwiązywania problemów związanych z chorobą. Niekiedy wyrażane jest przypuszczenie, że podstawowym motywem dekolonizacji (deinstytucjonalizacji) psychiatrycznej była nie tyle wola poszanowania wolności, godności i człowieczeństwa chorych, co wola zaoszczędzenia środków przeznaczanych na opiekę psychiatryczną. Doświadczenia amerykańskie wskazują na złe skutki nadmiernie ideologizowanej, zbyt słabo przygotowanej deinstytucjonalizacji, które jednak trudno odwrócić, bo to wymaga nakładów. Na szczęście doświadczenia europejskie są w tym względzie bardziej pomyślne. Oszczędzanie nie jest grzechem, lecz może się nim stać, jeśli wiąże się z zaniedbywaniem powinności. Powinniśmy to sobie powtarzać w kolejnych odsłonach naszej własnej reformy finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

Dystans i dialog. Społeczne postawy wobec chorych ogniskują się nie tylko w sposobie reformowania opieki nad nimi, lecz także w ogólnym stosunku do chorych i do roli wyznaczanej im w społecznej wyobraźni i praktyce. W zasadzie dopiero ostatnie dekady stulecia przyniosły tu widoczną zmianę – ruch odzyskiwania praw obywatelskich, a w ślad za nim

refleksje i działania związane z odzyskiwaniem zrozumienia, szacunku i tolerancji osób zdrowych. Stąd rosnąca rola organizacji samopomocowych, programów destygmatyzujących, wezwań do dialogu i trialogu, zainteresowanie postawami wobec chorych i ich zmienianiem. Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że ruch ten jest dopiero w stanie załążkowym i, w zasadzie, nie wychodzi poza krąg środowisk bezpośrednio zainteresowanych. W postawach i instytucjach społecznych zmiany zachodzą wolno i mimo bardziej „poprawnych politycznie” gestów, społeczne wyobrażenie o chorych psychicznie pełne jest uproszczeń i dystansu.

2.

W przeciągu XX wieku wielokrotnie obwieszczano w psychiatrii rewolucję lub (po wprowadzeniu tego pojęcia) zmianę paradygmatu naukowego. Przeżywanie tych przypliwów entuzjazmu dla nowych metod myślenia i działania uczy jednak bardziej historycznego spojrzenia, większego dystansu do zawirowań oraz pokory wobec rzeczywistości. Patrząc krytycznie na nowe pomysły, często dostrzegamy w nich jedynie kolejną odmianę starych dychotomii myślenia, które wprawdzie pozwalają toczyć ciekawe dyskusje, kwestionować tradycję i rzucać ożywcze pomysły, lecz nie przynoszą istotnej zmiany paradygmatu, która (wg założeń) powinna wychodzić poza zastane schematy i gwałtownie przyspieszać rozwój.

Opis i konstrukcja. Ta zmian dokonała się dzięki Emilowi Kraepelinowi, który przeszedł od opisu zaburzeń psychicznych do wskazania pewnego konstruktów (przebieg zaburzeń), który pozwolił na nowy sposób analizy zjawisk klinicznych. Tego typu nowych konstruktywów wyjaśniających było wcześniej i później wiele. Propozycja Kraepelina, biorąc pod uwagę jej trwałość oraz fakt, iż zapoczątkowała nowe uporządkowanie wcześniej mocno pogmatwanej wiedzy, bardziej niż inne zbliżałaby się do znaczenia zmiany paradygmatycznej.

Eksperyment i interpretacja. Zwłaszcza w okresie dominacji myślenia psychoanalitycznego oraz w okresie przewartościowań antypsychiatrycznych obwieszczano zmierzch empirii i powrót (odwrot?) do hermeneutyki, chcąc zastąpić niewystarczające lub zbyt płytkie schematy eksperymentalne metodami interpretującym rzeczywistość, sięgającymi poza dane eksperymentalne. Oba podejścia świetnie jednak współlistniały, a spór między nimi sięga daleko wstecz (wyjaśnianie czy rozumienie) i ostatecznie niewiele przyniosł.

Oko i szkiełko. Bardzo wiele obiecywano sobie poprzez uzbrajanie tradycyjnych metod psychiatrii (badanie stanu psychicznego, obserwacja, analiza kliniczna) kolejnymi instrumentami (np. zapis eeg, wskaźniki biochemiczne aż do badań molekularnych, obrazowanie mózgu, testy psychologiczne, skale kliniczne). Przynosiły one nową wiedzę, ale nie zmianę paradygmatu.

Osoba i organizm. Koncentracja na czynnościach psychicznych i somatycznych, na uwarunkowaniach psychospołecznych lub biologicznych stale pozostaje przedmiotem konkurencyjnych wyjaśnień i poszukiwań. Sam problem, o czym była już mowa, wydaje się pozorny, a samo trwanie tej dyskusji dowodzi, że chwilowa przewaga, czy nawet absolutyzacja jednego z krańców dychotomii nie oznacza jeszcze zmiany paradygmatu.

Rewolucje i ewolucja. Ostatecznie więc, patrząc na minione stulecie widzimy raczej ewolucyjny, znaczny przyrost wiedzy, która jak dotąd (modyfikowana i wzbogacana) mieści się w zastanych schematach i nie stanowi radykalnie nowego paradygmatu rewolucjonizującego nasze wyobrażenia o zaburzeniach psychicznych i metodach ich badania.

3.

Nowe pojęcia, nowe ujęcia i nowe klasyfikacje porządkujące wiedzę o zaburzeniach psychicznych przydają minionemu stuleciu niewątpliwie blasku. Nowe metody badania poszerzają nasz możliwości diagnostyczne i czynią je bardziej rzetelnymi. Nowe terapie

ograniczają nasze poczucie bezradności, a nowe struktury organizacyjne pozwalają wdrażać nowe terapie w sposób bardziej skuteczny. Te blaski psychiatrii XX wieku należałoby uzupełnić podkreśleniem odkrycia nowych sprzymierzeńców, wspomagających w kształtowaniu bardziej skutecznego działania. Po bolesnych i niesprawiedliwych oskarżeniach odkryto, że rodziny mogą pomagać w leczeniu. W wielu krajach udało się znaleźć sprzymierzeńców w instytucjach pomocy społecznej, a nawet przekonać decydentów politycznych i dysponentów publicznego grosza do podjęcia zadań związanych z ochroną zdrowia psychicznego w społecznościach lokalnych. Budzi to nadzieję, że nowe odkrycia zostaną wykorzystane z pożytkiem i w interesie chorych, a nie przeciw nim.

Warto pamiętać, że także najprawdziwsze fakty, mogą ulegać upraszczającym interpretacjom, ideologicznej wulgaryzacji oraz złej praktyce społecznej. Los chorych przymusowo wysterylizowanych, zagłodzonych lub zamordowanych przez zbrodniczy system polityczny (Niemcy hitlerowskie), a także cyniczne wykorzystanie placówek i metod psychiatrii do prześladowań politycznych (Związek Radziecki) mogą stanowić przykłady deformacji lub nadużywania psychiatrii, które rzucają na dwudziestowieczną psychiatrię głęboki i pobudzający do myślenia cień. W inny, ale także dramatyczny sposób zapisały się w tej historii doświadczenia przedwczesnego entuzjazmu dla nazbyt ryzykownych metod leczenia (rozległa lobotomia), lub ryzykownych reform instytucjonalnych (zamykanie szpitali bez dostatecznego rozwoju form alternatywnych).

4.

Psychiatrze śledzącemu bieg wydarzeń i próbującemu zdobyć się na jakąś ocenę minionego czasu i wysiłków nasuwa się przede wszystkim pytanie, czy nastąpił postęp, czy też upadek, czy może mieliśmy do czynienia z ruchem kołowym, z powracaniem do tych samych lub podobnych miejsc, sytuacji i rozwiązań? Odpowiedź nie wydaje się jednoznaczna. Przeżyliśmy wzloty i upadki. Zapewne wiemy wiele więcej o zaburzeniach psychicznych niż nasi poprzednicy z początku stulecia i rzadziej czujemy się bezradni. Trudno jednak powiedzieć, że stan rzeczy w psychiatrii zadowala. W wielu sprawach kręcimy się w kółko. Chyba jeszcze czekamy na olśniewająco nowy paradygmat.

Miejmy nadzieję, że nasze wysiłki znajdują uznanie w oczach pacjentów.

Doc. Jacek Wciórka

I Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii

Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa