

J a c e k W c i ó r k a

„Choroba psychiczna” – ontologiczny fundament czy fatamorgana psychiatrii?*

Słowa kluczowe: *szaleństwo, choroba psychiczna, zaburzenie psychiczne, punkty widzenia*

1. Szaleństwo

Szaleństwo – niezwykle indywidualne doświadczenie, przekraczające wspólnotowe granice rozumienia i porozumienia, uzewnętrzniane w wypowiedziach lub zachowaniach osób – stanowi fenomen obecny w historii wspólnot ludzkich od stuleci. Różnie nazywany (ang. *madness, insanity, lunacy*; franc. *folie, alienation*; niem. *Irrsinn, Wahnsinn, Verrücktheit*), różnie opisywany, oceniany i traktowany. Przypisywany też różnym porządkom poznawczym i aksjologicznym, oraz poddawany odpowiadającym im praktykom, częściej eliminacyjnym niż tolerancyjnym. W próbach spojrzenia na ów pochod szaleństwa przez dzieje wyobraźnia historyczna patrzy zwykle przez szkiełko dzisiejszych praktyk i sporów, widząc w nim, dla przykładu, albo stopniowe przebijanie się postępu medycyny (por. Bilikiewicz 1982), racjonalności (Porter 2003), albo grę innych zgoła sił i interesów (por. Foucault 1987). Przełom XVIII i XIX wieku stanowi w tym pochodzie istotną cezurę. Szaleństwo, za sprawą oświeceniowego racjonalizmu, stało się wtedy stopniowo, ale dość konsekwentnie „chorobą psychiczną”, tj. zadaniem medycyny. Nazwę „psy-

* Zaktualizowany tekst oparty na wystąpieniu w sesji „Psychiatria i antropologia filozoficzna” w trakcie 45. Zjazdu Psychiatryków Polskich (Katowice, 17 czerwca 2016 r.).

chiatría” dla nowej dziedziny medycyny zaproponował Johann Christian Reil (1808), niemiecki anatom, fizjolog i ostatecznie psychiatra, lekarz i przyjaciel Goethego¹.

2. (Szaleństwo) jako choroba

Pozostawanie w domenie medycyny pociąga za sobą kilka rozpoznanych już, choć nadal dyskutowanych konsekwencji. Po pierwsze, zakłada profesjonalizm – tj. dostępność grona specjalistów dysponujących wiedzą, umiejętnościami i standardem etycznym w pomaganiu osobom dotkniętym chorobą (leczeniu). Po drugie, z profesją wiąże się odpowiedzialność wynikająca z poczucia służby, misji lub wiarygodności jej praktyk. Po trzecie, między profesją a społeczeństwem zawierany jest rodzaj umowy społecznej, opisującej wzajemne zobowiązania, która ją wyposaża w narzędzia, uprawnienia, czasem przywileje, ale określa też dyscyplinujące wymagania i sankcje. Po czwarte wreszcie, co może mniej czytelne, ale bez wątplenia odczuwalne, profesja przejmuje i sprawuje nad chorobą władzę. Może właśnie w przypadku psychiatrii i choroby psychicznej jest to władztwo o szczególnie rozległym zasięgu, z całym bagażem historycznych błędów, nadużyć i oskarżeń (por. Whitaker 2002; Nasierowski 2008; van Voren 2010) oraz ciągle otwartych pytań i niezakończonych dyskusji.

Dotyczą one nie tylko konceptualizacji „choroby psychicznej”, ale i jej antytezy – „zdrowia psychicznego”, oraz pogranicza między nimi. Kontrowersyjność definicji, nieostrość granic, umowność kryteriów, napięcia moralne związane z nieuniknionym wartościowaniem oraz zmieniające się oczekiwania i naciski zewnętrzne kształtujące praktykę psychiatrii (por. Sadler 2005) sprawiają, że najprostsze, zdawałoby się, pytania stawiane psychiatrii, takie jak: czym jest „choroba psychiczna”, ciągle nie znajdują oczywistych ani jednoznacznych odpowiedzi, a wołanie o filozoficzną refleksję w tych kwestiach nabiera ponownie siły (por. Fulford i in. 2004; Bolton 2008; Demazeux i Singy 2015).

¹ W artykule pt. *Über den Begriff der Medizin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik in der Psychiaterie*, opublikowanym w *Beyträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege* w roku 1808 (za: Marneros 2008).

3. (Szaleństwo) jako choroba psychiczna – pojęciowe przymiarki (1)

W pierwszym stuleciu swego oddziaływania „choroba psychiczna” służyła jako rodzaj omnibusu psychiatrii, na który załadowano cały jej kłopotliwy i złożony bagaż pojęciowy i praktyczny. Zmieniały się jedynie lub mnożyły perspektywy. W pierwszych dekadach choroba psychiczna była częściej chorobą ducha, zadaniem „romantycznej” psychiatrii, próbującej, nie bez powodzenia, pomagać w przybytkach tzw. leczenia moralnego. Szybko jednak duch czasów utorował drogę długotrwałej dominacji hasła „choroby psychiczne są chorobami mózgu” i leczenia biologicznego, która w zasadzie trwa, okresowo odnosząc sukcesy, okresowo jednak ulegając zwątpieniu i krytyce („mitologia mózgowia”). Z początkiem XX wieku sukcesy psychoanalizy, a potem innych psychoterapii, zwróciły ponownie uwagę na chorobę psychiczną jako chorobę umysłu oraz budujących umysł świadomych i nieświadomych modalności psychicznych, a w połowie tegoż stulecia zaczęto doceniać rolę relacji chorego z jego społecznym środowiskiem, zaś choroby psychiczne widzieć jako rodzaj dewiacji społecznej, w której uczestnik definiowany jako chory jest mniej lub bardziej ofiarą dysfunkcyjnych systemów społecznych.

Efektom tych konkurujących perspektyw było ubywanie ładunku wspomnianego omnibusu. Z upływem czasu, obok „choroby psychicznej” (albo „prawdziwej choroby psychicznej”) wśród zadań psychiatrii pojawiły się trudne doświadczenia ludzkie opisywane innymi terminami, takimi jak przykładowo – „warianty normy”, reakcje, nerwice, psychopatie, schorzenia psychosomatyczne.

4. Krytyka: „mit choroby psychicznej”

Narastającą falę wątpliwości i krytyki skrytykował głośny artykuł Thomasa Szasa (1960) zawierający tezę, że „choroba psychiczna jest mitem”. Jego zdaniem „choroby psychiczne” nie są chorobą mózgu, bo tymi skutecznie zajmuje się neurologia. Natomiast psychiatria zajmuje się problemami życia – a te rozgrywają się w kontekście społecznym, etycznym oraz prawnym, i podlegają mu. Postępowanie medyczne, zwłaszcza psychiatryczne, pozostaje w niewoli tego kontekstu i zaangażowania. Rozpoznanie „choroby psychicznej” nie jest aktem neutralnym moralnie, lecz w sposób nieuzasadniony „uprawnia” psychiatrię i psychiatrów do wielu możliwych uproszczeń i nadużyć. Zdaniem Szasa „choroba psychiczna” zasłania ten fakt, jest wyjaśniającym i uzasadniającym mitem, tak jak kiedyś czary i demony, a w chemii – flogiston. Pogląd

ten zapoczątkował ciągle trwającą, i – moim zdaniem – owocną dyskusję nad podstawami myśli i praktyki psychiatrycznej. Szasza trudno nazwać antypsychiatrą, bo psychiatrię na swój sposób do końca życia uprawiał (Szasz 2011). Jego krytyka zapoczątkowała jednak szeroki nurt krytyczny wobec sposobu praktykowania psychiatrii, jej instytucji oraz powierzanych jej uprawnień, określane najpierw jako antypsychiatria, potem – psychiatria radykalna lub krytyczna, wreszcie – postpsychiatria (Bracken i Thomas 2005). Krytyka ta zmienia psychiatrię i systemy opieki psychiatrycznej.

Czy jednak zmieniła też sposób rozumienia i korzystania z terminu „choroba psychiczna”?

5. (Szaleństwo) jako zaburzenie psychiczne – pojęciowe przymiarki (2)

Krytyka pojęcia „choroba psychiczna”, ale także wiele innych teoretycznych i praktycznych zarzutów wobec kategorii diagnostycznych psychiatrii zaowocowały stopniowym eliminowaniem tej kategorii z oficjalnego języka współczesnej psychiatrii. Współczesne klasyfikacje psychiatryczne, celem uniknięcia poważniejszych wątpliwości dotyczących terminu „choroba” (ang. *disease, illness*), zastąpiły go wyrażeniem „zaburzenie” (*disorder*). Można by więc sądzić, że choroba psychiczna przestała być pojęciowym fundamentem psychiatrii. Czym jest jednak zaburzenie psychiczne?

Według obowiązującego w Polsce, dziesiątego wydania klasyfikacji międzynarodowej (ICD-10) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO):

zaburzenie nie jest terminem ścisłym, a używany jest on tu celem wskazania na istnienie układu klinicznie stwierdzalnych objawów lub zachowań połączonych w większości przypadków z cierpieniem (*distress*) i z naruszeniem (*interference*) funkcjonowania indywidualnego (*personal*). Sama dewiacja społeczna lub konflikt bez naruszania indywidualnego funkcjonowania nie powinny być, w myśl przyjętych tu definicji, zaliczane do zaburzeń psychicznych (WHO 2000, s. 16).

W DSM-5, najnowszym wydaniu bardzo wpływowej na świecie klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), zaburzenie psychiczne zdefiniowane jest następująco:

jest zespołem cechującym się istotnym klinicznie zakłóceniem (*disturbance*) zdolności poznawczych jednostki, regulacji emocji lub zachowania, które odzwierciedla dysfunkcję (*disfunction*) procesów psychicznych, biologicznych i rozwojowych stanowiących podłoże funkcjonowania psychicznego. Zaburzenia psychiczne są zwykle związane z istotnym

cierpieniem (*distress*) lub niepełnosprawnością (*disability*) w zakresie działań społecznych, zawodowych lub innych ważnych. Nie jest zaburzeniem psychicznym przewidywalną i kulturowo aprobowaną odpowiedź na pospolity stresor lub utratę, jak np. śmierć kogoś bliskiego; nie są zaburzeniami psychicznymi społecznie dewiacyjne zachowania (np. polityczne, religijne lub seksualne) oraz konflikty występujące pierwotnie między jednostką a społeczeństwem, dopóki dewiacja lub konflikt nie prowadzą do opisanej wyżej dysfunkcji jednostkowej (APA 2013, s. 20).

Cytowane definicje otwierają długie, liczące kilkaset kategorii, starannie opisane i wyposażone w przemyślane kryteria, wykazy takich *personal-dis*, tj. zaburzeń psychicznych stanowiących przedmiot działania psychiatrii i psychiatrów. Ominięcie terminu „choroba” raczej nie rozwiązało trudności i miazm związanych ze znaczeniem „choroby psychicznej”. Pomogło jedynie odsunąć niektóre konotacje emocjonalne. Czy więc zaburzenia są tylko semantycznym substytutem choroby? Czy też niosą nowe przesłanie?

Obfita krytyka ze strony opinii publicznej i wielu specjalistów, jaka towarzyszyła publikacji DSM-5, wskazywała, że mimo kilku dekad zastępowania „choroby” „zaburzeniem”, wątpliwości i niepewność w znacznej mierze pozostały.

Sposób ujmowania zaburzeń psychicznych w ICD-10 i DSM-5 poprawił rzetelność (*reliability*) ich rozpoznawania, ale tylko w niewielkim stopniu (lub zgoła żadnym) zmienił trafność (*validity*) rozpoznawania. Inaczej mówiąc, rozpoznajemy dokładniej i zgodnie, ale ciągle bez pewności, że rozpoznajemy to, co powinniśmy, by sięgnąć istoty i skutecznie pomóc.

Otwarta pozostaje dyskusja, czy „zaburzenia psychiczne” mogą być, tak jak choroby somatyczne, „rodzajem naturalnym” (*natural kind*), czy jednak pozostają tylko naszą konstrukcją? Czy wnikliwy opis i rzetelne spełnienie kryteriów zaburzenia psychicznego sprawiają, że psychiatria zaczyna, jak oczekuje od swego początku, „rzeźbić według porządku natury” (*carving at nature joints*), czy jednak wciąż pozostaje uwięziona w swych mniej lub bardziej praktycznych, ale nieostatecznych konstrukcjach poznawczych (por. Zachar 2015)? Jeśli to drugie – to może stanowią one tylko rodzaj złudzenia, po którego rozwianiu trzeba będzie szukać kolejnych konstrukcji? Bez końca?

6. (Szaleństwo) jako zaburzenie psychotyczne/psychoza – pojęciowe przymiarki (3)

Inna próbą konceptualizacji powagi szaleństwa jest praktyka wyodrębniania części zaburzeń psychicznych jako zaburzeń psychotycznych, tj. wykazujących takie cechy, które wymagają szczególnej uwagi ze względu na swą ciężkość, różnego rodzaju ryzyko i egzystencjalne konsekwencje.

Te cechy wiążano tradycyjnie z cielesnym (biologicznym, naturalnym, endogennym) podłożem zaburzeń. Jednak ze względu na trudność w jednoznacznym potwierdzeniu takiego podłoża korzystano też ze wskaźników psychopatologicznych, co wymagało oceny zdolności realnego rozpoznawania rzeczywistości i zachowania kontroli nad swoim zachowaniem. Zaburzenia psychotyczne cechuje utrata tej zdolności i narastanie ryzyka takiej utraty. W praktyce, funkcjonujące obecnie klasyfikacje odnoszą psychotyczność zaburzeń do ich ciężkości. Za jej wskaźniki uważane są: występowanie urojeń, omamów i znacznej dezorganizacji myślenia, motoryki i ekspresji emocjonalnej – to niełatwe i niestety zawodne zadanie diagnostyczne.

Psychoza, psychotyczność, doświadczenie psychotyczne – to w zasadzie dzisiejszy sposób ujmowania tego, co organizowało zakres znaczeniowy szaleństwa wtedy, gdy pod nazwą „choroby psychicznej” wkraczało do medycyny jako oczekiwany fundament psychiatrii.

Mimo zmian, jakie dokonały się w tym zakresie znaczeniowym na przestrzeni dwóch stuleci, i mimo że „choroba psychiczna” zakończyła swój oficjalny żywot – to jednak różne jej substytuty, fragmenty, a także inne pozostałości nadal całkiem realnie oddziałują na profesjonalną praktykę i wyobraźnię publiczną. W tym sensie trudno byłoby twierdzić, że jest ona złudzeniem.

7. Choroba psychiczna w ochronie zdrowia psychicznego – status praktyczny

Niezależnie od omawianych dotąd konceptualizacji klinicznych „choroba psychiczna” wrosła w funkcjonowanie instytucjonalnego systemu ochrony zdrowia, który nie tylko służy, ale i narzuca praktykowaniu psychiatrii swoje ustalenia i wymagania. Art. 3 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego postanawia, że:

ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby: 1) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne), 2) upośledzonej umysłowo, 3) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

W ten sposób ustawa sprowadza obowiązującą ICD-10 do trzech prostych, zdawałoby się, kategorii, wśród których prymat dzierży nieistniejąca już oficjalnie „choroba psychiczna”, określona jako zaburzenie psychotyczne. Tylko wobec osób z takim rozpoznaniem, po spełnieniu innych jeszcze warunków, szpital może wnioskować o ubezwłasnowolnienie (art. 16) i wdrażać postę-

powanie przymusowe, tzn. przyjąć (art. 23 i 29), podjąć obserwację (art. 22), zatrzymać osobę przyjętą za zgodą (art. 28), wnioskować o umieszczenie w domu pomocy społecznej (art. 39).

Jak widać, praktyczny status „choroby psychicznej” nie jest ani bierny, ani fasadowy – stanowi w systemie ochrony zdrowia psychicznego przesłankę do bardzo daleko idącej ingerencji w sferę wolności osobistych chorej osoby. Z założenia – dla jej dobra, ochrony i pod kontrolą sądu, ale jednak głęboko. I z ryzykiem błędu.

8. Choroba psychiczna w prawie karnym, cywilnym i rodzinnym – status prawny

Choroba psychiczna jest również przesłanką aktywną w regulacjach prawnych niezwiązanych z ochroną zdrowia. W postępowaniu karnym jest przesłanką umorzenia postępowania z powodu niepoczytalności osoby, która dopuściła się czynu zabronionego przez prawo (art. 31 § 1 k.k.). W postępowaniu cywilnym można całkowicie lub częściowo pozbawić osobę chorą psychicznie zdolności do czynności prawnych (ubezwłasnowolnić), oddając ją opiece opiekuna lub kurateli wskazanej osoby (art. 13 k.c.). Prawo rodzinne zakazuje osobie dotkniętej chorobą psychiczną zawarcia małżeństwa, choć może zwolnić z zakazu, jeśli małżeństwo nie zagraża zdrowiu potomstwa (art. 12 k.r.o.).

Warto zdać sobie sprawę, że umorzenie postępowania karnego z powodu niepoczytalności nie jest prostym zwolnieniem z odpowiedzialności. Posażony traci możliwość dowodzenia swej niewinności, a sąd może orzec środek zabezpieczający w postaci umieszczenia takiej osoby w szpitalu psychiatrycznym, bez określania czasu takiego leczenia i pobytu.

Institucja ubezwłasnowolnienia i zakazu małżeństwa jest krytykowana i w zasadzie dojrzeła do eliminacji. Podjęte w ostatnich latach próby dyskusji skończyły się jednak niepowodzeniem. W swoim podejściu do sprawy strażnicy statusu prawnego choroby psychicznej okazali się tak konserwatywni, że aż archaiczni.

9. Choroba psychiczna wśród nas – status społeczny

Mimo detronizacji, stereotyp choroby psychicznej funkcjonuje w społeczeństwie, a dotknięci ludzie doświadczają w związku z tym wielu zupełnie niemitycznych, a najczęściej dyskredytujących konsekwencji. Przedstawiam tu jedynie dwa wskaźniki napiętnowania związanego z chorobą psychiczną. Tabela

ukazuje odpowiedzi Polaków na pytanie o opinie na temat niektórych prawdziwych i fikcyjnych uprawnień, nakazów i ograniczeń wobec osób, o których wiadomo, że chorowały psychicznie i leczyły się w szpitalu psychiatrycznym (Wciórka i Wciórka 2001).

Jak Pan(i) sądzi, czy osobom, które chorowały na schizofrenię i leczyły się w szpitalu psychiatrycznym, należy z powodu ich choroby zapewnić:	tak (%)	nie (%)
• bezpłatne leczenie	95	2
• miejsce w domu opieki	83	6
• zwolnienie z odpowiedzialności karnej w przypadku naruszenia prawa	35	37
• dopuszczenie do pracy tylko w warunkach specjalnych	62	23
• nakaz noszenia dokumentu potwierdzającego chorobę	48	32
• odebranie prawa posiadania broni	87	4
• odebranie prawa prowadzenia pojazdów	59	20
• ograniczenie prawa do zawierania małżeństwa	29	44
• ograniczenie zdolności do czynności prawnych, tj. ubezwłasnowolnić	18	57
• ograniczenie prawa głosowania	16	63
• ograniczenie prawa posiadania potomstwa	33	37

Badanie „Omnibus” na zlecenie IPiN zrealizował CBOS w październiku 2001 roku na liczącej 1000 osób reprezentatywnej, losowo-kwotowej próbie dorosłej ludności Polski. Pominięto odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Aktywny społecznie status choroby psychicznej sprawia również, że znaczna część respondentów w innym badaniu (Wciórka i Wciórka 2005) uważała, że chorzy psychicznie są traktowani gorzej niż inni ludzie w zakresie prawa do pracy i zatrudnienia (83%), poszanowania godności osobistej (67%), ochrony własności (61%), sprawiedliwego sądu (48%), opieki społecznej (40%), a nawet leczenia (34%).

10. Choroba psychiczna – status moralny

W badaniach opinii publicznej przeprowadzonych w latach 1996, 1999, 2008 odnotowano, że 62–67% przytaczanych przez respondentów określeń osób chorych psychicznie, funkcjonujących w ich otoczeniu, ma charakter pejoratywny. Semantyka tych określeń odzwierciedla głównie pogardliwy, dyskredytujący stosunek do nich (Wciórka i Wciórka 1999, 2008). Z podobną częstością

(73–76%) respondenci odpowiadali w latach 2005–2012, że chorobę psychiczną należy ukrywać, bo przynosi wstyd (Wciórka i Wciórka 2005, 2008; Omyła-Rudzka 2012). Tak niski status moralny nadawany osobom przez chorobę psychiczną zdają się potwierdzać pojawiające się nadal w życiu publicznym, niemal codzienne porcje dyskredytacji za pomocą diagnoz psychiatrycznych przypisywanych adwersarzom.

Nikogo nie powinno więc dziwić, że ten bezzasadnie poniżający status choroby psychicznej w czasach radykalnych przemian społecznych może prowadzić do zbrodni i nadużyć, by wspomnieć o historycznych konsekwencjach hasła „życia niezasługującego na życie” (*das lebensunwerte Leben*) (Nasierowski 2008), czy o współczesnych próbach asystowania „łaskawej” śmierci „nieuleczalnie” chorych psychicznie, pod hasłem realizacji ich praw obywatelskich, ponieważ „nie ma zgody na *takie* życie” (Szafranski 2017).

11. Choroba psychiczna/zaburzenie psychiczne – status pojęciowy

Biorąc pod uwagę przytoczone fakty i opinie, można powiedzieć, że ten status nie jest zakończony. Pojęcie kurczy się lub pęcznieje pod wpływem wprowadzanych do zadań psychiatrii, lub usuwanych z niej, kłopotliwych ludzkich doświadczeń. Sporom o nadmierną lub niedostateczną medykalizację bądź demedykalizację nie ma końca. Ich czasem bulwersująca lub ryzykowna charakterystyka sprawia, że szybciej lub wolniej instytucjonalizują się, a czasem dezinstytucjonalizują w praktyce funkcjonowania wspólnoty społecznej, wytwarzając różnego rodzaju reakcje, stereotypy, role i procesy, które niosą w sobie i korzyści, i zagrożenia dla dotkniętych trudnościami jednostek i samej wspólnoty.

Tym, co szczególnie wyróżnia pojęciowy status chorób/zaburzeń psychicznych, jest jego nieostrość, niejednoznaczność, niejednorodność oraz wtórnie do tych cech: zależność od kontekstu i nieuniknione napięcie aksjologiczne (por. Sadler 2005). To wszystko sprawia, że niełatwo obronić twierdzenie, iż choroba psychiczna (zaburzenie psychiczne) – to *choroba jak każda inna*.

12. Szaleństwo – fenomen i jego odsłony

Powracając teraz z obszaru medycyny do fenomenu szaleństwa, warto zdać sobie sprawę, że jego poznawalność jest trudną próbą, a reakcja nań jeszcze trudniejszą. To fenomen, który każdemu ukazuje się w różnej odsłonie.

Wydaje mi się, że celową próbą wzbudzenia choćby intuicji, czym jest, albo raczej bywa szaleństwo, mogą być inspirujące obrazy Witolda Wojtkiewicza z lat 1905–1907². Wskazałbym zwłaszcza trzy, ze zbiorów Muzeum Narodowego w Warszawie. *Marionetki* wzbudzą być może doświadczenie zatracania własnej sprawczości, ulegania wpływowi, zakradającej się nieufności wobec świata i jego wydarzeń. *Wegetacja* uruchomi, być może, wszechogarniający klimat monotonii, niemocy i rozpacz, zatrzaśnięcia czasu. *Podmuchy wiosny* rezonują, być może, jako odczucie niejasnego zagrożenia, ulotności, groźby wciągnięcia w niekontrolowany wir.

Obcując z szaleństwem warto zachować świadomość, że naszym udziałem jest w danej sytuacji tylko jedna z jego odsłon, narracji, perspektyw, wymiarów.

Pierwszoosobową, podmiotową, właściwie jedyną autentyczną, jest odsłona *doświadczenia*, będąca wyłącznym udziałem szaleńca. Pozostaje ona jednak w zasadzie zamknięta, albo trudno komunikowalna dla innych. Jak trudno odtworzyć jej swoistość i znaczenie, pokazują choćby uśiłowania Ludwiga Binswängera (1957), który studiom kilku przypadków poświęcił wiele dekad swego życia.

Również indywidualną, ale bardziej przystępną, jest osobowa odsłona *cierpienia*. Indywidualną, bo zgodnie z poglądem Erica Cassela (2004) cierpienie zaczyna się wtedy, gdy, na przykład, w wyniku choroby pojawia się zagrożenie osobowej nienaruszalności (*intactness*). A przystępną dlatego, że kultura i historia dostarczają względnie sprawnych sposobów komunikowania cierpienia. Nie ma pewności, czy fenomen szaleństwa może być wolny od cierpienia.

Za bardziej uniwersalną można uważać egzystencjalną odsłonę *kryzysu*, tj. przesilenia egzystencji, które następuje, gdy indywidualne dyspozycje (zbyt słabe, zbyt mocne) natrafiają na opór (zbyt mocny, zbyt słaby), chwieją ciągłością wartości egzystencjalnych lub przerywają ją. Dobrą ilustracją takiej próby ujmowania i przezwycięzania fenomenu może być stara, ale przenikliwa rozprawa Wilhelma Mayer-Grossa (1920).

Odsłonę społeczną należałoby współcześnie określić jako odsłonę *piętna*, ponieważ dyskredytujące stereotypy, dystans i wykluczające reakcje ciągle dominują nad innymi w społecznym wizerunku i praktyce wobec fenomenu szaleństwa (por. Goffman 2003; Świtaj 2008).

Wreszcie w perspektywie medycznej fenomen szaleństwa odsłania się jako *choroba/zaburzenie* – czas pokaże, czy psychiatria uniesie swoje wyzwania, udostępniając język, pomocne schematy wyjaśniające i narzędzia, oraz profesjonalne i ludzkie dyspozycje pomagania. Tymczasem może mało finezyjne

² Fotografie dostępne na: <https://www.pinakoteka.zascianek.pl/Wojtkiewicz/Index.htm>.

i często zawodne, ale jednak zdolne do podtrzymania i przeniesienia nadziei ponad kryzysem, cierpieniem i piętnem.

To nie jedyne odsłony szaleństwa. Można rozpatrywać wiele innych – odkrywanych, na przykład, przez prawników, biologów, artystów, filozofów. Ważne, by żadna z nich nie absolutyzowała swej roli, znaczenia ani wpływu.

13. Wnioski

„Choroba psychiczna”, także jako „zaburzenie psychiczne” albo „zaburzenie psychotyczne”, ma, wydaje się, niezamknięty status pojęciowy – niepewny, dyskusyjny, zmieniający się i nieostateczny. Pociąga to za sobą mocno zakorzeniony, niezbyt domyślany, a czasem archaiczny status praktyczny, bardzo deprecjonujący status społeczny i mocno ryzykowny status aksjologiczny.

W obecnej postaci trudno powiedzieć, by była ontologicznym fundamentem³ psychiatrii. Nie ma pewności, czym jest – rodzajem naturalnym, nazwą, praktycznym konstruktem czy innego rodzaju hipostazą rzeczywistości, która pozostaje do odsłonięcia. Nie jest jednak również złudzeniem, fatamorganą, bo przecież nie znika, gdy się do niej zbliżamy. Wprost przeciwnie.

Można powiedzieć: jest raczej trochę lewiatanem (strach i ryzyko), trochę amebą (wielokształtność i ruch), trochę kameleonem (odsłony i kontekst).

A przede wszystkim – nagłym wyzwaniem zdrowotnym, klinicznym, intelektualnym, aksjologicznym i kulturowym.

Bibliografia

- APA (2013), American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Bilikiewicz T., Gallus J. (1962), *Psychiatria Polska na tle dziejowym*, PZWL, Warszawa.
- Binswanger L. (1957), *Schizophrenie*, Neske, Pfullingen.
- Bolton D. (2005), *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Bracken P., Thomas P. (2005), *Postpsychiatry. Mental health in a postmodern world*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Cassel E.J. (2005), *The nature of suffering and the goals of medicine*, Second edition, Oxford Univ. Press, New York.

³ Fundament zakłada stałość, wytrzymałość, odporność i funkcjonalność.

- Demazeux S., Singy P. (eds.) (2015), *The DSM-5 in Perspective: Philosophical Reflections on the Psychiatric Babel*, Springer.
- Foucault M. (1987), *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, PIW, Warszawa.
- Fulford K.W.M., Stanghellini G., Broome M. (2004), *What can philosophy do for psychiatry?*, „World Psychiatry” 3 (3), s. 130–135.
- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Marneros A. (2008), *Psychiatry's 200th birthday*, „Brit. J. Psychiatry” 193 (1), s. 1–3.
- Mayer-Gross W. (1920), *Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Eine Studie über verständliche Zusammenhänge in der Schizophrenie*, „Z. ges. Neurol. Psychiat.” 60, s. 160–212.
- Nasierowski T. (2008), *Zagłada osób z zaburzeniami psychicznymi w okupowanej Polsce. Początek ludobójstwa*, Neriton, Warszawa.
- Omyła-Rudzka M. (2012), *Stosunek do chorych psychicznie. Komunikat z badań BS 147/2012*, CBOS, Warszawa.
- Porter R. (2003), *Szaleństwo. Rys historyczny*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Sadler J.Z. (2005), *Values and psychiatric diagnosis*, Oxford Univ. Press, Oxford.
- Szafrański T. (2017), *Wspomagana śmierć pacjentów z niepoddającą się leczeniu depresją – zagrożenia dla psychiatrii, zagrożenia dla społeczeństwa*, Wystąpienie na konferencji „Zagłada chorych psychicznie – pamięć i wyzwanie” 11.04.2017 (niepublikowane).
- Szasz T. (1960), *The myth of mental illness*, „American Psychologist” 16 (2), s. 113–118.
- Szasz T. (2011), *The myth of mental illness: 50 years later*, „Psychiatrist” 35, s. 179–182.
- Świtaj P. (2008), *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994, Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn. zm. (tekst jednolity na: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19941110535>).
- van Voren R. (2010), *Political abuse of psychiatry – an historical overview*, „Schizophrenia Bull.” 36 (1), s. 33–35.
- Wciórka B., Wciórka J. (2000), *Choroby psychiczne – społeczny stereotyp i dystans. Komunikat z badań BS 5/2000*, CBOS, Warszawa.
- Wciórka B., Wciórka J. (2002), *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię*, CBOS, Warszawa.
- Wciórka B., Wciórka J. (2005), *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań BS 118/2005*, CBOS, Warszawa.
- Wciórka B., Wciórka J. (2008), *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie. Komunikat z badań BS 124/2008*, CBOS, Warszawa.

WHO (2000), World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa.

Whitaker R. (2002), *Mad in America. Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill*, Perseus Publ., Cambridge, MA.

Zachar P. (2015), *Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us?*, „World Psychiatry” 14 (3), s. 288–290.

Streszczenie

Od dwustu lat fenomen szaleństwa pozostaje w domenie psychiatrii, dziedziny medycyny, powoli formując swój zakres pojęciowy – początkowo jako „choroba psychiczna”, współcześnie jako „zaburzenie psychiczne” lub „psychotyczne”. Głównie „choroba psychiczna” podyktowała dzisiejszy status fenomenu, a wraz z nim – stygmatyzujący klimat wokół dotkniętych osób. Medyczne ujmowanie fenomenu szaleństwa jako „choroby” czy „zaburzenia” raczej jednak nie wyczerpuje jego znaczenia. Poza „zaburzeniem” może się on odsłaniać na wiele innych, niezależnych od siebie sposobów, np. jako podmiotowe „doświadczenie”, egzystencjalny „kryzys”, społeczne „piętno” czy osobowe „cierpienie”. Wielość i wieloznaczność odsłon fenomenu szaleństwa mogą wzbogacać perspektywę poznawczą i psychiatrii, i filozofii, a tym samym zmieniać społeczny klimat wokół ogarniętych nim osób.