

ZNACZENIE DIAGNOZY DLA TOŻSAMOŚCI PACJENTA CZ. 2: UZGADNIANIE CZY UZNANIE?

A MEANING OF DIAGNOSIS TO THE PATIENT'S IDENTITY. PART 2: CONSTRUCTION OR RECOGNITION?

Zakład Psychologii Zdrowia Instytutu Psychologii UJ
Kierownik zakładu: prof. dr hab. Władysława Pilecka

**diagnosis
identity
postpsychiatry**

Druga część artykułu o znaczeniu diagnozy dla tożsamości pacjenta skoncentrowana jest na porównaniu tradycyjnych nurtów psychiatrii z psychiatrią krytyczną oraz postpsychiatrią. Autorzy zawierają w nim zarówno tło teoretyczne, filozofię psychiatrii, jak i praktyczne implikacje nowych podejść dla procesu diagnozowania. Stawiają również otwarte pytania o granice konstruowania czy faktyczność psychiczną pacjentów.

Summary: In the second part of the article we direct our attention consecutively to biological, humanistic/existential and critical psychiatry/post-psychiatry. We show both chances and, more often, dangers of traditional model of psychiatric diagnostics when it is performed with insufficient dose of reflexivity. In our opinion, the most common dangers in question are: reification and self-fulfilling prophecy. We recall the World Psychiatric Association's proposition of complementing criteriological diagnostics with idiographic aspects. Finally, we introduce current critics of traditional psychiatry, more mature and creative than anti-psychiatric ones, that is recommendations of critical psychiatrists, post-psychiatrists, psychotherapists and clinical psychologists who are inspired by postmodernism and social constructivism. Referring to these ideas, we discuss both theoretical background (approaching philosophy of psychiatry when the opportunity arises) and practical implications with continuous focus on the main subject of our investigations. We attach difficult questions (e.g. about the limits of constructing) to our final conclusions, the questions we are putting now without trying to answer them in an explicit manner.

Wprowadzenie

Diagnostyka psychiatryczna opiera się na systemach klasyfikacyjnych ICD lub DSM, co bywa użyteczne, choć nierzadko niesie różne niebezpieczeństwa. Pomijając nawet to, że takie klasyfikacje nie mają de facto znaczącego oparcia w badaniach (zapewniają rzetelność kosztem trafności; [1]), a w praktyce klinicznej mogą prowadzić do błędnych rozpoznań [2], za największe z owych niebezpieczeństw dla tożsamości pacjenta uważamy reifikację oraz samospełniające się przepowiednie. Reifikacja choroby prowadzi bowiem najczęściej do przedmiotowego traktowania osoby chorej, z pominięciem znaczeń zawartych w symptomach oraz jej samej w swojej indywidualności i unikalności, których wyrazem jest poczucie tożsamości. Samospełniająca się przepowiednia oznacza zaś przede wszystkim realny wpływ oczekiwań i interpretacji psychiatrii na stan psychiczny pacjenta oraz jego tożsamość.

Diagnostyka w służbie choroby

Reifikacja

Jak zauważa Nassir Ghaemi, jeden z czołowych współczesnych psychiatrów, w przypadku nozologii psychiatrycznej reifikacja oznacza upatrywanie w diagnozach pewnych bytów, obiektywnych realności, jednostek stałych (fixed) i dobrze udokumentowanych [3]. W rzeczywistości jednak ani DSM-IV, ani ICD-10 nie powinny być postrzegane jako kompletne, zamknięte systemy uprawomocnionych (validated) jednostek diagnostycznych w psychiatrii. Ghaemi rozpatruje jednak sprawę z wielu perspektyw i uznaje, że to, co jest wadliwe w praktyce klinicznej i w badaniach, znajduje usankcjonowanie w obszarze administracyjnym i ekonomicznym (choćby kwestie związane z ubezpieczeniem), w których diagnostyka oparta na klasyfikacjach traktowana jest jako bezdyskusyjny wymóg. Tym niemniej psychiatra ten konkluduje swoje rozważania w mocnych słowach: „Jako że podejście pluralistyczne nie jest w psychiatrii wystarczająco zrozumiane i rzadko wprowadza się je w życie, wielu klinicystów popada w dogmatyzm. Reifikacja DSM-III i jego następców jest być może najbardziej widoczną oznaką upadku eklektyzmu i odrodzenia się dogmatyzmu” [3, s. 173].

Przypomnijmy, że przed laty jeszcze ostrzej wypowiadał się w tej materii Kępiński [4], który piętnował „chwytby badawcze” lękających się niewiadomego psychiatrów: podchwytliwe pytania mające na celu wykazanie u chorego urojeń czy halucynacji, stereotypowe badanie orientacji co do miejsca i czasu, uwłaczające pacjentowi sondowanie jego poziomu intelektualnego. Co więcej, w tym, jak sądził, radzeniu sobie psychiatrów z własnym niepokojem, widział krakowski psychiatra ich swoistą psychopatologię: powyższe chwytby przyrównywał do natręctw, zaś natychmiastowe szafowanie diagnozami — gdy przyrodzona przecież nieoznaczoność zmienia się w przesadną oznaczoność — uważał wręcz za „reakcje myślowe podobne do urojeń”. Lekarz i filozof Andrzej Kapusta, przywołując współcześnie poglądy jednego z pierwszych przedstawicieli psychiatrii krytycznej, uzmysławia absurdalność podobnych zabiegów: „Paradoksalnie, reifikacja, czyli próba opisu działania sprawcy jako wyniku wzajemnej gry sił przyczynowych, stanowi istotę choroby psychicznej. Samouprzedmiotowanie (czy depersonalizacja) pacjenta, podkreśla Ingleby, polega na postrzeganiu własnego życia jako pozbawionego znaczeń i sensów oraz siebie jako obiektu, a nie sprawcy” [5, s. 42]. W tym cytacie widzimy wyraźniej związki diagnozy poddanej reifikacji z zanikiem podstawowych wyznaczników tożsamości osobistej.

Często zapomina się o tym, że systemy klasyfikujące choroby psychiczne służą, nawet w opinii ich twórców, zaledwie statystykom i lepszej komunikacji pomiędzy specjalistami, co zupełnie nie przekłada się na lepszą komunikację z pacjentem, a tym samym uszanowanie jego tożsamości i realną pomoc. Jak zauważa Mordasiewicz: „Ta jasność i precyzja specjalistycznych wypowiedzi jest jednak opłacona tym, że poza nimi pozostaje to, co zawarte bywa w indywidualnym języku każdego z nas, gdy mówi o swoich lub cudzych przeżyciach czy doświadczeniach. Być może jest to zatem pozorna jasność i rzekoma precyzja” [6, s. 147].

Samospelniająca się przepowiednia

W cytowanym w pierwszej części artykułu tekście Fisher odnosi się również do innego interesującego nas fenomenu: „Jeśli ty sam i ludzie wokół ciebie wierzyacie, że twój

umysł będzie wadliwy i chory do końca twoich dni, jesteś zostawiony bez nadziei na to, że kiedykolwiek będziesz posiadał sprawczość (agency) do tego, aby budować swoje życie. Takie okropne przewidywanie może się stać samospełniającą się przepowiednią” [7]. Wyniki badań psychologów społecznych nad tożsamością i obrazem siebie ugruntowują empirycznie zarówno tę tezę, jak i zgoła jej przeciwną (co można zapewne wiązać z efektem reaktancji¹) wtedy, gdy dokonamy ekstrapolacji ich wyników na populację osób chorych psychicznie. Czołowy badacz z tego kręgu, William Swann, dyskredytując w dużej mierze wcześniejszą teorię autowaloryzacji, wysnuł wniosek z wielu badań prowadzonych już od lat 80., że motyw autoweryfikacji odpowiada za większość zmian w obrazie Ja. Udowodnił on m.in., że ludzie mniej lub bardziej akceptują informacje zwrotne potwierdzające ich obraz siebie. Jednocześnie, jeśli mamy do czynienia z sytuacją odwrotną, ludzie na ogół wyrażają dość żarliwie opór, „stając na głowie”, aby udowodnić, że nie są tymi osobami, za które uważa ich partner interakcji [8]. W badaniach Swanna osoby postrzegające siebie jako dominujące, opatrzone przez interlokutora etykietką uległych, stawały się rzeczywiście dominujące (jeśli „obiektywnie” nie zachowywały się w ten sposób wcześniej) lub jeszcze bardziej dominujące (w sytuacji, gdy pierwotnie oceniały się trafnie pod tym względem) — i na odwrót. Efekt ten potęgowała siła przekonania co do posiadania danej cechy. Możemy sobie wyobrazić, że podobnie może być w przypadku niektórych przynajmniej osób ze zdiagnozowaną chorobą psychiczną. Inni jednak, w odpowiedzi na apodyktycznie wyrażoną tezę na temat ich tożsamości („ma pan schizofrenię” lub, co gorsza, „jest pan schizofrenikiem”), zareagują nie pokornym przyznaniem się do „winy”, a raczej gwałtownym sprzeciwem, który notabene połączony z komponentem agresywnym może doprowadzić do „pogorszenia stanu” i upewnić psychiatrę co do prawdziwości pierwotnej hipotezy i konieczności przymusowej hospitalizacji. Samospełniająca się przepowiednia może więc dotyczyć klinicysty w nie mniejszym stopniu niż pacjenta.

Z drugiej jednak strony złożone procesy selektywnej interpretacji, związane z funkcjami poznawczymi (uwaga, kodowanie i wydobywanie z pamięci), stanowią przeszkody dla informacji zwrotnych rozbieżnych wobec obrazu siebie. Niewykluczone, że jest to jednym z powodów, dla których autopercepcja danej osoby czasami stoi w konflikcie z jej społecznym postrzeganiem.

Poza dychotomiami: w stronę diagnozy idiograficznej

O ile zachowawcza, by tak rzec, diagnostyka, oparta na opisie symptomów, służy w pierwszym rzędzie klinicystom dla lepszej komunikacji, to diagnoza innego rodzaju, zwana idiograficzną, oznacza, szczególnie etymologicznie (gr. *Ídios* — własny, *gráphō* — piszę), oddanie sprawiedliwości doświadczeniu i jego ujęciu przez sam podmiot.

Przypuszczalnie bez większego echa przeszły postulatory wygłoszone na największym forum psychiatrycznym w pierwszych latach obecnego wieku. Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne (World Psychiatric Association, WPA) [9] apelowało wówczas o udoskonalanie procedur diagnostycznych w psychiatrii, przez uzupełnienie ich o podejście idiograficzne. Innymi słowy, tradycyjnej diagnozie kryteriologicznej czy różnicowej,

¹ Subiektywnie postrzegane zwiększenie atrakcyjności opcji, do której dostęp został ograniczony (przysłowiowy „zakazany owoc”).

nastawionej na identyfikowanie samego zaburzenia (rozpoznanie), związanej z podejściem nomotetycznym i technicznym zarazem, towarzyszyć by miała diagnoza idiograficzna, nastawiona na zidentyfikowanie samego pacjenta w pełni jego jednostkowości (rozpoznanie). W odróżnieniu od postrzegania przeżyć pacjenta, jego myśli, wypowiedzi i zachowań jako zbioru łatwych do opisanego symptomów, podejście idiograficzne sprzyja niejako patrzeniu „od środka” i wychwytywaniu koherencji w narracji pacjenta w zestawieniu z jego historią życia. Jak konkluduje Kapusta: „Problemy z funkcjonowaniem mogą być odczytane w kontekście tego, co dana aktywność oznacza w życiu pacjenta” [5, s. 32]. W dokumencie WPA postuluje się, aby diagnoza tego rodzaju, zwana także spersonalizowaną (personalized) nie zastępowała kryteriologicznej, a stanowiła drugi poziom postępowania diagnostycznego.

Przytoczmy w tym miejscu niektóre z dziesięciu konkretnych zaleceń co do formułowania diagnozy idiograficznej. Zaczyna się ono od rozpoznania perspektyw zarówno klinicysty, jak i pacjenta, a w uzasadnionych przypadkach także i jego rodziny, bowiem wspólnym horyzontem tych perspektyw jest oczywiście sam pacjent — w swojej unikalności i tym, co w nim i dla niego ważne i znaczące, a konkretnie: jego obraz siebie, mocne strony, wartości, a także oczekiwania. Określeniu różnych perspektyw towarzyszyć ma identyfikacja rozbieżności, co w dalszej kolejności umożliwi ich wyjaśnienie i zintegrowanie w postaci „podzielanego rozumienia” (shared understanding). Tę zintegrowaną perspektywę winien przejąć diagnosta tak, aby był później w stanie zidentyfikować zasadnicze charakterystyki kliniczne oraz czynniki biologiczne (np. genetyczne, molekularne, toksykologiczne), psychologiczne (szczególnie psychodynamiczne, behawioralne i poznawcze) i społeczno-kulturowe (m.in. sieć wsparcia). Autorzy podkreślają szczególnie mocno znane skądinąd zalecenia: uważnego słuchania, dopasowania języka, zbudowania opartego na empatii przymierza terapeutycznego, kontekstualizacji. Równocześnie — co wydaje się stać w pewnej sprzeczności z postawą zawartą w wyżej wymienionych zaleceniach — zwracają również uwagę na strukturyzację, rekomendując 5 minut jako optymalny czas prezentacji mówionej i jedną stronę dla opisu formalnego.

Rozróżnienie — co ważne, nie na zasadzie dychotomii, a komplementarności — na standaryzowane oraz idiograficzne opracowanie diagnostyczne przypomina podobne — na diagnozę symptomatologiczną/kryteriologiczną i fenomenologiczną [za: 5], co oznacza odpowiednio nakierowanie na chorobę lub na osobę. Ponadto, pierwsza implikuje proces komputacyjny, druga — dialektyczny; charakter diagnozy kryteriologicznej ma postać algorytmu, fenomenologicznej zaś — jest otwarty, a jak relacjonuje Kapusta, „kolejne doświadczenia z pacjentem prowadzą do nowej oceny pojedynczego symptomu. Dotychczasowa diagnoza zawsze może zostać zakwestionowana i pogłębiona w procesie reinterpretacji” [5, s. 168].

Wpływy psychiatrii krytycznej i postpsychiatrii

Postulat wprowadzenia diagnozy idiograficznej do diagnostyki psychiatrycznej stanowi, jak sądzimy, echa psychiatrii krytycznej. O ile w ruchu antypsychiatrycznym padały często hasła o niestnieniu choroby psychicznej, o tyle psychiatria krytyczna nie próbuje „wylewać dziecka z kąpielą”, a jedynie nakłania do przesunięcia akcentów. Jej celem nie

jest już, jak w psychiatrii — nazwijmy ją: bezkrytycznej — usunięcie symptomów, ani nie jest nim właściwe antypsychiatrii towarzyszenie pacjentowi czy stwarzanie warunków sprzyjających jego „byciu w świecie”; jest nim raczej holistycznie rozumiane leczenie. Oznacza to odnoszenie się do całej osoby, przy założeniu, że wyleczenie jest możliwe. Indywidualne trudności psychiczne nie mogą być, jak powiadają psychiatrzy krytyczni, rozumiane wyłącznie w kategoriach nozologicznych i diagnoz; rozumiany powinien być raczej konkretny człowiek z potencjalnie identyfikowalną i najprawdopodobniej złożoną siecią potrzeb i trudności.

W książce *Social inclusion and recovery. A model for mental health practice* Repper i Perkins [10] przedstawiają możliwe implikacje tego stanowiska, podkreślając przede wszystkim potrzebę „budowania na zasobach” (tj. leczenia w oparciu o silne strony indywiduum) w odróżnieniu od „identyfikowania deficytów”. Co ważniejsze dla naszej dyskusji, zwracają oni również uwagę na przepaść pomiędzy perspektywą przyjmowaną przez profesjonalistów a „żywym doświadczeniem” (lived experience) trudności psychicznych; ich zdaniem stanowi to podstawową przeszkodę ku nawiązaniu przymierza terapeutycznego.

Psychiatrię krytyczną często utożsamia się z postpsychiatrią. Jest to częściowo słuszne, główne założenia są bowiem podobne, lecz obydwa te nurty współczesnej psychiatrii różnicuje m.in. silne osadzenie tej drugiej w filozofii postmodernistycznej [11]. W tym sensie postpsychiatrię można traktować szeroko jako wszelkie modyfikacje tradycyjnej praktyki zainspirowane postmodernizmem. Co ciekawe, postpsychiatria w wąskim sensie, zainicjowana intensywnie komentowanym manifestem Brackena i Thomasa [12], opiera się głównie na połączeniu fenomenologii² i hermeneutyki w duchu Martina Heideggera i szwajcarskiego psychiatry Medarda Bossa, które przekłada się na zaabsorbowanie światem znaczeń i relacji ze światem. Innymi słowy, zrozumienie pacjenta i jego rzeczywistości nie jest wedle tych autorów możliwe bez poznania kontekstu, a właściwie licznych kontekstów jego „bycia w świecie” [13] oraz bez uprzedniej eliminacji poznawczej kartezjańskich dualizmów: ciało–umysł, umysł–społeczeństwo, ciało–społeczeństwo. Postpsychiatrzy nie odrzucają wyjaśnień przyczynowych, jednakże sugerują, aby w pierwszej kolejności badać w sposób hermeneutyczny znaczenie symptomów życia pacjenta, wychodząc naprzeciw jego unikalnemu sposobowi bycia w świecie. Diagnoza „okazuje się w postpsychiatrii czymś innym niż definiowaniem świata pacjenta z perspektywy chłodnej ekspertyzy, gdzie definicje oraz demarkacje są najważniejsze” [5, s. 124]. Podobnie jak Kapusta uważamy, że dochodzenie do diagnozy jest procesem podejmowanym w dialogu z pacjentem. „Jego pojmowanie własnej sytuacji może pomóc w naświetleniu odmiennych perspektyw. Także duchowe i religijne wymiary doświadczeń pacjenta mogą okazać się bardzo istotne” [5, s. 124]. Tym samym afirmowana zostaje zarówno podmiotowość, jak i tożsamość, w której obręb często wchodzi nierazko pomijane w psychiatrii wymiary duchowości

² Fenomenologia wiąże się w psychiatrii z różnymi rozumieniami jej zadań i wyływającymi stąd konsekwencjami praktycznymi. Dość powiedzieć, że współczesny system klasyfikacyjny opiera się w dużej mierze na fenomenologicznych propozycjach Jaspersa sprzed wieku. Autor *Psychopatologii ogólnej* dostarczył bowiem filozoficznych przesłanek do skupiania się na abstrakcyjnych jednostkach uważanych za zasadnicze dla wielu jednostek ludzkich, nie zaś na innych aspektach, takich jak subiektywne doświadczenia, bycie osobą, więzi międzyludzkie czy kwestie kulturowe [1].

lub religijności. Podsumowując, możemy uznać, że propozycje postpsychiatrów zawierają przede wszystkim dwie składowe: holistyczność oraz dialogiczność. Skupmy się teraz na tym drugim pojęciu, poszerzając jego zakres semantyczny o propozycje ściśle już postmodernistyczne.

Postmodernistyczny dialogizm — współkonstruowanie rozpoznań w miejsce stawiania diagnoz

Zasługą postmodernizmu jest m.in. zwrócenie uwagi na to, że sakralizowana we współczesnej neopozytywistycznej nauce wiedza obiektywna (podobnie jak monowersyjność świata) w niektórych przynajmniej obszarach może się okazać zbiorem złudzeń i artefaktów kulturowych. Postmodernizm ujawnia wielość opcji, z których żadna początkowo nie jawi się jako jedynie właściwa, wszystkie są bowiem na równi uprawnione, wszystkie dostępne. Żadna nie jest pewnikiem, a już wybrana rzadko pozostaje niezmienna i ostateczna — płynna jest bowiem rzeczywistość i wszystkie jej składniki, w tym tożsamość [14]. Chociaż podobne konstatacje łączy się nierzadko z relatywizmem, a nawet z nihilizmem, pewnym paradoksem jest, że w psychiatrii ich aplikacja, którą postpsychiatrzy wiążą z prymatem etyki nad technologią [12]³, wywołuje większy szacunek do pacjenta, nastawienie na realny dialog i współpracę oraz działania bardziej konstruktywne, niż miało to miejsce w klasycznej psychiatrii.

Owa „konstruktywność” odsyła, na zasadzie homonimii, do konstrukcjonizmu społecznego, kierunku ściśle związanego z postmodernizmem, który okazuje się inspirujący na terytorium psychiatrii i psychoterapii, owocując zarówno nowymi konceptualizacjami, jak i wieloma propozycjami modyfikującymi dotychczasowe metody pracy terapeutycznej, tak w nurcie psychodynamicznym, jak i poznawczo-behawioralnym [15], najbardziej jednak zaznaczając swoje miejsce na gruncie systemowej terapii rodzin [16].

Psychiatrzy i psychoterapeuci odwołujący się do konstrukcjonizmu społecznego postulują współpracę z pacjentem w procesie dochodzenia do prawdy o nim samym, konstruowanie ram pojęciowych dla stanu, w jakim znajduje się on sam, jego rodzina lub jeszcze szerszy system. Autorzy tacy jak Harlene Anderson czy Klaus Deissler mówią w istocie o tym samym, co postpsychiatrzy sensu stricto wysuwają jako jeden z podstawowych postulatów, tj. o traktowaniu pacjenta jako partnera albo wręcz jako eksperta od własnych problemów. Anderson [za: 16] dosłownie nazywa swój sposób pracy, stroniącej od założonych z góry metod czy technik, terapią opartą na współpracy lub terapią dialogiczną. Problem (np. anoreksja czy schizofrenia w rodzinie) istnieje w języku, co oznacza, że w nim jest konstruowany, a nie oznacza, że poza nim (problemem urzeczywistnionym w języku) nie ma doświadczeń, cierpienia etc. Tak, jak przez język tworzone

³ Jednym z kluczowych wątków przewijających się w pracach postpsychiatrów jest właśnie rozróżnienie pomiędzy technologią a etyką. Technologia to w tym rozumieniu zestaw narzędzi, którymi dysponuje psychiatria, takich jak pojęcia, diagnozy, procedury, lekarstwa czy nawet techniki terapeutyczne, a także przekonanie, że choroby psychiczne to konsekwencja różnego rodzaju wadliwych psychicznych, czy też neurologicznych, wewnętrznych mechanizmów. Etyka zaś, której prymat postulują autorzy związani z tym nurtem, miałyby tutaj oznaczać uwzględnienie szerszego kontekstu choroby i jej znaczenia dla pacjenta oraz świadome uwzględnienie w procesie terapii świata wartości.

są problemy, przezeń również można je rozwiązywać, czemu właśnie służyć ma rozmowa terapeutyczna. Z postmodernizmem łączy się tutaj brak nacisku na odkrywanie jed(y)nej prawdy, przyjmując raczej jej wielowersyjność, tj. wiele prawd, istniejących nie tylko w sytuacji terapeutycznej (prawda terapeuty i prawda pacjenta lub też jego rodziny), ale i w każdym z partnerów (sic!) tej interakcji. To ostatnie odsyła do koncepcji „dialogowego Ja” Huberta Hermansa [17], z którą z kolei zbieżny jest fragment polskiego wprowadzenia w psychoterapię postmodernistyczną, omawiający filozofię pracy terapeutycznej Anderson: „Może się to wyrażać ugięciem wobec klienta sprzecznych względem siebie refleksji terapeuty” [16, s. 80]. W świetle teorii Hermansa nie tylko w interakcjach społecznych istnieją różnice zdań, światopoglądów, dyskursów: występują one także w każdej osobie pod pozycją „głosów” czy „postaci”.

Współpracownik Anderson, Deissler, rozwija tezy i propozycje terapeutyczne amerykańskiej psycholożki. Wprowadza bogate znaczeniowo i kontrowersyjne zarazem sformułowanie „psychiatryczne gry językowe”. Ich przykładem są zjawiska (co znaczące, nazywane przez niemieckiego psychologa „metaforami”) społecznej kontroli (tj. władzy i przymusu), pomocy i opieki oraz zmian biochemicznych i mózgowych. Dla Deisslera są one jednocześnie symbolami wywołującymi sporządzanie diagnoz. To wszystko konstruuje rzeczywistość psychiatryczną, w obrębie której, jego zdaniem, dialog nie ma racji bytu. Przykładowo, istotą „metafory władzy”, z gruntu antyterapeutycznej, jest ukryte założenie o obiektywności postrzeganego zjawiska, co sprowadza się w praktyce do narzucania znaczeń (w tym tożsamości) pod pozorem ich odkrywania. Można jednak od niej abstrahować, rezygnując z chęci do oglądania świata — tutaj: pacjenta⁴ — takim, jakim jest „naprawdę”, na rzecz tworzenia czy raczej współtworzenia jego rzeczywistości: obrazu jego problemów, obrazu jego Ja i tożsamości. W ten właśnie sposób ta ostatnia ulega przeobrażeniu, lecz za jego zgodą i z jego współudziałem. Jak dodaje Deissler, klinicyście przyzwyczajonemu do „prowadzenia” lub „kierowania we właściwym kierunku” może być trudno zrzec się władzy, oddać zdrowie pacjenta w jego własne ręce. Tym, co może zrobić, jest stworzenie warunków do zaistnienia zmian, sprzyjających współkonstruowaniu rozwiązania jako efektu zarówno inwencji terapeuty, jak i udziału reszty systemu, którego — co istotne — ten pierwszy stanowi część składową. Terapia, częściej zresztą zwana ciągiem konsultacji, jest w tym ujęciu procesem, w czasie którego system problemowy przekształca się w system rozwiązujący problem [18].

W tym miejscu można postawić co najmniej kilka pytań. Zadamy je tylko, zostawiając ich rozważenie na inny czas. Zaczniemy od wątpliwości: na ile w ogóle jest możliwe lub/i pożądane przez pacjenta kierowanie przezeń procesem terapeutycznym czy całkowicie równoprawna w nim rola? Kolejne pytania wiążą się z konstrukcjonistycznym i postmodernistycznym rozumieniem tożsamości. Czy bowiem wszystko może zostać skonstruowane? Czy zmiana narracji — fenomen ściśle z powyższym związany — nie zasłania prawdy, która być może jednak, mniej lub bardziej intersubiektywnie, istnieje? Konstruować (negocjować, uzgadniać) można odpowiedzi na pytanie: „kim jestem i co mi jest?”, jednak samo pytanie nie podlega konstrukcji. Będąc wyrazem pewnego braku, jest jednocześnie wyrazem jakiejś pełni. Ten, kto pyta, coś znaczący, co jednak znaczący nie jest pewne, choć pewne jest to, że jego znaczący. Czy ten, kto znaczący, zadając pytanie znaczące i o znacze-

⁴ Deissler preferuje z reguły słowo „klient”.

nie, dochodzi do słowa? Jeśli nici z narracji, to i nici z konsultacji nastawionej na ciąg językowych przekształceń, uchylających się od psychiatrycznej gry [19]. Czy tożsamość w rozumieniu postmodernistów, jako wartość charakteryzująca się raczej płynnością niż stabilnością, nie stanowiłaby rozwiązania dylematów tożsamościowych osób z diagnozą, np. schizofrenii, ale tylko w sposób intelektualny, klinicznie bezwartościowy?

Zakończenie

Uważamy, że sedno zaleceń postpsychiatrów sprowadza się w dużej mierze do nieco zapoznanej wcale nie nowej sztuki (sic!) badania psychiatrycznego, podczas którego tożsamość pacjenta zostaje, do pewnego przynajmniej stopnia, rozpoznana oraz albo afirmowana, albo w sposób demokratyczny uzgadniana. Jak przypominają bowiem Janusz i współpracownicy w artykule postulującym zwiększenie udziału badań jakościowych w psychiatrii, poznanie fenomenologiczne, które rozumieją jako poznanie tego, co jeden podmiot ujawnia drugiemu, „jest istotą głównego sposobu docierania do »natury rzeczy« w psychiatrii, czyli badania psychiatrycznego” [20, s. 6]. Również inny nurt jakościowy rekomendowany przez tych autorów, symboliczny interakcjonizm, przedstawia propozycje niemal tożsame z podawanymi przez postpsychiatrów oraz orędowników idiografizmu: „Odkrywanie tego, jak pacjenci interpretują otaczającą ich rzeczywistość, jak również tego, jakich interpretacji dokonują psychiatrzy, a także — jaka jest »interakcja tych dwóch interpretacji« jest niezwykle ważne nie tylko z poznawczego punktu widzenia” (ibidem).

Postpsychiatrom zależy jednak nie tylko na jakości świadczonych usług w obrębie interakcji pacjent — psychiatra. To, co wyróżnia ten ruch, to nacisk, jaki jego przedstawiciele kładą na modyfikację istniejących systemów opieki medycznej w zakresie zdrowia psychicznego. I tak np. Lewis rekomenduje włączenie pacjentów do środowiska Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, co więcej, jako największej w nim grupy. W dalszej kolejności pod względem liczebności miałyby się plasować tam rodziny, dopiero na trzecim miejscu psychiatrzy wraz z psychologami klinicznymi, dalej zaś pracownicy administracyjni, uczeni, etc. [21]. Fulford proponuje, żeby szóste wydanie DSM miało tak na celu, jak i u źródła, nie tylko dobrą komunikację pomiędzy klinicystami, ale również pomiędzy pacjentami a profesjonalistami oraz różnymi profesjonalistami w interdyscyplinarnych zespołach. Jego zdaniem tylko w ten sposób podręcznik zyska w końcu na trafności. Jedną z propozycji tego wybitnego filozofa psychiatrii jest poszerzenie denotacji słowa „superwizja” o konsultacje ze strony innych specjalistów niż psychiatrzy, przede wszystkim zaś „konsumentów” [22]. W polskim piśmiennictwie pojawiła się sugestia, aby nazwy chorób były bardziej czytelne i bliskie rzeczywistości, tj. aby nazywały przeżywane fenomeny (np. zaburzenie urojeniowo-lękowe) oraz by były przedmiotem dialogu z terapeutą lub z lekarzem [23].

Zanim dojdzie do tego rodzaju rewolucji⁵, nie mówiąc już o przemianach kulturowych związanych m.in. z negatywnymi stereotypami wobec chorych psychicznie, byłoby wskazane, aby psychiatrzy w swoich interwencjach uwzględniali częsty „skutek

⁵ Należy jednak odnotować, że już teraz istnieją podejścia zgodne z duchem postulatów przytoczonych w artykule. Do najbardziej popularnych należy niewątpliwie fiński model Open Dialogue Approach, o którym coraz więcej mówi się w Polsce [24].

uboczny” oddziaływań psychiatrycznych w postaci zagrożeń dla tożsamości pacjenta [25].

Czy „zubożenie” tożsamości osoby, np. po kryzysie psychotycznym, do tożsamości „schizofrenika” jest nieodłącznym efektem wglądu? Autorka typologii podiagnostycznych tożsamości uważa, że nie, jednakże żadna z zaobserwowanych przez nią tożsamości nie jest wskazana na dłużej [26]. Każda, by tak rzec, ma swój czas (np. „pochłonięta” w trakcie ostrych epizodów choroby), stąd żadna nie powinna być ani idealizowana, ani stygmatyzowana. Według Williams zadaniem klinicystów może być upewnianie się co do tego, że pacjenci są świadomi różnych tożsamościowych opcji oraz że są wyposażeni w umiejętności i zasoby zewnętrzne konieczne do tego, by je realizować, nie zaniedbując przy tym innych aspektów tożsamości. W praktyce niektórzy autorzy zalecają np., gdy to konieczne, interwencje poznawczo-behawioralne: osobom o tożsamości „schizofrenika”, którym z tego powodu towarzyszą odczucia depresyjne i zaniżone poczucie wartości, przypomina się, że mają jedynie chorobę o nazwie schizofrenia, a sama schizofrenia nie jest tożsamością [27].

Rozważmy jednak sami: czy koniecznym warunkiem rozpoznania pacjenta, które nie naznaczy go piętnem choroby i nie przekształci, w konsekwencji, w jednostkę chorobową, ale będzie go utwierdzać w poczuciu tożsamości tego, kim jest, z tym, jak się wyraża, więc czy tym koniecznym warunkiem, chroniącym pacjenta przed rozpoznaniem, będącym de facto jego zapoznaniem, nie jest klinicysta (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta) myślący? Wiedza fachowa zdaje sprawę jedynie z tego, co jest dostępne zmysłom, a w rezultacie może stać się przedmiotem intelektualnej obróbki (technologii) i oddziaływań nastawionych na wynik (dajmy na to, sukces terapeutyczny). Tymczasem to, co jest, znaczy zawsze poza tym coś innego [28]. Symptom dodany do symptomu i nanizany na oś czasu daje w wyniku jednostkę chorobową. Symptom, w którym rozpoznajemy ślad tego, kto się w nim wyraża: życia, jakie płynie — znaczy tego, kto upływa. Rzecz jasna, zarówno ślad, jak i ten, kto go stawia, są niewyraźni — drogi, na których znaczą i które znaczą, pełne są odcisków zostawionych przez innego. Co znaczą? Kogo znaczą? Z jakich historii pochodzą i czyich? Nic z tego nie poddaje się bez reszty poznaniu, zostaje więc miejsce na domysł, wyobraźnię, fantazję, słowem na myśl, która w przeciwieństwie do intelektu (przypomnijmy za I. Kantem) może odchodzić od zmysłów, nie skazując na ich wyroki. Te — dodajmy — przyjmując postać obrazów i przedstawień, często jasnych, wyraźnych i opartych na dowodach (statystycznych wprawdzie, lecz jednak), sprzyjają pochopnemu działaniu zwłaszcza wtedy, gdy już nie dają do myślenia. Myślący klinicysta rozpoznaje w pacjencie źródło swego namysłu i troski. Wie, że droga do niego jest zawsze pod prąd (musi pokonać swój opór) i nigdy się nie kończy (im bliżej źródła, tym ciemniej). Znaczenie tego, kogo rozpoznaje, pozostaje pytaniem. Stawia je nie dla racji, ale z powodu zobowiązania wobec tego, komu, po pierwsze, nie wolno szkodzić.

Piśmiennictwo

1. Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *Int. J. Law Psychiatry* 2010; 33(2): 59–65.
2. Citkowska-Kisielewska A, Aleksandrowicz J. Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne — psychopatologia i leczenie. *Psychoter.* 2003; 4(127): 5–19.

3. Ghaemi N. *The concepts of psychiatry: a pluralistic approach to the mind and mental illness*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003.
4. Kępiński A. *Poznanie chorego*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1978.
5. Kapusta A. *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2010.
6. Morasiewicz J. *Język kliniki czy klinika języka? W: Opoczyńska M. Róża wierszem niezawołana. Szkice na temat poznania i samopoznania*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, s. 145–152.
7. Fisher D. *We are whole people, not broken brains. Mad in a America*. *Science, Psychiatr. Comm.*; 2013. <http://www.madinamerica.com/2013/02/we-are-whole-people-not-broken-brains/> [dostęp: 31.03.2015]
8. Swann W. *Identity negotiation: where two roads meet*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 53 (6): 1038–1051.
9. IGDA Workgroup, WPA. *IDGA. 8: Idiographic (personalized) diagnostic formulation*. *B. J. Psych.* 2003; 182 (suppl. 45): 55–57.
10. Repper J, Perkins R. *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*. London: Baillière-Tindall; 2003.
11. Barbaro B de. *Postpsychiatria: surowy krytyk nowoczesnej psychiatrii*. *Psych. Dypl.* 2007; 6: 17–23.
12. Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatria: a new direction for mental health*. *B.M.J.* 2005; 322 (7288): 724–727.
13. Heidegger M. *Bycie i czas*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
14. Bauman Z. *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2006.
15. Wachtel P. *Komunikacja terapeutyczna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
16. Chrzastowski S, Barbaro B de. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
17. Hermans H. *Polifonia umysłu: wielogłosowe i dialogowe Ja*. W: Rowan J, Cooper M, red., *Jekyll i Hyde. Wielorakie Ja we współczesnym świecie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008, s. 115–139.
18. Deissler K. *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1998.
19. Opoczyńska M. *Narracje w psychoterapii — ujęcie fenomenologiczne*. W: Janusz B, Gdowska K, Barbaro B de, red. *Narracja. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008, s. 445–457.
20. Janusz B, Bobrzyński J, Furgal M, Barbaro B de, Gdowska K. *O potrzebie badań jakościowych w psychiatrii*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44 (1): 5–11.
21. Lewis B. *Moving beyond Prozac, DSM, & the new psychiatry. The birth of postpsychiatry*. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 2006.
22. Fulford KW. *Values in psychiatric diagnosis: executive summary of a report to the chair of the ICD-12/DSM-VI Coordination Task Force*. *Psychopath.* 2002; 35(2–3): 132–138.
23. Barbaro B de. *„Schizofrenia” jako kłątwa*. W: Cechnicki A, Bomba J, red. *Schizofrenia: różne konteksty — różne terapie*. Tom 3. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2004, s. 57–66.
24. Seikkula J. *W stronę dialogu: psychoterapia czy sposób życia?* (tłum. I. Szarkowicz). *Psychoterapia* 2013; 2(165): 13–27.

-
25. Barbaro B de, Opoczyńska M, Rostworowska M, Drożdżowicz L, Golański M. Changes in the patient's identity in the context of a psychiatric system — an empirical study. *J. Fam. Ther.* 2008; 30: 438–449.
 26. Williams CC. Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry* 2008; 71(3): 246–256.
 27. Miller R, Mason SE. Phase-specific psychosocial interventions for first episode schizophrenia. W: Johannessen JO, Martindale BV, Cullberg J. *Evolving psychosis. Different stages, different treatments.* London: Routledge, s. 139–160.
 28. Opoczyńska M. Semantyka szaleństwa i szaleństwo semantyki. W: Tokarz A, red. *Pamięć, osobowość, osoba. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Annie Galdowej.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011, s. 325–336.

Adres: krzysztof.jan.dyga@gmail.com