

Czy są jeszcze zdrowi? Niebezpieczne trendy w psychiatrii w Polsce i w Niemczech*

Istnieje przekonanie, że po 150 latach trwania epoka industrializacji kończy się. Od roku 1980 trwa okres przełomowy, prowadzący do nowej epoki, jeszcze nieznannej, którą w przyszłości nazwiemy być może epoką społeczeństwa usługowego lub ekologicznego.

Dla mnie ta szersza historyczna perspektywa ze spojrzeniem za siebie – jak i w przeszłość – jest zawsze pomocna. W erze industrializacji orientowaliśmy się w świecie mając przed oczami ideał człowieka pod postacią samostanowiącego, ciągle rozwijającego się indywiduum, a wiodącą dziedziną nauki była medycyna, ponieważ jej największe sukcesy datują się na wiek XIX. Dlatego też „szaleńcy”, osoby nie zrównoważone postrzegane były już tylko przez pryzmat modelu medycznego; od tej pory mówi się też o nich już tylko, jako o psychicznie „chorych”, chociaż psychiatria pozostaje dziedziną z pogranicza medycyny i filozofii.

Jednak system opieki psychiatrycznej był typowym produktem społeczeństwa industrialnego, z licznymi analogiami do fabryki, czyli: im więcej, tym lepiej. Jako jednostki o niższej produktywności chorzy psychicznie izolowani byli w coraz to większych instytucjach i przytułkach, wskutek postępującej ich deprecjacji

coraz niższy był też próg stosowania wobec nich przemocy. Już podczas I wojny światowej stosowano wobec chorych psychicznie celowe głodzenie, które prowadziło do nadmiernej umieralności. Z tej perspektywy nazistowskie zbrodnie mordowania wpieryw polskich, a potem niemieckich pacjentów psychiatrycznych podczas II wojny światowej postrzegać można jako ostatnią fazę epoki industrialnej.

Psychiatria okresu bezpośrednio powojennego, z jej fenomenologiczno-antropologiczno-egzystencjalnym ukierunkowaniem ukazuje się w znacznie jaśniejszym świetle. W Polsce ważne tu były nazwiska: Antoni Kępiński, Adam Szymusik, Maria Orwid; w Niemczech: v. Baeyer, Binswanger, Häfner, Kisker oraz ocaleni z Auschwitz: Viktor Frankl i Jan Gross. I tutaj PNTZP ma jeszcze sporo tematów do przepracowania.

Ale owa era bardziej filozoficznej refleksji nie trwała długo. Ponieważ już podczas wprowadzania przez nas prób reform w kierunku psychiatrii społecznej dominującym, rynkowo najsilniejszym modelem stał się model medyczny. Chociaż Karl Jaspers już w latach 50. w proroczych słowach ostrzegał przed „psychizacją” medycyny, w stosunkowo krótkim czasie stan nieswoistego złego samopoczucia psychicznego postrzegać zaczęto wyłącznie przez pryzmat medyczny – jako chorobę, którą wyjaśnia się i leczy w oparciu o wiedzę z dziedzin podstawowych. Wcześniej stan taki rozumieć próbowano z uwzględnieniem czynników gospodarczych, społecznych, po-

* XXXIII Sympozjum PNTZP, Bielefeld-Bethel 2012

Przemyślenia zawarte w niniejszym wykładzie w bardziej obszerny sposób przedstawiłem w publikacji: Klaus Dörner: „Helfende Berufe im Markt-Doping”, Neumünster: Paranus 2008

litycznych, religijnych czy antropologicznych. Obecnie, w ujęciu medycznym dla ciężko chorych mamy techniki somatycznego leczenia, dla lżej psychicznie chorych, których liczbę podwyższać można tak, że wkrótce zdrowych nie będzie już wcale, mamy psychotechniki leczenia psychoterapeutycznego. Do znaczącego wzrostu liczby lżej chorych psychicznie w Niemczech przyczyniło się skądinąd usprawiedliwione zrównanie psychoterapeutów psychologów i lekarzy. Od tej pory doszło w Niemczech do ośmiokrotnego wzrostu liczby psychoterapeutów i czterokrotnego wzrostu częstości rozpoznania depresji.

Mało kto odważa się dzisiaj samodzielnie przetrwać kryzys życiowy, tracąc przez to możliwość stymulacji osobistego rozwoju, dojrzenia. Kryzys ten, przecież za mnie usunąć może profesjonalny psychotechnik. Ale pieniędzy wydanych tutaj, brakuje potem na leczenie naprawdę ciężko psychicznie chorych, co częściowo doprowadziło do tzw. ich forenzyfikacji, czyli przesunięcia do działu psychiatrii sądowej. Dodatkowo domy opieki coraz energiczniej domagają się tworzenia w swoich ramach oddziałów zamkniętych.

Na podstawie kilku przykładów pragnę zademonstrować Państwu, jak niebezpieczny, dzisiaj już wszechobecny jest to trend. Trend, z którego korzystają poszczególni gracze rynkowi.

1. Skuteczność leczenia przeciwbólowego w ciągu ostatnich kilku dekad uległa ogromnej poprawie. Na prawie każdy ból jesteśmy obecnie w stanie zareagować adekwatnym postępowaniem przeciwbólowym. Jednak równocześnie liczba pacjentów bólowych nie uległa zmniejszeniu, wręcz przeciwnie, w inflacyjny wręcz sposób wzrosła. Jak to możliwe? Niezależnie od tego, że niejedynemu pacjentowi nowotworowemu i dzisiaj powinien być wcześniej i lepiej ustawiony w schemacie leczenia morfiną, paradoks ten wiąże się z tym, że wspomniane sukcesy terapeutyczne podwyższyły oczekiwania, jak również aktywność prawną w społeczeństwie w stosunku do producentów leków, tworząc oczekiwanie całkowitego uwolnienia od bólu, a w szerszym ujęciu – od cierpienia w ogóle. Dlatego, obecnie ból o co-

raz mniejszym nasileniu odczuwany jest jako nie do zniesienia. Stąd, percepcja bólu – będąca całkowicie naturalną czynnością układu nerwowego – nie jest już przyjmowana jako ważne ostrzeżenie o niebezpieczeństwie, czyli jako coś pozytywnego, co może przydarzyć się również w ramach zdrowego stylu życia. Przeciwnie, każdy ból oceniany jest jako „choroba”, którą w sposób chemiczny lub fizyczny powinni zająć się eksperci, czyli coś, co wyrzucane jest poza obszar kompetencji własnej. Wcześniej podejście do problemów, obchodzenie się z bólem i cierpieniem mogło być impulsem do poszukiwania kreatywnych rozwiązań, własnego rozwoju. Dzisiaj myśli się inaczej. Taką filozofię zastępuje ideał skoncentrowanego na samym sobie, nieskończonego poprawiającego się zdrowia, z dążeniem do bezustannego redukcjonowania możliwości jakiegokolwiek bólu i cierpienia. Wszystko to wzmacniane jest przez postępy diagnostyki i terapii, które doprowadziły do przemianowania bólu jako objawu w „chorobę bólową”, z idącą za tym instytucjonalizacją, tworzeniem odrębnej dziedziny medycznej, która z kolei dbać musi o własne interesy ekonomiczne.

2. W podobny sposób, z podobnie katastrofalnymi skutkami zmniejszamy my sami – profesjonalści zawodów pomocowych – teren zdrowia w coraz to nowych obszarach, sztucznie powiększając obszar „choroby”. Widać to chociażby na przykładzie zaburzeń snu, odżywiania się, deficytu uwagi oraz niedostatków urody.

3. Ochrona zdrowia coraz bardziej przeorientowuje się w kierunku kolejnej gałęzi gospodarki, przez co i tutaj pojawiają się np. elementy podejścia znane z przepisów ochrony konsumenta, w ramach których ja, jako pielęgniarz, psycholog czy lekarz, jestem po prostu „używany” przez różnych konsumentów. To z kolei zmusza do poszukiwania coraz to nowych niszy rynkowych. W takim podejściu celem ostatecznym musi być przemianowanie wszystkich zdrowych na chorych, a więc na osoby, które najlepiej przez całe swoje życie pragnę być leczeni – chemicznie, fizycznie czy psychicznie po to, aby móc „zdrowo żyć”. Udaje się to całkiem dobrze w przypadku

chorób somatycznych, a jeszcze lepiej psychicznych. Ponieważ w przypadku zaburzeń psychicznych mamy całe mnóstwo teorii, wg których prawie wszyscy ludzie nie są zdrowi, a w każdym razie nie mieszczą się w kryterium WHO, które wymaga „poczucia całkowitego dobrostanu”. To pokazuje po raz kolejny, jak wątpliwa jest sensowność przeniesienia kryteriów i pojęć medycyny somatycznej na obszar psychiki. I tak, jeśli gdzieś na pierwszy rzut oka nie widać szczególnych potrzeb, można je zawsze sztucznie stworzyć, co ciągle na nowo udaje się dzięki odpowiednim kampaniom reklamowym („an ill for every pill” – dla każdej tabletki znajdzie się odpowiedni chory).

4. Na przykład lęk, będący sygnałem niejasnego zagrożenia, chociaż nieprzyjemny, jest istotnym życiowo elementem systemu ostrzegania, czyli sam w sobie czymś absolutnie zdrowym. Dopiero nieodpowiednie podejście do lęku (opór, wyparcie) może doprowadzić do mającego wartość chorobową „lęku przed lękiem”. Jednak w latach 70. i 80. przedefiniowano lęk w chorobę, tworząc nową niszę rynkową. Podzielono lęk na całą masę „jednostek chorobowych”, opracowano paletę wspaniałych strategii terapeutycznych dla jakże za to wdzięcznych pacjentów. Szczególnie udało się „fobia społeczna”, obejmująca możliwie prawie wszystko; bo któż z nas nie jest czasem niezadowolony ze swoich kontaktów społecznych.

5. W latach 90. zauważono, że depresja nie została jeszcze w wystarczającym stopniu urynkowana. Wszczęto masowe poszukiwania dotąd „niezdemaskowanych” osób z depresją. Oczywiście niektórzy naprawdę na takich akcjach korzystają. Jednak większość odnosi szkody z powodu niepotrzebnego etykietowania. W wyniku powyższego zjawiska w USA, między latami 1987 a 1997 liczba osób leczonych z powodu depresji zwiększyła się prawie czterokrotnie, z 1,7 na 6,3 mln. Każdy, kto ma odpowiednią wiedzę, zorientuje się, że tak duży rzeczywisty wzrost nie jest możliwy. Po przeprowadzeniu starannych badań okazało się, że za wzrost ten odpowiedzialna była szeroka, agresywna kampania reklamo-

wa leków przeciwdepresyjnych (J. A. Med. Ass. 1/2002). W Niemczech podobny wzrost można próbować tłumaczyć nagłym, znacznym wzrostem liczby psychoterapeutów, chociaż w przypadku Niemiec prawdziwość nagłego wzrostu liczby chorych na depresję jest jeszcze bardziej wątpliwa, ponieważ w tym samym czasie w Niemczech zaobserwowano epokowy, dotąd niewytłumaczony spadek liczby samobójstw o połowę.

6. Pojęciem „psychotrauma” próbuje się obecnie tłumaczyć wszelkie ludzkie kryzysy i niepowodzenia życiowe, przywołując tutaj wczesne doświadczenia przemocy, wykorzystywania itd. Za tym tłumaczeniem idzie od razu próba leczenia technikami psychologicznymi/psychoterapeutycznymi. Oczywiście są osoby, które i tutaj z leczenia naprawdę korzystają, ale większość odnosi trwałe szkody w wyniku celowego zogniskowania uwagi, być może na całe życie, na pojedynczym wydarzeniu, które uczyniło z nich ofiarę. W takiej sytuacji bycie zdrowym, czego cechą wg Gadamera jest „samozapomnienie tego, z czego się zrezygnowało”, jest utrudnione. Po każdej katastrofie zarówno jej ofiary, jak i udzielający im pomocy są dzisiaj narażeni na znajdujące w społeczeństwie poklask psychoatki ekspertów. Wobec ataków tych są oni zasadniczo bezbronni. Próbę przeżycia nieszczęśliwego wydarzenia w samotności, lub tylko z najbliższymi eksperci demaskują, jako niezdrową. Media oburzają się, gdy ktoś natychmiast nie otrzyma fachowej, terapeutycznej pomocy. Otrzymałem do dzisiaj wiele listów od profesjonalistów, zaopatrujących ofiary katastrof, z których dowiedziałem się, że mój sceptycyzm wobec traumy przyjmują oni z ulgą: „Nasza praca jest sama w sobie już wystarczająco ciężka. Ale teraz, np. po katastrofie lotniczej ledwo jesteśmy w stanie ją w ogóle zacząć, ponieważ na każdym kroku otoczeni jesteśmy stadami terapeutów i wyspecjalizowanych duszpasterzy, którzy nie odczepią się od nas, dopóki my sami – najlepiej w chwytliwy dla mediów sposób – nie przyznamy się do tego, że sami też przeżywamy właśnie traumę, niezależnie od tego, jak tak naprawdę się czujemy. I biada temu, który zaprzeczy –

jest przegrany u wszystkich, w tym u swojego przełożonego. Bo dzisiaj „rany psychiczne” są bardziej interesujące od cielesnych, nawet wtedy, gdy ktoś z powodu cielesnych obrażeń zginie.” Gdy słyszy się coś takiego, trudno dziwić się, dlaczego diagnoza „zespołu stresu pourazowego” powstała w ramach „chowu wsobnego” w amerykańskich szpitalach leczących weteranów wojny w Wietnamie. Po masakrze w szkole w Erfurcie przynajmniej jedna z uczennic wyznała, że najgorsza w tym wszystkim była masa psychologów, która z użyciem wszelakich tricków nie pozwalała na to, aby choć przez chwilę pozostać sam na sam ze sobą, tudzież „tylko” ze swoją rodziną lub przyjaciółmi. Po upływie roku od tej tragedii, nadal uczniami i nauczycielami zajmowało się 50 psychoterapeutów. A Jan Philipp Reemtsma, który sam był ofiarą porwania, zauważa, że uwaga, która obecnie nie tylko skupia się na sprawcach, ale, co samo w sobie jest może i słuszne, na ofiarach, może poprzez zbyt pochopne terapeutyczne i finansowe działania doprowadzi do deprecjacji ofiar (Sozialpsychiatr. Inf. 33, H.2, 2003).

7. Na szczęście widać też pewne pozytywne oznaki. Reakcje specjalistów, ich samokrytyka wobec najnowszych i najmodniejszych psychokonstruktów – „mobbingu” i „burnoutu” dają trochę nadziei. W każdym razie słychać głosy, że zaszło to za daleko, że mowa tutaj może być co najwyżej o opisie objawów, a nie o samodzielnych jednostkach chorobowych, które usprawiedliwiłyby specyficzne leczenie. Jednak wątpliwe, czy owe głosy rozsądku przebijają się przez szum mediów i interesy rynkowe zainteresowanych graczy.

Jednak niebezpieczeństwo tego całego trendu, który onegdaj nazwałem „neo-chorymi psychicznie” leży gdzie indziej. Otóż dla prawie każdego z opisanych nowych psychokonstruktów, pośród masy zaetykietowanych nimi osób są nieliczni ludzie, dla których owe diagnozy są słuszne, którzy naprawdę odniosą korzyści ze specjalnie opracowanych terapii, i których stan psychiczny naprawdę wykazuje zaburzenia nasilone na tyle, że i teraz, i wcześniej potrzebowaliby oni leczenia – ambulatoryjnego lub stacjonarnego, chociaż

najprawdopodobniej pod inną diagnozą. Jednak tych naprawdę chorych i potrzebujących jest za mało, by leczyć tylko ich, sfinansować praktyki prywatne czy oddziały szpitalne. Jednak ponieważ przyzwyczajeni jesteśmy do tego, aby nasze szczególne kompetencje, w sposób przyjęty na rynku, reklamować używając argumentu specjalizacji, zmuszeni jesteśmy akceptować coraz to słabsze nasilenie poszczególnych zaburzeń (np. depresji, lęku, traumy) jako usprawiedliwiające podjęcie leczenia. W ten sposób zapelniamy nasze gabinety i kliniki, czynimy je rentownymi. W zależności od koniunktury może to prowadzić do takiego „rozcieńczenia” kryteriów choroby, że zaczniemy leczyć ludzi zdrowych.

W uzupełnieniu opowiem Państwu o dwóch małych eksperymentach.

Po pierwsze, kiedyś, przez dwa lata zbierałem doniesienia z dwóch poważnych dzienników niemieckich na temat zatrważającego wzrostu częstości zaburzeń psychicznych. Po przeliczeniu podawanych tam odsetków okazało się, że statystycznie rzecz biorąc powiniennem cierpieć na 2,1 zaburzeń psychicznych, które wymagają leczenia.

Eksperyment drugi. Jakiś czas temu podczas wykładu dla Izby Psychoterapeutycznej Landu Hesji zaproponowałem prezydentowi tej Izby, aby co roku pytał każdego jej członka ilu chorych nie przyjął on na terapię z powodu zbyt małego nasilenia obecnych u niego/niej zaburzeń (szacowałem, że być może będzie to 30%). Reakcja była zaskakująca: spodziewałem się gwizdów, a nagrodzony zostałem rześzystymi brawami. Tylko pan prezydent był przeciwny temu pomysłowi. To pozostawiło mnie podwójnie ambiwalentnym. Z jednej strony byłem zadowolony, ponieważ koledzy psychoterapeuci okazali się być świadomymi problemu. Z drugiej strony prezydent zasmucił mnie, ponieważ jego urząd wymaga od niego pewnej formy samokontroli, a jednak wybrał bardziej koleżeńskie i ludzkie podejście do członków swojej Izby.

Podsumowując: poświęcanie zbyt dużej ilości środków (czasu, uwagi, pieniędzy) zdrowszym chorym psychicznie oznacza zbyt mało środków dla naprawdę ciężko chorych.

Jak można przeciwdziałać tym niebezpiecznym trendom? Przychodzą mi do głowy cztery pomysły:

1. Powinniśmy wzmocnić zaniedbaną i pominiętą filozoficzno-antropologiczną stronę psychiatrii. Spojrzenie to widać już u Arystotelesa, dla którego nie istniało coś takiego jak izolowany organ psychiczny; wg niego dusza jest raczej wyrazem żywotności ciała oraz, jak dzisiaj dodalibyśmy – żywotności społecznej.

2. W dyskusji ze skłonnyimi do refleksji psychologami od dawna padała propozycja, aby mówić o „socjosomatyce” – skoro wychodzimy z założenia, że nie ma izolowanej, samej w sobie i dla siebie „psychiczności”.

3. Gdy członkowie DPGfSG między latami 1970 a 1990, wspólnie ze stowarzyszeniami psychologów walczyli o ich równouprawnienie

w stosunku do lekarzy przeważało u wszystkich zainteresowanych zdanie, że psychoterapeuci pracować powinni głównie jako pracownicy komunalni (np. w urzędach zdrowia), tak, aby będąc wolnymi od pokusy podejęcia wolnorynkowego pomagać mogli oni najbardziej potrzebującym.

4. W większym stopniu, niż miało to miejsce do tej pory, korzystać powinniśmy z Konwencji Praw Niepełnosprawnych Narodów Zjednoczonych. Jest w niej mowa o jak najbardziej godnych wsparcia ideach „inkluzji” i „zróżnicowania społecznego”.

Być może nasze kolejne doroczne sympozjum powinno zająć się ideami zawartymi w powyższych czterech punktach lub związanymi z nimi zagadnieniami w jeszcze szerszym ujęciu.