

Tadeusz Kobierzycki

Filozofia psychiatrii ekstremalnej

Humanistyka i Przyrodoznawstwo 17, 409-420

2011

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

FILOZOFIA PSYCHIATRII EKSTREMALNEJ

Andrzej Kapusta, *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wyd. UMCS, Lublin 2010, ss. 383.

Książka Andrzeja Kapusty jest próbą analizy „rozumienia” w dwóch dyscyplinach – filozofii i medycynie – na tle współczesnej dyskusji o granicach poznania w obu tych dziedzinach wiedzy. Całość analizy jest skonstruowana wokół dyskusji na temat założeń pracy habilitacyjnej Karla Jaspersa pt. *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen* (Berlin 1913).

Autor odwołuje się w zakresie filozofii do kontekstu nowożytnego (Kartezjusz) i współczesnych – fenomenologicznego (np. Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty), egzystencjalnego (np. Boss, Sartre, Van Der Leuw), psychoanalitycznego (Freud) i hermeneutycznego (Gadamer). W zakresie medycyny zaś przede wszystkim do kontekstów psychiatrycznych typu psychobiologicznego, oparte go na psychologii Wundta (np. Kraepelin czy Bleuler), który odbywał też własną psychoanalizę u Freuda. Łącznikiem między jednym podejściem a drugim jest dyskurs Karla Jaspersa, który lansował Freuda w środowisku psychiatrów szwajcarskich, ale sam przyjął perspektywę egzystencjalistyczną.

A. Kapusta poświęca wiele uwagi koncepcji Jaspersa. I dodaje do tej refleksji wątki całkiem współczesne (np. Fuchs, Fulford, Sass oraz Stanghellini, Rattliff itd.), które odczytuje w perspektywie kognitywistycznej i hermeneutycznej, biorąc za podstawę fenomenologiczny model wyjaśniania zjawisk psychiatrycznych. Promocja perspektywy fenomenologicznej w psychiatrii jest na gruncie polskim nowa, jak też nowa jest w ogóle refleksja i prezentacja samej psychopatologicznej koncepcji Jaspersa po niemal stu latach od jej publikacji.

Pierwsze wydanie *Psychiatrii* Kraepelina ukazało się w 1883 r. W szóstym wydaniu (1899) autor dokonał uproszczenia klasyfikacji chorób psychicznych, dzieląc je na psychozy o przebiegu procesualnym i psychozy afektywne o przebiegu okresowym lub cyklicznym. Kraepelinowska dychotomia znalazła odzwierciedlenie w kryteriach DSM-III i późniejszych. Grupa amerykańskich psychiatrów wciąż zafascynowana jest klasyfikacją Kraepelina, co widać w proponowanych definicjach DSM-IV, DSM-V i ICD-11. Ma to związek

z wiarą w wynalezienie leków i eksperymentami wojskowymi nad działaniem mózgu ludzkiego w stanie zagrożenia, zwłaszcza w czasie wojny.

W dziewiątym wydaniu podręcznika (1927) Kraepelin wyróżnił: choroby psychiczne spowodowane urazami mózgu; choroby psychiczne spowodowane chorobami mózgu; zatrucia; zaburzenia psychiczne w przebiegu chorób zakaźnych; paraliż; choroby psychiczne spowodowane czynnikami endokrynnymi; choroby psychiczne na tle miażdżycowym, przedstarcze i wieku starczego; otępienie endogenne; padaczka; choroba maniakalno-depresyjna; schorzenia psychogenne; histeria. Warto dodać, że Kraepelin ma spory wkład do teorii eugenicznej i jest za to krytykowany, ale jego teoria jest przydatna dla dzisiejszej praktyki medycznej w sytuacjach ekstremalnych. Za czym mogą skrywać się legalne i nielegalne eksperymenty psychiatryczne.

Bleuler w 1911 r. opisał jako jednostkę chorobową schizofrenię (*Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*) i pojęcie to zastąpiło *dementia praecox* używane przez Kraepelina. Bleuler wyróżnił cztery osiowe objawy schizofrenii: (1) zaburzenia asocjacji, (2) zaburzenia afektu, (3) ambiwalencja i (4) autyzm. Polski psychiatra Marek Jarosz dodał do ww. objawów schizofrenii: anhedonię, abolicję, antynomizm, agnostycyzm, areakcjonizm, asynchronizm, ataraksję (Łódź 1990). Bleuler wprowadził do techniki leczniczej pojęcie *Udenotherapie*, czyli stanowisko, by w obliczu choroby poczekać na dalszy rozwój przypadku. Ten rodzaj postępowania przejął po nim w Polsce Kazimierz Dąbrowski, który w przypadku tendencji do stawiania natychmiastowej diagnozy mówił o „śpieszącym się zdrowym rozsądku” i zalecał przedłużać fazę diagnozy, wprowadzając nawet pojęcie „terapii przez diagnozę”.

Bleuler, pełniąc funkcję ordynatora Kliniki Psychiatrycznej Burghölzli, zapoznał się z psychoanalizą, którą propagował wtedy młody asystent Carl Gustav Jung. Bleuler uważał, że nie istnieje ostra granica pomiędzy chorobą umysłową i stanem zdrowia, dbał o szczegółowe zbadanie każdego przypadku i o przedstawienie go jako procesu. Zajmował się „światami obłądu” konkretnych chorych, próbując dokonywać interpretacji ich wypowiedzi odnoszących się do rzeczywistości. W 1919 r. prowadził w Szwajcarii terapię polsko-rosyjskiego tancerza Wacława Niżyńskiego.

Szwajcaria była w latach przedwojennych mekką psychiatrii europejskiej. Tam też pracował Karl Jaspers, którego *Allgemeine Psychopathologie* zobaczyłem w latach 70. w domu prof. Dąbrowskiego, a ten zapytany o autora i o tę pracę odpowiedział: „genialne!”. Znałem filozofię Jaspersa wcześniej, bo na seminariach mojego promotora, prof. T. Płużańskiego, co jakiś czas mówił o nim Maciej Potępa, nazywany (przeze mnie) „Jaspersem”. Świetnie komentował „sytuacje graniczne” i samo „bycie w sytuacji”. Wątku tego w recenzowanej pracy brak.

Czy nie jest dziwne, że *Psychopathologia* Jaspersa została przetłumaczona na język angielski w USA w roku 1963, a na rosyjski dopiero w 1997 r., że brak

jest polskiego tłumaczenia dzieła autora, zaliczanego do pierwszej piątki najważniejszych psychopatologów świata?¹ W Polsce psychiatrzy, poza wzmiankami, nie publikowali studiów o psychopatologii Jaspersa, filozofowie natomiast interesowali się jego późniejszą spuścizną pisarską. Najbardziej wtajemniczony był Roman Rudziński (1978).

Na 1133 autorów spoza listy autorów niemieckich i włoskich w bibliografii Claudio Fiorillo znaleźli się m.in. polscy autorzy, np. W. Strzelewicz (1932), S. Tyrowicz (1984), L. Kołakowski, H. Buczyńska-Garewicz, K. Górniak-Kocikowska, J. Kosian, J. Krakowski, D. Lachowska, C. Piecuch i in. Szkoda, że w bibliografii w książce A. Kapusty nie ma choćby Romana Rudzińskiego czy K. Dąbrowskiego, którego co prawda autor wymienia, ale nie podaje żadnej pozycji bibliograficznej autora jedynej oryginalnej polskiej klasyfikacji psychiatrycznej.

Klasyfikacja Kraepelinowska ustabilizowała, a następnie zablokowała rozwój wiedzy na temat choroby psychicznej. I byłoby tak do dziś, gdyby nie psychoanaliza, która rozbiła sztywne i sztuczne klasyfikacje psychopatologiczne, otwierając dyskurs humanizujący obraz choroby psychicznej. Jednak dobrze przez władzę opłacani dawni humanistyczni psychoanalitycy rozbudowali nomenklaturę psychiatryczną (już w USA) do niezrozumiałych rozmiarów, w nadziei, że pomogą ludziom uzyskiwać zwolnienia lekarskie i renty w kraju, gdzie do niedawna nie było rozwiniętej publicznej służby zdrowia.

Szlachetny cel humanizacji stosunków społecznych zamienił się w procedurę militarnej medykalizacji, najpierw w Niemczech, potem w USA, a stąd rozprzestrzenił się w nowej formie na inne części świata. Ruch medykalizacji miał pozytywną i negatywną stronę. W Europie zamienił się w ruch eugeniczny, zakładający konieczność eliminacji ludzi chorych psychicznie ze społeczeństwa za pomocą procedur medycznych. Polska ma tu także swoje niechlubne karty, które są nadal przemilczane lub ukrywane. Pozostają bez osądu moralnego, a przede wszystkim bez osądu naukowego.

Eugeniczna linia pojmowania roli medycyny w uzdrawianiu społeczeństwa trwa do dziś (np. zabiegi kastracji pedofilów lub przestępców, traktowanych jak podludzie). Żołnierzom biorącym udział w wojnach podaje się metadon, zaś lekami na ADHD „wycisza” tysiące dzieci w wieku szkolnym. Rozszerza się bez żadnej społecznej i naukowej kontroli pole tzw. zaburzeń psychicznych i chorób z nimi związanych.

A. Kapusta kwestie związków władzy i medycyny przedstawił w opublikowanej wcześniej książce *Filozofia ekstremalna wokół myśli krytycznej Michela Foucault* (Lublin 2002, ss. 200) i w swoim doktoracie z 1999 r. na temat sza-

¹ Zawarte w tym tekście cytaty pochodzą z angielskiego tłumaczenia, a dokumentowane są odesłaniem do odpowiednich fragmentów niemieckiego tekstu z 1993 r.

leństwa i władzy, przekształcając nieco przekaz Foucaulta poprzez konteksty Nietzscheańskie i Heideggeriańskie, a także Kantowskie. Wywindował dyskurs Foucaulta do niebywałych wyżyn, czym chyba sam bohater byłby zaskoczony (zwłaszcza kontekstem kantowskim). Jednak heideggeryzacja refleksji Foucaulta może być przykładem, czego nie warto robić, kiedy ma się zbytek wiedzy i chce się ją przypisać aktualnemu bohaterowi własnej filozoficznej fascynacji. To nic, że wszystko trzyma się osi szaleństwo–władza (Nietzsche cierpiący psychicznie, przedstawiciel antywładzy i Heidegger – analityk pracujący w czasie II wojny światowej dla władzy nazistów). Co może powiedzieć nam taki człowiek o humanizmie i w jakim mamy to czytać kontekście? Jak rozumieć, żeby nie stracić zdrowego rozsądku lub filozoficznego rozumu?

Rozwojowi psychiatrii ekstremalnej na użytek władz i wojska towarzyszył zgoła marginalny i silnie zagłuszany rozwój tzw. antypsychiatrii, której przedstawiciele opisywali zaburzenia i choroby psychiczne nie jako fenomeny medyczne, ale polityczne. Pisali o tym Szasz (por. *Pain and pleasure, The myth of mental illness*), Scheff (*Being mentally ill*), Goffman (por. *Asylums*), Laing (por. *The politics of experience*), Scull (por. *Museums of madness*), Breggin (por. *Toxic psychiatry*), który ukazuje jak psychofarmakologiczne strategie lecznicze wytwarzają inwalidztwo w funkcjonowaniu mózgu (*psychopharmacology as „disabling normal brain function”*), Basaglia (por. *The deviant majority*). W Polsce psychiatra egzystencjalny Kazimierz Dąbrowski, pochodzący z Lubelszczyzny (urodzony w majątku Klarów w Milejowie) autor książki pt. *Psychoneurosis is not an illness*, przybliżył się do antypsychiatrii, gdy postulował usunięcie nerwic i psychonerwic z klasyfikacji i z kliniki psychiatrycznej.

W swojej książce A. Kapusta rzetelnie przedstawia liczne badania medyczne i filozoficzne, poszukując stosownej metody ich poznania. Nie jest łatwo być wdzięcznym prezydentem i skromnym analitykiem na polu filozoficzno-psychiatrycznym dzieł z ostatnich 20 lat. Można łatwo popaść w ponury patos albo w rozweselający chaos. Autor trzyma się drogi patetycznej i czasem brak w jego narracji zdrowego śmiechu, choćby takiego, do jakiego namawiał Nietzsche – jeden z wielkich europejskich nauczycieli prawdy.

Oto jaki jest wynik tego, co A. Kapusta czyni na stronach swej naukowej i historycznej narracji, nieunikającej umysłowych zatorów refleksji i pełnej badawczych nadziei wynikającej z twórczej projekcji. Zatem czego można się dowiedzieć o ciężkiej pracy badacza psychiatrii za pomocą rozumu filozofa?

Konkluzja jest taka: „Rozumienie psychozy jest z definicji skazane na niepowodzenie” (s. 348). Tego zdania nie w pełni albo całkiem nie rozumiem. Dyrektywny tryb wywodów w tekstach naukowych nie jest naukowy (analityczny), jest dogmatyczny (apokaliptyczny). I nie wiem, czy może je wypowiadać uczony psychiatra (lekarz), czy filozof. Stwierdzenie, że psychoza „z definicji” skazana jest na niepowodzenie (w domyśle – poznawcze), traktuję jako wątpliwe. Chy-

ba, że samo pojęcie psychozy jest pseudopojęciem i młody badacz boi się do tego przyznać, żeby nie narazić się starszyźnie cechowej psychiatrów lub medyków, bo filozofom się naraża bez lęku.

Nie można „psychozy” skazywać ani na rozumienie, ani na nierozumienie; jeżeli jest, to jest i nie jest potrzebny dodatkowy akt „skazania” – ani psychozy, ani niepsychozy – na bycie lub niebycie. Jeżeli psychoza jest formą antystruktury lub substruktury psyche, to jest też źródłem zdrowych i chorych słów i znaczeń, których używa człowiek pozbawiony systemu odniesień normatywnych i pozwala mu budować trudne relacje w niezrozumieniu, które zostało mu narzucone, które go załamuje i niszczy oś porozumienia z innymi.

Psychoza jest funkcjonalna dla zniszczonego podmiotu, jest jego zniekształconym lub roztrzaskanym „ja”, które integruje się w rozproszeniu, we fragmentach tego, co sensowne i bezsensowne. Jest tym pobitym „ja”, które go jednak orientuje w świecie, myląc się, błędząc, skazując na zniewagę i ból, a czasem na chorobę psychiczną i samobójstwo. W Polsce w ciągu roku popełnia samobójstwo ponad 800 osób w wieku ponad 60 lat. Ale faktycznie co 2 godziny ktoś popełnia je skutecznie. Czy nie jest to czyn psychotyczny, choć nikt nie diagnozuje psychozy?

Podaję, że przyczyną tego typu reakcji czy zachowania jest zaburzenie oraz załamanie neurostazy i neurodynamiki, która wiąże się z procesami neurosemantycznymi, kodującymi percepty w znaki utrzymujące je w równowadze poprzez ich odwrócenie. Wtedy powstaje pewien rodzaj semineurozy czy semipsychozy, która odcina indywidualną percepcję od systemu znaczeń podtrzymujących sens życia człowieka.

Psychoza może być „chorobą na śmierć”, która pozwala żyć człowiekowi w niezrozumieniu, gdy sam skazuje na śmierć wszelkie dające zrozumienie odruchy ciała, woli serca i rozumu. Ta choroba – nawet gdyby była tylko wyobrażona – pozwala żyć w obłądnie albo skłania do śmierci. Psychoza jako diabelska fabryka podzielonych pojęć daje w relacjach z sobą poczucie boskości i stwórczości, a w relacjach z innymi poczucie władzy lub przekleństwa.

W starożytności język psychozy był traktowany jako język bogów i ludzi, co przecież i dziś odczuwają ludzie szaleni, więźniowie własnych myśli lub myśli cudzych, które obracają się w strefie obsesyjnej bezmyślności, ludzie uratowani z kataklizmów zbiorowych lub indywidualnych, dla których poczucie sensu ma mniejsze znaczenie niż poczucie śmierci. Kiedy zabiera się człowiekowi poczucie sensu życia, lecząc go według reguł semantyki ogólnej, wtedy zabiera mu się własny głos, zabija rozbity język. I wtedy koniec jest taki sam – zabójstwo znaczeń oznacza zabójstwo ciała. Być może z punktu widzenia logiki jest to wtedy zachowanie sensowne, w każdym razie bardziej sensowne niż zdrowe życie fizyczne z poczuciem bezsensu. Znałem wielu pacjentów profesora Dąbrowskiego, ludzi wybitnych, uczonych i artystów, także genialnych stu-

dentów, którzy zapadali się w światy niewidzialne, traktowane przez psychiatrów jako patologiczne urojenia. Stanowiły one ukryty system organizacji świata, który zmierza ku zagładzie samego siebie i otoczenia. Dr A. Kapusta poświęca temu specjalne miejsce w swojej rozprawie. Te fragmenty rozprawy, jak i inne są znakomite, ale nie będą w pełni zrozumiałe, dopóki nie potraktuje się ich razem, dopóki nie zestawili z mechanizmami obronnymi, a będzie się traktować jako aberrację umysłową.

Urojenia są po coś, nie po to, żeby mylić osobę, która je wytwarza, ani żeby mylić innych, ale żeby się obronić przed niedostatkiem bytu, przed bolesnym deficytem znaczenia, o czym wiedzą dobrze filozofowie i uczeni, przed wyrwą w składni, która nie pozwala stworzyć znaczeniowej całości tego, co widzialne (i niewidzialne). Urojenie może także obronić przed odczuwaniem jako bezsensownego tego, co na ogół uważa się jako sensowne, ale może być także mylące, może doprowadzić podmiot do katastrofy, do logiki apokaliptycznej. Radzą sobie z nią prorocy, poeci i artyści, inni muszą być potraktowani jako niesprawni psychicznie. I trzeba ich ratować, aby nie zginęli w trybach językowego gwaru, który staje się coraz bardziej niezrozumiały i amorficzny. Inaczej zabijają siebie lub innych w sposób brutalny i nieludzki w nadziei odzyskania sensu życia w dokonywanym zniszczeniu.

Tak czy inaczej, ludzie w psychozie wymykają się z systemu danego języka, więc może jest to obrona, a nie choroba, kiedy dezintegracja znaczeń i sensów w ramach jednego podmiotu odrywa się od śmiertelności utraty znaczeń – na korzyść utrzymania się przy życiu za pomocą znaczeń życiodajnych, choć bezsensownych. Chory system znaczeń umożliwia szaleńcowi przeżycie, co prawda w opuszczeniu, w izolacji, w zamknięciu, w poniżeniu itd., ale daje mu energię do przeżycia, która jest pobierana z aktów destrukcji i ma moc wybuchową. Szaleniec przebywa w strefie zakazanej semantycznie, bez nadziei na lekarstwo, które oczyści go z poznawczych trucizn przyczepionych do nich przez jakąś dramatyczną percepcję.

Czytamy dalej: „Nasze starania mogą jedynie pomniejszyć obszar niezrozumiałego” (s. 348). Nie ma tu już stylistyki sądu typu „psychoza jest skazana”. Autor argumentuje: „Cały szereg zaprezentowanych w pracy strategii stanowi przykład prób przesunięcia granic rozumienia psychozy poprzez umieszczenie jej w kulturowym, psychologicznym lub egzystencjalnym kontekście” (s. 348). Konkluzja zawarta w tym zdaniu wydaje się oczywista – definiowanie psychozy ma najczęściej charakter kontekstualny, nie teoretyczny, indukcyjny, a nie dedukcyjny. Co by było, gdyby takich przesunięć nie było? Może moglibyśmy mieć jakąś metafizykę psychozy, jakąś jej ontologię. Skoro tak, to trzeba by wtedy zapytać, czym różniłby się np. platoński obraz psyche od nieplatońskiego obrazu psychozy, albo czym różniłaby się kartezjańska dusza zdrowa od duszy chorej (o czym pisze Descartes do przeżywającej depresję księżniczki Elżbiety).

Jak brzmiałaby diagnoza psychiatry, który usłyszałby od swojego pacjenta zdanie: „wiem, że nic nie wiem”, zakładając, że nie spotyka znajdującego się w katonii Sokratesa, ale jakiegoś anonimowego człowieka o bardzo niskim ilorazie inteligencji lub geniusza, który żartuje ze świata?

Póki co narzędziami poznania psychozy pozostają zwykle sposoby poznania tzw. człowieka zdrowego psychicznie – konteksty i horyzonty, zdarzenia, doświadczenia, schematy, klasyfikacje, struktury, lokalizacje, aspektowość, interpretacje, ujęcia, wyrazy, postacie, stany, procesy, uchwycenia, esencjalizacje, strategie, granice, obszary, podejścia, przypadki, narracje, symbolizacje, werbalizacje, działania, ruchy, diagnozy itp. przedsięwzięcia budujące semantyczną sieć percepcji i poznania, włączania i wykluczania, jako sposoby wyodrębniania i definiowania zjawiska psychozy. Dlatego można spokojnie przyjąć opinię dr. A. Kapusty, która brzmi: „Teza Jaspersa o niezrozumiałości szaleństwa jest więc zasadniczo słuszna, nie musi jednak implikować prostego przejścia od rozumienia do wyjaśniania, poszukiwania defektu neurobiologicznych mechanizmów w obliczu radykalnego załamania się rozumienia” (s. 348). A zatem psychoza to załamanie się rozumienia, które wyłącza z sieci semantycznej komunikacji wszystkich, którzy chcą taką komunikację z psychotyzującym się człowiekiem podjąć, gdy mogą zareagować według wzoru „nie rozumiem”, kiedy przyczyna (dr Kapusta pisze „wina”) znajduje się nie po stronie interpretatora, ale po stronie pacjenta i jego szaleństwa z powodu nieczytelności przekazywanych komunikatów psychotycznych. Autor analizowanej rozprawy przyznaje też, że te doświadczenia mają charakter egzystencjalny i nie muszą być traktowane jako chorobowe. Jednak psychoza i komunikacja psychotyczna zrywa podstawy elementarnego porozumienia i rozumienia, przenosząc komunikat do strefy nierozumienia z powodu radykalnej zmiany narracji odnoszącej się do egzystencjalnego doświadczenia psychotyka. Aktualnie nie daje się odszyfrować tych komunikatów, odwołując się do języka symptomów i doznań opisywanych w języku neurofizjologii.

Jak się zdaje A. Kapusta zakłada, że można przekroczyć bariery i granice nierozumienia, jeżeli odstąpi się od interpretacji psychozy opartej na modelu biomedycznym, przy czym pewne nadzieje wiąże z analizą fenomenologiczną i hermeneutyczną, czemu poświęca w książce wiele miejsca. Osobiście nie widzę takiej możliwości. Fenomenologia utożsamia ciało i duszę, zamieniając ją w istotę psychosomatyczną, czyli robi tylko tyle, że likwiduje dualizm ciało-dusza, nic więcej (jak to pokazuje Scheler). Trzeba by raczej zwrócić się do Spinozy, a nie do Descartesa. W istocie bowiem rozumienie ludzkiej natury przedstawione przez fenomenologów przerabia, ile tylko się da, dyskurs Spinozy na dyskurs Descartesa i go zmiękcza, ale się do tego nie przyznaje. Jest on dość dramatyczny, ale chyba jedyny do przyjęcia w próbach stworzenia jakiejś pozytywnej teorii rozumienia choroby. Jest ona dla niego tym, co być musi, co nie jest przypadkowe, jest swego rodzaju talentem, tak jak talentem jest zdrowie.

Choroba jest również obdarzona sensem, jak obdarzone jest nim zdrowie. Tyle, że ten sens wyraża się w strukturach bezsensu, zamienia się w bezsensowne zachowania oparte na destrukcji, której zdrowy rozum nie może uznać za naturalny gest życia. Inaczej sam pomysł „bycia ku śmierci” (Heidegger) byłby tylko perwersyjnym i cynicznym sposobem ukrywania prawdy życia ludzkiego, a nawet pewnym rodzajem promocji bezsensu, który usprawiedliwia wszelkie praktyki. Choroba nie jest tu czymś przypadkowym, jest czymś koniecznym i z tego powodu nie można jej traktować tylko jako czegoś do usunięcia, jako zwykłą wadę umysłu czy mózgu, ciała czy duszy, której można się pozbyć przez wycięcie, stłumienie, zmianę metaboliczną (chemiczną) lub trening. Choroba nie jest tylko cechą rzeczy, zabarwieniem czy tłem, ale może to być także jakiś inny rodzaj organizacji psychicznej lub fizycznej, lub psychofizycznej, która powstaje na podłożu zdrowej organizacji opartej na standardowym metabolizmie w pewnych chwilach, w pewnych sytuacjach, z powodu wypadków i wydarzeń, które go zmieniają.

Być może choroba to po prostu wyraz zmian metabolicznych w wąskim lub szerokim zakresie, chwilowy lub długoterminowy, cząstkowy lub totalny, niezdolny do samonaprawy, destruktywny proces przemiany fragmentów lub całości struktury psychofizycznej człowieka, który można przerwać, zahamować, ograniczyć, ale którego nie można już zmienić. Ta zmiana w chorobie lub dzięki chorobie się ontologizuje, sztywnieje, stabilizuje, puchnie i tężeje, staje się ciężka, bolesna, nieznośna, zabójcza dla zdrowej reszty psychoorganicznej. Psychosomatyczna całość staje się przedmiotem podziałów, zaników, rozwarstwień, wyłomów, zerwań, wyrw, które pochodzą od siły zniszczenia, z dowolnego końca, granicy, brzegu jej organizacji. Choroba działa jak kosmiczna czarna dziura pochłaniająca ludzki byt w całości i unosi go w stanie rozproszonym w niebyt/innobyt.

Tak pisał o tym K. Dąbrowski: „Tylko w chorobie,/ tylko w śmiertelnej chorobie można przejrzeć/ bez złudy, bez pociągającej sugestii, co jest ja, a co nie ja. /Bo to drugie – niezróżnicowane, wszechwładne,/ zmysłowe, układne, szukające radości trwania./ Ropieje, wrzodzieje, rozpada się./ Nie ty nim władniesz, ale ono włada./Nie czujesz oczu, tylko ból rozproszony./ Nie czujesz twarzy, tylko bezwład rozogniony./ Posuwa się to twoje ja ku krańcom istnienia, /ku temu, co nie ja, co coraz bardziej obce./ Coraz bardziej cudze, coraz mniej własne. Co szerokie i coraz bardziej ciasne, co się kurczy,/ odmienia, ropieje, Co obce, niechciane,/ co ciąży, co schodzi na krańce/ niewidzialnego, wątego, zablokowanego,/ pólistniejącego [...]”².

Według założeń Spinozy, głupi musi być głupi, a mądry musi być mądry, tak samo chory musi być chory, a to z powodu alternatywnej jakiejś ontologizacji/

² K. Dąbrowski, *Tylko w chorobie* (1980).

dezontologizacji, która modernizuje psychofizyczny stan podmiotu. Nie jest to koncepcja związana z sądową wizją świata i losu człowieka, jakąś metafizyczną karą lub nagrodą, jest czymś, co trzeba zrozumieć jako niezrozumiałe, ale sensowne. Trzeba więc przyjąć inne reguły rozumienia, ale jakie? – to jest właśnie zagadka. Oczywiście – poziom analizy metafizycznej pozwala spojrzeć bardziej optymistycznie na permanentne niepowodzenia w badaniu psychozy, także na poziomie naukowym.

Może być tak, że jednak stoją za tym jakieś algorytmy genetyczne, mózgo-we, językowe, behawioralne, emocjonalne, somatyczne, które dają się konfigurować i odczytywać, tak jak doczytuje się dziś konfiguracje genetyczne raka, epilepsji, alzheimera. Do tych konfiguracji należą także czynniki kulturowe, społeczne, które nie wpływają na naturę zdrowia, ale ją wyzwalają lub hamują, pozwalają ją przeżyć w sensie wegetatywnym i w sensie metawegetatywnym. Pewną ścieżką wyjścia może być rozumienie zdrowia i choroby, jakie proponują teorie systemowe, których próby opisu podejmował w Polsce prof. J. Trąbka z Krakowa, odwołując się np. do teorii chaosu.

A. Kapusta pisze, że „świat przeżywany wydaje się stanowić w psychopatologii ostateczny punkt odniesienia” (s. 349). Jest to swego rodzaju kapsuła sensu, która ratuje człowieka od nierozumienia siebie i swojego miejsca w świecie. Takimi kapsułami sensu są ciało i uczucia, które odrębnie strukturalizują percepcję i wyznaczają drogi indywidualnej partycypacji w świecie sensu i bezsensu. Są one wzmacniaczami, neutralizatorami lub wygaszaczami aktywności poznawczej człowieka zdrowego i chorego. Tak w jednym, jak i w drugim wypadku ciało i uczucia stają się buforami osłabiającymi uderzenie choroby w system poznawczy i behawioralny człowieka. Badania idące w tym kierunku są jeszcze w powijakach, choć warto wskazać tu na wyniki badań LeDoux'a nad pamięcią emocjonalną, o czym autor recenzowanej pracy w ogóle nie wspomina. A czy można sobie wyobrazić rozumienie bez pamięci? A. Kapusta nawet nie wymienia w indeksie pojęcia pamięci, choć zamieszcza krótki artykuł *Pamięć i psychopatologia* (2007), który mógłby być włączony do tekstu o rozumieniu, skoro przecież jest tam rozdział o urojeniach (a tam amnezje, paramnezje, pseudoreminiscencje, fugi doświadczenia, zjawiska *deja vu*, konfabulacje itd.). Jest tych rodzajów pamięci wiele i trudno sobie wyobrazić, by nie wpływały na rozumienie siebie w chorobie i w zdrowiu (por. Klein i in. 2004).

Istotne są też znacznie wcześniejsze wyniki badań Johna Hughlingsa Jacksona (1931) nad pozytywnymi i negatywnymi symptomami w schizofrenii, tudzież osiągnięcia prof. Jana Mazurkiewicza w tym zakresie. Szkoda, że brak wzmianki o polskich psychiatrach kraepelinistach (np. Bilikiewicz), neoewolucjonistach czy psychoanalitikach (np. Bornsztajn, Bychowski), którzy podejmowali problemy filozoficzne. Badania Jacksona wykpił wprawdzie w swoich studiach historycznych wszechwiedzący Foucault, ale nie zauważył, że czym innym

jest regresja, którą utożsamia z dysolucją, a czym innym inwolucja, której analizę pomija, a mógłby czegoś nauczyć się z tekstów wybitnego neojacksonisty Jana Mazurkiewicza, wszak przebywał przez jakiś czas w Polsce.

O poznaniu psychozy mówią też międzynarodowe studia pilotażowe w zakresie traktowania incydentów schizofrenicznych w różnych krajach (1973). Przydałoby się kilka słów na temat genu DISC 1 i jego funkcji wskaźnikowej w przypadku chorób afektywnych i psychoz (2003), jak również opublikowanego w Edynburgu tzw. *High Risk (Schizophrenia) Study* (Hall i in. 2006) o genetycznych związkach między zmianami w mózgu i psychozami. Lista życzeń recenzenta mogłaby być dłuższa, gdy znajduje kompetentnego adresata, a Andrzej Kapusta jest takim adresatem.

Recenzowana książka zapełnia wielką lukę merytoryczną w refleksji filozoficznej, historycznej i medycznej, wprowadzając na polski rynek naukowy koncepcję psychopatologiczną Jaspersa. I już tylko to mogłoby być tytułem do habilitacji w zakresie filozofii medycyny. Wprowadzenie do dyskusji medycyno-filozoficznej tekstów o ciele Merleau-Ponty'ego jest również ważnym osiągnięciem naukowym³. Cytatów i odwołań do tego autora jest w pracy najwięcej, co może wskazywać na przemożną chęć znalezienia jakiegoś filozoficznego punktu oparcia na dość grząskiej glebie wywodów Merleau-Ponty'ego, uwielbianego przez czytelników ekscytujących się słowem „ciało” powtarzanym przez francuskiego fenomenologa. Wystarczyłoby odwołać się do trzech form ciała znanych w starożytnej Grecji (np. *pathos*, *soma* i *sarx*), żeby te zachwyty opadły.

Dyskusja przeprowadzona na temat choroby psychicznej poprzez przywołanie tekstów Szasza, Boorse'a, Kendella i Fulforda ma charakter erudycyjny, zasługuje na uznanie. Wydaje mi się, że rozdział o urojeniach mógłby być opublikowany odrębnie, a skonfrontowany z teorią mechanizmów obronnych może stanowić bardzo przydatny przewodnik dla studentów psychologii i medycyny.

Psychopatologia zakłada zarówno jakieś rozumienie (najczęściej błędne z braku wiedzy), jak i nierozumienie (najczęściej adekwatne do braku wiedzy dostatecznej, ale jednak jakiejś wiedzy). Bez tego założenia nierozumienie będzie tylko negatywną formą rozumienia, ale mamy przecież rozumienie fałszywe, traktowane jako prawdziwe np. „pozytywne nierozumienie” występujące w systemie komunikacji zbudowanym na mechanizmach obronnych. Autor rozprawy to zagadnienie całkowicie pomija. Ma prawo, ale jakoś wyraźniej powinien to zaznaczyć.

Jeszcze trochę o stylu A. Kapusty. Tekst o filozofii francuskiej Foucault wydaje się być lekki i jasny, tekst o filozofii niemieckiej natomiast ciężki i ciemny, wykazujący skłonność do nadmiernej kumulacji znaczeń, np. tytuł II rozdziału

³ Osobiście uważam, że analiza ciała Merleau-Ponty'ego jest mętna, ale nie podważa to wartości studiów dr. A. Kapusty, który mimo woli tę moją opinię pogłębia.

Psychopatologia i rozumienie w ujęciu Jaspersa jest najbliższym przykładem zbędnego, czasem mylącego czytelnika strukturalizowania znaczeń odnoszących się jednocześnie do psychiatrii i do filozofii. Słowo „psychopatologia” składa się z *psyche*, *pathein* i *logos*. *Logos* po grecku znaczy wszystko, całość, zbiór, suma, a dalej – wiedza lub nauka. Zatem tytuł ten powinien brzmieć nie koniunkcyjnie, ale opozycyjnie – „a rozumienie”. Inaczej opozycja znaczeniowa przechodzi na słowo *pathein*, które zamienia się w domyślne zaprzeczenie rozumienia, czyli w „nierozumienie”. Takich wymagających „domyślności” fragmentów jest w książce wiele, co może prowadzić do niepotrzebnych nieporozumień.

Liczne artykuły naukowe na temat filozofii medycyny pobudzają do myślenia, budząc szacunek dla autora, który odważnie i z umiarem podejmuje i analizuje najtrudniejsze egzystencjalne tematy. Ukazuje bezsilność nauki i filozofii oraz upór w analizowaniu niezrozumiałego fragmentu ludzkiego bycia i bytu. W książce znajduje się wiele tematów i ujęć, które prowokują do dyskusji. Można się z nimi nie zgadzać, ale ważne, że są i w języku polskim są przedstawiane po raz pierwszy.

Niezwykle ciekawa jest cała dyskusja metodologiczna, której tu nie poruszę. To pewnie zasługa długoletniej obecności dr. A. Kapusty na seminariach prof. Aliny Motyckiej w IFiS PAN. Jest też wiele ekscytujących wątków, np. problem empatii jako psychologicznego sposobu poznania, które definiuje i reklamuje za Wundtem Jaspers, ale potem swój pogląd koryguje: „Spekulatywne opracowanie pozaświadomych mechanizmów poprzez rozumienie empatyczne jest najzwyczajszą stratą czasu, a literatura jest przepełniona tego rodzaju usiłowaniami” (Jaspers G.P., s. 305, za: A.K. 2010, s. 88).

Spory fragment tekstu dotyczy „umysłu ucieleśnionego”, co wskazuje na sympatię do fenomenologicznych kategorii, np. łuku intencjonalnego, odczuć ciała i emocji, *common sensu* i jego ucieleśnienia, intencjonalności itd. Pojawia się nawet kategoria „rozumienia ucieleśnionego”. Ale co zrobić wtedy, gdy uczucia się nie ucieleśniają, gdy myślenie się nie ucieleśnia (np. w autyzmie), albo przecieleśnia (np. w bulimii). Co się tu wciela, a co się nie wciela, bo się wcielić nie może? Odrębną kwestią, która mogłaby być przedmiotem krótkiej analizy, jest relacja między koncepcją empatii a koncepcją tzw. neuronów lustrzanych (por. np. V. Galles 2001) czy też hipotezą empatii i zjawiskiem autyzmu.

A. Kapusta instynktownie wyczuwa, że nie jest to efektywny rodzaj poznania i rozumienia psychozy, dlatego znajduje wyjście awaryjne, postulując epistemologię zaangażowaną i przenosi tam analizę cielesności i intencjonalności. Niestety, efekty tego przeniesienia nie są według mnie poznawczo zadowalające. Liczy się jednak podjęta próba.

Książka Andrzeja Kapusty jest znakomitym przykładem charakterystycznego dla współczesnej Europy myślenia w żywiole psychiatrii i filozofii. Przybliża polską refleksję naukowo-filozoficzną do wysiłków w zakresie rozumienia

człowieka w najbardziej krytycznej sytuacji jego niezrozumienia. Budzi szacunek, ponieważ otwiera pole dla wielu przyszłych badań kwestii tak istotnych i tak zaniedbanych w polskiej filozofii medycyny.

Dokumentacja bibliograficzna jest ogromna głównie anglojęzyczna, złożona z artykułów i książek z najlepszych naukowych i filozoficznych ośrodków: Oxford (GB) i Cambridge, MIT Press (USA), uwzględnia też ważne problemowe publikacje renomowanego czasopisma „Philosophy, Psychiatry and Psychology” z lat 1995–2009 itd., itp. Polska filozofia medycyny, dzięki wysiłkowi A. Kapusty, znalazła się znów, po wielu latach nieobecności, na głównej ścieżce europejskiej refleksji o sposobach poznania człowieka, który nie poznaje sam siebie z powodu choroby psychicznej.

Tadeusz Kobierzycki