

Między fenomenologią a psychiatrią. Rozmowa z Marcinem Moskalewiczem

Tym, co łączy psychiatrię i fenomenologię, jest aparat pojęciowy i metodyczny: obie dyscypliny mają tradycję badania doświadczenia pierwszoosobowego – nie tylko konkretnych przeżyć subiektywnych, ale ogólnych struktur świadomości, które są doświadczane w partykularnych formach. W zaburzeniach psychicznych sposób przeżywania symptomów jest częścią tych symptomów. Świadomość współuczestniczy w tym, czym jest choroba – mówi Marcin Moskalewicz, filozof medycyny, w wywiadzie udzielonym „Teologii Politycznej”.

Hanna Nowak (Teologia Polityczna): Psychiatrię i fenomenologię zdaje się łączyć ciekawa zbieżność. Pierwsza z nich jest dziedziną naukową, która znacznie różni się od innych gałęzi medycyny – nie operuje wyłącznie na danych empirycznych, trudno powiedzieć aby organem odpowiadającym sercu w kardiologii był w jej przypadku ludzki mózg. Fenomenologia z kolei miała ambicję uczynienia filozofii dyscypliną naukową. Czy to pozostawanie na obrzeżach jest czynnikiem, który ma znaczenie dla Pańskich badań?

Dr hab. Marcin Moskalewicz (Kierownik Pracowni Filozofii Zdrowia Psychicznego w Katedrze Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu):

Zacznijmy od tego, że psychiatria rzeczywiście jest specyficzną dziedziną medycyny i przez wielu medyków nie jest traktowana do końca poważnie. Ze względu na fakt, że zajmuje się świadomością i subiektywnymi przeżyciami, do których nie można dotrzeć metodami nauk przyrodniczych, bywa traktowana jako „mniej naukowa”. Do tego dochodzi inny czynnik, a mianowicie to, że jej aparat konceptualny, na którym oparta jest przede wszystkim diagnostyka psychiatryczna definiująca to, co w ogóle określamy mianem choroby psychicznej, niezwykle szybko się zmienia historycznie. Wystarczy jedno pokolenie psychiatrów, by ukazały się kolejne klasyfikacje, zgodnie z którymi pewne zaburzenia przestają istnieć, a inne się pojawiają. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat nastąpił diametralny przełom w rozwoju psychiatrii dzięki totalnemu sukcesowi psychofarmakologii. Wraz z tym sukcesem psychiatria zyskała większą wiarygodność w ramach nauk medycznych – ale bardziej dzięki terapii, a nie diagnostyce. Ta ostatnia wciąż opiera się w pewnej mierze na indywidualnych decyzjach lekarzy. Za autorytetem psychiatrii jako dyscypliny naukowej stoi więc w większej mierze skuteczność leków, niż jej aparat konceptualny.

Jak wygląda w takim razie zagadnienie fenomenologii i jej ambicji naukowych?

Fenomenologia zazębia się z psychiatrią, ponieważ zajmuje się analizą świadomości. Dziś jednak już wiemy, że nie ma czegoś takiego jak czysta świadomość, do której uchwycenia zmierzała fenomenologia u swych początków. Ten nurt przeszedł przez różne perturbacje historyczne i dziś jest bardziej krytyczny wobec siebie. Dzisiejsza psychiatria fenomenologiczna jest w tym sensie z pewnością bardziej heideggerowska, niż husserlowska. Tym, co łączy psychiatrię i fenomenologię, jest aparat pojęciowy i metodyczny: obie dyscypliny

mają tradycję badania doświadczenia pierwszoosobowego – nie tylko konkretnych przeżyć subiektywnych, ale ogólnych struktur świadomości, które są doświadczane w partykularnych formach. W zaburzeniach psychicznych sposób przeżywania symptomów jest częścią tych symptomów. Świadomość współuczestniczy w tym, czym jest choroba. Thomas Szasz – antypsychiatra, filozof i psychoanalityk – zauważył słusznie, że istnieje różnica między objawem, czyli na przykład tym, że obiektywnie mam wysypkę, a mówieniem o objawach, czyli powiedzeniem dermatologowi: „proszę zobaczyć, mam wysypkę na plecach, która pojawiła się tydzień temu, po tym jak zjadłem krewetki”. W psychiatrii mamy do czynienia z jeszcze jednym poziomem – mówieniem, które w sensie performatywnym samo jest objawem. Psychiatria różni się od neurologii tym, że mówienie o objawach czy stanach psychicznych, które komuś dolegają, sam sposób mówienia, czyli refleksyjny stosunek do tego, co się z kimś dzieje, uznaje za część szerszej rozumianego objawu. Fakt, że w psychiatrii objaw jest zapośredniczony przez refleksję i fakt, że fenomenologia jest ekspertką filozoficzną od myślenia o myśleniu, jest tym łączem, które istotowo sprawia, że te dziedziny ze sobą współgrają i w sensie metodycznym mogą sobie nawzajem pomagać.

Przejdźmy teraz na moment do psychoanalizy, która rodziła się w podobnym czasie co fenomenologia. Czy dyscypliny te oddziaływały na siebie wzajemnie, czy raczej ich rozwój przebiegał po osobnych torach?

Jest to oczywiście olbrzymi problem historyczno-ideowy i powstały różne narracje na ten temat. Psychoanaliza i fenomenologia są ze sobą pokrewne. Jest pewien zbiór wspólnych perspektyw, które je zbliżają do siebie, ale jest cała masa kwestii, które je różnią. Dobrze to widać na

przykładzie Ludwiga Binswängera, który nie był bezpośrednio uczniem Freuda, ale poniekąd uważał go za swojego mistrza. Inspirował się on fenomenologią Husserla, później zaś filozofią Heideggera, a jednocześnie przez całe życie pozostawał pod wpływem psychoanalizy. Patrząc z perspektywy współczesnej, tym, co łączy obie dyscypliny, jest pojęcie nieświadomości w sensie fenomenologicznym. Chodzi nie tylko o przeżycia przedrefleksyjne, ale o swego rodzaju automatyzmy w działaniu i myśleniu, które mają – jakby powiedział Freud – charakter przedświadomy. To pewnego rodzaju punkt zbieżny. Pamiętajmy jednak, że psychoanaliza nie jest nauką w sensie nowoczesnej definicji naukowości. Jest dyskursem: mniej lub bardziej skutecznym. Fenomenologia też miała być nauką i również zawiodła. Natomiast to, co łączy obie perspektywy – w kontekście psychiatrii oczywiście – to mocno krytyczny stosunek do psychiatrii głównego nurtu.

Na czym polega podejście fenomenologiczne w psychiatrii?

Nie ma jednego podejścia fenomenologicznego w psychiatrii. Kiedy mówimy o nim, mamy na myśli pewną tradycję myślenia, swego rodzaju kolektyw myślowy, którego symbolicznym początkiem jest publikacja *Psychopatologii ogólnej* Karla Jaspersa. Z tą publikacją wiąże się tradycja, która dziś jest – być może – bardziej żywa niż kiedyś.

Prof. Wciórka powiedział kiedyś, że psychiatria pozbawiona odpowiedniego ładunku humanistycznego stanie się po prostu neurologią. Czy podejście fenomenologiczne w jakimś stopniu realizuje ten postulat?

Jest różnica między humanizmem i humanistyką, a propagowaniem wartości. Nie chcę polemizować z profesorem Wciórką, którego cenię, ale jest pewien problem z używaniem pojęcia „humanizm”.

Humanistyczność kojarzy się z propagowaniem pewnych wartości i z refleksją nad nimi. Jednak w fenomenologicznej psychiatrii nie chodzi o to, żeby pewne wartości propagować, czy żeby brać na serio to, co pacjent czuje i traktować go poważnie. To drugie jest podstawowym założeniem psychiatrii w ogóle. Słynnego Antoniego Kempnińskiego nazywa się czasem psychiatrą fenomenologicznym, dlatego, że dla niego pacjent był punktem wyjścia i punktem dojścia, a przeżycia pacjentów były dla niego bardzo ważne. W istocie jednak każdy poważny psychiatra powinien tak postępować, nie tylko psychiatra o nastawieniu fenomenologicznym.

Powiedziałbym, że ludzkie podejście powinno charakteryzować każdego psychiatrę, nawet takiego, który opiera się wyłącznie na farmakoterapii. Fenomenologii nie da się sprowadzić bowiem do szeroko rozumianego humanizmu. Jej wyróżnikiem są przede wszystkim narzędzia, które pozwalają na dokładne badania jakościowe. Sama psychiatria jest w pewnym sensie w powijakach: nie wiemy bardzo wielu rzeczy, a przede wszystkim tego, w jaki sposób dana osoba doświadcza konkretnych objawów. Gdy tego dobrze nie rozumiemy, to trudno jest nam później dobrze zdiagnozować źródła zaburzeń. Z pomocą przychodzi fenomenologia, która dostarcza precyzyjnych narzędzi. Na przykład mikrofenomenologia pozwala stworzyć niezwykle szczegółowe opisy stanów świadomości zajmujące nieraz kilkanaście stron dla doświadczeń trwających kilka sekund. To jedno z naukowych narzędzi, które badacze stosują do badania struktur świadomości osób chorych.

Czy na tym kończą się metodologiczne związki fenomenologii i psychiatrii?

Zdecydowanie nie. Charakterystyczna dla pierwszej fali fenomenologii była krytyka nastawiania naturalnego. W nastawieniu naturalnym świat jest taki, jaki się nam wydaje – jesteśmy zanurzeni w świecie, w którym wszystko jest dla nas oczywiste, realne i nie podlega dyskusji. Fenomenologia natomiast próbuje wyjść poza nastawianie naturalne, zawiesza nasz sąd na temat istnienia świata, którego doświadczamy. Jeśli psychiatra przyjmuje perspektywę fenomenologiczną, to krytycznie odnosi się do nastawienia naturalnego, w którym funkcjonuje również jego własna dziedzina, ma do niej pewien dystans. Takie podejście podważa zastane schematy myślenia. Normalny psychiatra – absolwent medycyny, który jest wyszkolony w pracy klinicznej – leczy przede wszystkim za pomocą leków. Ale jednocześnie przesłanki, które kierują nim przy wyborze tych leków, mogą mieć charakter krytyczny wobec całego bagażu wartościowań, które ukryte są w tym, co nazywamy zaburzeniami psychicznymi. Ten specyficzny dystans, krytyczny stosunek do wartości, które są wprzęgnięte w zoperacjonalizowany dyskurs psychiatryczny, stanowi w praktyce aspekt fenomenologiczny. Istnieje ponadto bardzo silny nurt psychiatrii egzystencjalno-fenomenologicznej, odwołujący się między innymi do Binswagera, który zupełnie przewartościowuje rozumienie zaburzenia psychicznego. Jest również neurofenomenologia – znacznie bliższa neuronaukom – będąca połączeniem badań na poziomie neuronalnym, z próbą zrozumienia ich wyników od strony świadomości. Można też wspomnieć o *front-loading phenomenology* Gallaghera, czyli próbie projektowania eksperymentów naukowych w oparciu o refleksyjny wgląd dotyczący świadomości.

Czy istnieje coś takiego jak filozofia psychiatrii?

Istnieje taka tradycja, kolektyw myślowy, szerszy niż psychiatria fenomenologiczna, który wynika z zetknięcia się filozofii i psychiatrii. Jeśli dziedziną nauki nazwiemy pewien obszar aktywności naukowej, który posiada swoją tradycję, język i instytucje w postaci czasopism i konferencji, to tak: istnieje coś takiego, jak filozofia psychiatrii. Z mojego doświadczenia wynika, że ten obszar jest w większym stopniu zagospodarowany przez filozofujących psychiatrów, niż stosujących terapię filozofów.

Czy doświadczenia badane przez psychiatrię, rozumiane jako sytuacje egzystencjalne, mogą wnieść coś do filozofii?

Oczywiście. Przykładowo: istnieje zjawisko, które nazywamy psychozą temporalną w stanie manii, w którym dla pacjenta czas przestaje istnieć. To odsłania nam coś istotowego na temat świadomości czasu w ogóle. Różne ekstremalne, egzystencjalne sytuacje, które znamy z psychiatrii, są dla filozofa poznawczo atrakcyjne. One wnoszą pewną treść do „filozofii kanapowej”, którą tradycyjnie zajmowali się wykształceni mężczyźni, dyskutujący na kanapach o innych wykształconych mężczyznach. Dzięki psychiatrii okazuje się, że spektrum ludzkich doświadczeń jest dużo bogatsze. Z kolei dla psychiatrii atrakcyjna jest złożona refleksja nad świadomością „normalną”, obecna w fenomenologii. Chodzi tu przede wszystkim o zestaw pojęć, narzędzi do oglądu świadomości, które są dużo bardziej wyrafinowane, niż narzędzia psychiatrii, która ma nastawienie praktyczne. Z perspektywy psychiatrycznej im szybciej się pacjentowi

pomoże, tym lepiej. Nie trzeba się zastanawiać nad tym, dlaczego coś działa, skoro terapia realnie pomaga. W psychiatrii chodzi o efekt, jednak pozostaje ona bezradna, gdy napotyka na bardziej skomplikowane problemy świadomościowe. Na przykład: co oznacza, gdy pacjent mówi „moje myśli nie są moje”? Łatwiej będzie o takim przypadku porozmawiać z filozofem, niż z drugim psychiatrą. Filozof da psychiatrze narzędzia do badania takich przypadków, ponieważ ta dyscyplina zastanawia się nad takimi zagadnieniami już od 2,5 tys. lat. Jest cała masa filozoficznych tropów, refleksji, z których psychiatrzy mogą czerpać.

Działania prowadzone w latach 60. w Stanach Zjednoczonych, które opierały się na postulacie dezinstytucjonalizacji psychiatrii i integracji chorych ze społeczeństwem doprowadziły do zamknięcia wielu placówek szpitalnych, w których obecnie brakuje miejsc. Jednocześnie trudno powiedzieć, aby zamysł integracyjny zakończył się powodzeniem. Sytuacja ta ukazuje skrajności, pomiędzy którymi bezsilnie waha się system opieki psychiatrycznej: przerostem medykalizacji, stygmatyzacją zaburzeń psychicznych z jednej strony, a trywializacją z drugiej. Gdzie i jak szukać złotego środka?

Nie ma złotego środka, bo problem jest bardzo złożony. Medykalizacja może być kłopotliwa, ale zasadniczo proces medykalizacji jako proces unowocześnienia terapii w zgodzie z racjonalnością naukową, jest czymś pozytywnym. Są obszary, w których medykalizacja posunęła się za daleko, jak choćby ekspansja kategorii psychiatrycznych na problemy życia codziennego. Jednak istnieją też obszary, w których medykalizacji jest za mało. Na przykład: badania nad lekami

psychiatrycznymi są mało opłacalne z perspektywy dużych firm farmaceutycznych. Przez to są znacznie mniej doinwestowane niż np. badania nad lekami na raka.

Odrębnym problemem jest stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi, której poziom jest wysoki. Zostały przeprowadzone badania na temat polskich psychiatrów, z których wynika, że stygmatyzują oni osoby chorujące w nie mniejszym stopniu, niż ogólna populacja. Wydaje mi się, że jest kilka aspektów tej stygmatyzacji, które są warte podkreślenia. Jednym z nich jest głęboko zakorzenione przekonanie o nieuleczalności zaburzeń psychicznych. Traktujemy je jak wirus HIV, który, nawet jeśli nie spowoduje choroby AIDS, to będzie tkwił w nas do końca życia. Tak nie jest. Choroby psychiczne są bardzo różne: jest schizofrenia, która jest pewnym spektrum, ale znamy także traumę pourazową, która może przydarzyć się każdemu po wypadku samochodowym. Ten „worek” zaburzeń psychicznych jest bardzo szeroki. Stygmatyzacja dotyczy niektórych zaburzeń w większym stopniu, innych w mniejszym.

Jak możemy walczyć ze stygmatyzacją osób po kryzysach psychicznych lub cierpiących na tego typu zaburzenia czy choroby?

Chcąc z nią walczyć, warto mówić innym o własnych doświadczeniach. Dla ludzi w Polsce wizyta u psychiatry jest wciąż czymś wstydliwym. W moim przekonaniu wizyta u psychiatry powinna być analogiczna do wizyty u dentysty. Nie opowiada się przecież publicznie o tym, że ma się trzy dziury i musi iść do dentysty, ale o tym, że do takiej wizyty doszło, możemy swobodnie powiedzieć. Wiadomo, że proces osłabiania

naszych zębów jest czymś naturalnym, stąd oczywiste są wizyty w gabinetach dentystycznych. Tak samo jest ze spektrum doświadczeń psychicznych. Wiemy przecież, że cierpienie jest czymś naturalnym i wszyscy doświadczamy kryzysów psychicznych na pewnym etapie naszego życia. Z drugiej strony realnym problemem jest trywializacja problemów psychicznych. Wydaje mi się, że winna jest temu współczesna kultura indywidualizmu i źle rozumianej wolności osobistej. „Twoje zaburzenie, twój problem”. Psychiatria każe patrzeć na te zjawiska bardziej systemowo. Dobrą perspektywą jest perspektywa różnorodności – perspektywa niepsychiatryczna, ale pojawiająca się na marginesach ortodoksyjnej psychiatrii.

Jak perspektywa różnorodności przekłada się na postrzeganie problemów psychicznych?

W społecznej teorii różnorodności podkreśla się, że źródłem niepełnosprawności jest nie tyle defekt fizyczny, co cały kontekst, w którym dana osoba funkcjonuje: świat, który przynajmniej do niedawna, był budowany z myślą o ludziach „normalnych”, tę niepełnosprawność w znacznym stopniu kreuje. Perspektywa różnorodności psychiatrycznej ukazuje analogiczny mechanizm w wymiarze mentalnym. Infrastruktura, w której funkcjonujemy, stanowi w pewnej mierze odbicie naszego sposobu myślenia. Nie chodzi tu o infrastrukturę fizyczną, jak w przypadku niepełnosprawności, ale kulturową, która dotyczy naszego myślenia o innych ludziach. Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne stanowią mniejszość, na którą możemy spojrzeć nie z perspektywy zaburzenia, lecz właśnie różnorodności. W tej perspektywie znika potrzeba obligatoryjnej normalizacji wszystkich „chorych”, a jedynie pewnego przekształcenia naszego otoczenia w taki sposób, żebyśmy wszyscy mogli w nim

wspólnie żyć. Bycie na marginesie normalności nie oznacza samo przez się defektu. Wręcz przeciwnie, może oznaczać pewną korzyść, która, by się ujawnić, wymaga odpowiedniego środowiska, które mu sprzyja. Możemy wyobrazić sobie idealną sytuację, w której zmiana infrastruktury doprowadziłaby do tego, że zaburzenia psychiczne przestałyby być dysfunkcją, a stałyby się jedynie pewnym typem inności. „Rozpuściłyby” się w tej nowej infrastrukturze tak, jak krótkowzroczność przestaje być niepełnosprawnością, gdy jesteśmy w domu i nie patrzymy w dal. Myślę, że to jest droga dużo bardziej obiecująca niż normalizacja, medykalizacja i walka z trywializacją.

Rozmawiała Hanna Nowak