

Interesy, wartości i automatyzmy: społeczne paliwo psychiatryzacji*

Jednym z podstawowych zadań nauki jest zamiana tego-co-niewidzialne, w to-co-widzialne.

Pragnieniem wielu, zwłaszcza akademickich, lekarzy jest, by dzięki leczeniu chorych być powszechnie szanowanymi członkami społeczeństwa, zarabiać dobrze, a w dodatku mieć naukowo uzasadnione poczucie, iż współtworzy się moralny postęp społeczeństwa.

Psychiatryzacja (dalej: PSY) to zjawisko poszerzania się zbioru typów zdarzeń społecznych, po zaistnieniu których wzywana jest pomoc osób pełniących profesjonalne role psychiatrów, a przy tym takie postępowanie jest społecznie traktowane jako właściwe.

Ponieważ pomoc psychiatryczna nie jest – w zasadzie – udzielana gratisowo, postęp PSY równa się poszerzaniu możliwości zarobkowych psychiatrów. Równa się, ale, jak pokażemy dalej, się do tego nie sprowadza – ani w wymiarze ekonomicznym, ani kulturowym, ani politycznym.

* XXIII Sympozjum PNTZP, Bielefeld-Bethel 2012

* Opracowanie powstało w ramach projektu badawczego NCN „Korekta czy głęboka przebudowa? Podmiotowość jednostki w świetle neuronauki a fundamenty teorii społecznej i cywilizacji zachodniej”. Autor dziękuje za uwagi swoim doktorantom Maciejowi Gurtowskiemu i Janowi Waszewskiemu. Niestety nie może się z nimi podzielić odpowiedzialnością za tezy i opinie głoszone w niniejszym tekście.

Bezpośrednią przyczyną PSY jest to, iż lekarze psychiatry – w zasadzie nieświadomi ani źródeł tego procesu, ani jego szerszych społecznych konsekwencji – aktywnie angażują się w tworzenie, podtrzymywanie i pogłębianie szerszych procesów cywilizacyjnych, częścią których istotną częścią jest PSY. Psychiatry operują jednak w pewnym, niedowolnym, tylko częściowo od nich zależnym i tylko częściowo dla nich przejrzystym otoczeniu instytucjonalnym. Trzy główne procesy kształtujące owo otoczenie to: medykalizacja, kolonizacja życia codziennego, racjonalizacja. To te właśnie procesy tworzą pośrednie przyczyny PSY. Wśród tych przyczyn są także działania medycznych i poza-medycznych, w mniejszym lub większym stopniu zorganizowanych, grup interesu, które są beneficjentami PSY.

Należy jednak pamiętać, iż żadne przyczyny pośrednie nie są w stanie oddziaływać bez aktywnego współdziałania ze strony samych psychiatrów. Nie mogą wywierać wpływu ponad ich głowy; muszą operować poprzez te głowy, przyczyny te przebiegają korzystając ze ścieżek w umysłach psychiatrów – niezależnie od tego, czy sami psychiatry sobie to uświadamiają, czy też nie.

Psychiatryzacja to szkodliwe zjawisko. PSY jest niebezpieczna, gdyż funkcjonalnie (czyli niezależnie od intencji samych psychiatrów) wpisuje się w te procesy cywilizacyjne, które mają ostrze de-humanizacyjne i w dodatku mogą stanowić paliwo do odwrotu społeczeństw od demokracji.

A teraz chwila refleksji meta-poziomowej: KTO w ogóle zadaje powyższe pytania? Publiczne stawianie pytań i określanie kryteriów poprawności, jakie powinny spełniać odpowiedzi, rozgrywa się zawsze w ramach gier kulturowych, w których wspólnie uczestniczymy. Przyjmijmy, iż poniższy wywód jest w zasadzie jednym z posunięć w grze o nazwie: naukowe badania socjologiczne. Kłopot w tym, iż jest to gra wieloparadygmaticzna, w której liczne posunięcia przebiegają w ramach różnych perspektyw teoretycznych oraz odmiennych, właściwych dla tych perspektyw standardów poprawności. Wszelako, niezależnie od różnic, można uznać, iż w socjologii (i w nauce w ogóle) dość powszechnie oczekuje się, że interpretowane/wyjaśniane zjawiska winny być definiowane i interpretowane jako należące do pewnych szerszych klas zjawisk, które podlegają pewnym określonym prawidłowościom.

Spoleczne schematy kulturowe

Już zasygnalizowaliśmy, iż nasza perspektywa teoretyczna zakłada, iż w społeczeństwie nic nie następuje bez konkretnych działań, konkretnych ludzi (optyka indywidualizmu metodologicznego). Teraz chcemy podkreślić to, iż owe działania przebiegają zgodnie z pewnymi powtarzalnymi wzorami, które nazwiemy społecznymi schematami kulturowymi (dalej – SSK). Ponieważ, jak pokażemy, SSK nie dają się zredukować do wiedzy o jednostkach ludzkich, znaczy to, iż niektóre wymiary naszej analizy przyjmują także optykę analizy systemowej (holizmu metodologicznego).

Nasze SSK traktujemy jako przepisy, recepty, programy, coś w rodzaju software'u „podpowiadającego” jednostkom, grupom i instytucjom jak reagować w różnych sytuacjach. Charakter SSK tylko w niewielkim stopniu zależy od świadomych decyzji jednostek.

W umyśle jednostek SSK funkcjonują w trybie wzorów, matryc deterministycznych w rodzaju: odbierany przez umysł bodziec – „rekomendowana” reakcja. Badacze mogą SSK rekonstruować, modelować w postaci

ogólnych okresów warunkowych, tj. zapisów o postaci: „jeżeli..., to...”. Zatem SSK niejako „podpowiadają”, że gdy pojawia się określony bodziec/sygnal, to należy podjąć reakcję o postaci X/Y/Z – dlatego właśnie mówimy o „schematach”.

SSK są tym, co „łączy” jednostki ze społeczeństwem (strukturą, systemem, kulturą etc.). SSK „programują” jednostki do określonego typu zachowania. Można powiedzieć, iż SSK to kulturowy software współ/określający wzory zachowania jednostek – nie tylko, ale przede wszystkim, w sytuacjach społecznych.

SPOŁECZEŃSTWO<->SPOŁECZNE SCHEMATY KULTUROWE<->JEDNOSTKA

Schemat powyższy pokazuje, iż społeczeństwo (struktury, systemy etc.) nie oddziałuje na jednostki bezpośrednio – oddziałuje zawsze poprzez SSK. I podobnie jest w przypadku oddziaływania w drugą stronę – od jednostki do społeczeństwa. Jeśli pominiemy oddziaływanie drogą fizycznej przemocy oraz wprowadzania technicznych rozwiązań, które funkcjonują w trybie „przemagającym” (zob. Zybertowicz 1995), to jednostka może zmieniać społeczeństwo tylko poprzez przekształcanie SSK tych osób, na których jej zależy, czyli które są istotne w danej grze społecznej.

Taki trójpiętrowy (SPOŁECZEŃSTWO – SSK – JEDNOSTKA) układ nie jest w teorii społecznej niczym nadzwyczajnym. Wartość dodaną naszego podejścia widzimy w tym, iż poziom pośredni – to, co nazywamy SSK – jest skonceptualizowany inaczej, naszym zdaniem trafniej, niż w większości podejść wykorzystywanych w naukach społecznych (zob. niżej – zwłaszcza uwagi o podwójnej niewidoczności)

Zakładamy, iż zrozumieć źródła i strukturę SSK, które „kierują” działaniami głównych aktorów społecznych zaangażowanych w PSY, to wyjaśnić PSY.

W ogólnym zbiorze SSK warto odróżnić heurystyki i stereotypy. Te pierwsze są takimi narzędziami poznających i działających pod-

miotów, wobec których podmioty przyjmują postawę aktywną, zakładają, że pewne przynajmniej elementy tych narzędzi mają charakter umowny. Podmioty traktują heurystyki jako interpretacje, które są tymczasowe i jako takie mogą być korygowane lub nawet zarzucone. Można powiedzieć, iż tak rozumianymi heurystykami umysł „rządzi” (przynajmniej do pewnego stopnia). Jest ich świadomy i może je, częściowo przynajmniej, modelować. Inaczej jest ze stereotypami: to one „rządzą” podmiotami, często kompletnie poza naszą świadomością, określając nasz sposób orientowania się w otoczeniu i reagowania na jego bodźce.²

Podwójna niewidoczność SSK

Dla zrozumienia PSY – oraz jakiegokolwiek innego zjawiska społecznego – kluczowe jest to, czego schemat SPOŁCZEŃSTWO <-> SSK <-> JEDNOSTKA nie pokazuje. Tego mianowicie, iż bardzo ważną właściwością SSK jest ich podwójna niewidoczność.

Pierwsza niewidoczność ma, by tak rzec, charakter psychologiczny. Otóż SSK operują jednocześnie na świadomym i nieświadomym poziomie pracy umysłu. Są dla podmiotów tylko częściowo widoczne i zrozumiałe. Jednostki są w stanie „odczytać”, rozpoznać tylko fragmenty, tylko części swoich SSK. Tylko częściowo wiemy, według jakich programów działamy. To pierwszy, by tak rzec, jednostkowy i „pionowy” wymiar skrytości SSK.

Druga niewidoczność jest natury socjologicznej. SSK, które „zamieszkują” w głowach jednostek, są tylko fragmentami pewnych szerszych sieci SSK rozgałęzionych po społecznych grupach, strukturach, organizacjach – słowem są fragmentami szeroko rozumianej kultury. Także w tym wymiarze „poziomym” - w

polu społeczeństwa – SSK podlegają uwarunkowaniom, które tylko częściowo są widoczne i zrozumiałe dla aktorów; ograniczenie to dotyczy także badaczy. Na przykład, w świetle naszej koncepcji, SSK kierujące psychiatrami są „zawieszane” między innymi na sieciach SSK aktorów (grup interesów) napędzających medykalizację – ale dla podmiotów jest to tylko częściowo widoczne.

Można powiedzieć, iż w zasadzie ludzie „wiedzą tyle, ile mają wiedzieć”. „Nadmierna” wiedza może być poważnym balastem utrudniających zarówno zautomatyzowane działania jak i zautomatyzowane wartościowanie (legitymizowanie swego działania). Innymi słowy, poziom owej widoczności jest prawdopodobnie taki, na ile jest funkcjonalnie niezbędny. Podmioty aktywne w różnych ogniwach społecznego poziomu podziału pracy posiadają inne poziomy/rodzaje widoczności swoich SSK (o zakulisowych wymiarach procesu refundacji leków w Polsce – zob. Ozieranski, McKee i King 2012).

Teoria społeczna jest na razie zbyt słaba, zbyt niedojrzała, by ten wymiar poziomy precyzyjniej rekonstruować. Co najwyżej oferuje nam pewien dość mglisty szkic konglomeratu, jakim są różne sieci SSK współtworzące różne szersze procesy. Co więcej, idąc tropem myśli noblisty Friedricha von Hayeka (zob. 1960/2006 oraz 1988/2004) należy rozważyć, czy w ogóle pełne opisanie sieci społecznej, w jakiej SSK są zawieszane, nie jest – na obecnym etapie rozwoju ludzkiej wiedzy – możliwe dla jakiegokolwiek umysłu ludzkiego. Jeśli Hayek ma rację, to także badawcze rekonstrukcje SSK zawsze będą dalekie od kompletności.

Psychiatryzacja w środku trzech kręgów

Pragnąc uchwycić społeczne determinanty PSY, proponujemy ujęcie, które można nazwać „koncentrycznym”. Zakładamy, iż to, co dzieje się w mniejszym kręgu (strukturze, procesie), zasadniczo determinowane jest przez to, co dzieje się w kręgu szerszym. PSY ujmu-

² Nawiązując do znanej koncepcji noblisty Daniela Kahnemana (2012) powiemy, iż nasze heurystyki są bliskie temu, co w jego koncepcji nazywa się Systemem 1, zaś stereotypy temu, co jest Systemem 2.

emy jako fragment szerszego procesu medykalizacji. Z kolei medykalizację interpretujemy jako część jeszcze szerszego procesu „kolonizacji życia codziennego” – w sensie nawiązującym do myśli Jürgena Habermasa (1999). Kolonizację ową widzimy zaś jako ułożoną w ramach jeszcze bardziej fundamentalnego procesu cywilizacyjnego, jakim jest racjonalizacja – w sensie bliskim myśli Maxa Webera (2004).

Kręgi, ułożone od najwęższego, najbardziej lokalnego, do najszerszego, obejmującego cywilizację globalną, układają się w poniższej kolejności:

Psychiatryzacja → Medykalizacja → Kolonizacja życia codziennego → Racjonalizacja

Jeśli takie ujęcie jest trafne, to dobrze odczytując strukturalne siły napędowe procesu szerszego, uzyskujemy również pewną wiedzę o tym, co napędza, a przynajmniej oddziałuje na, procesy składowe. Każdy z tych procesów jest wytwarzany przez działania ludzkie regulowane przez odpowiednie SSK. Kłopot w tym, że tylko niektóre z tych SSK są na tyle przez badaczy rozpoznane, by stać się elementami zweryfikowanych modeli badawczych.

Medykalizacja

Z socjologicznego punktu widzenia trafne wydaje się ujęcie medykalizacji zaproponowane w Wikipedii – jako procesu powodującego, iż ludzkie problemy są traktowane jako zagadnienia medyczne, a jako takie stają się przedmiotem medycznych badań, diagnoz, terapii i działań prewencyjnych³. Oznacza to zarazem, że pewien obszar ludzkich problemów zostaje poddany „kolonizacji” przez mechanizmy rynkowe.

Taka socjologiczna perspektywa, a także i liczne badania empiryczne wskazują, iż w praktyce na przebieg medykalizacji znacznie silniejszy wpływ od lekarzy i pacjentów (klientów) mają korporacje farmaceutyczne i

ubezpieczeniowe (zob. Conrad i Leiter 2004), a także biurokratyczne instytucje władzy publicznej. Jak okaże się dalej, okoliczność ta jest ważna nie tylko dla zrozumienia dynamiki medykalizacji (i PSY), ale także dla aksjologicznej oceny obu procesów. By się do realizacji tego zadania przybliżyć, przejdźmy teraz do pewnej znamiennej ilustracji.

W lipcu 2012 roku liczne media podały, iż po śledztwie Departamentu Sprawiedliwości USA brytyjski gigant farmaceutyczny GlaxoSmithKline przyznał się do kryminalnych oszustw przy sprzedaży leków w USA i zgodził się zapłacić rekordowe 3 miliardy dolarów. Krótki opis:

„Glaxo promowało lekarstwa do stosowania w przypadkach, w których nie zostały zaaprobowane w USA i ukrywało możliwe skutki uboczne. Od 2001 do 2007 r. ukrywało, że Avandia, najpopularniejszy w Ameryce lek na cukrzycę, zwiększa ryzyko zawału serca. (...)”

Antydepresyjny Paxil podobny w działaniu do Prozacu, który w Stanach dopuszczono tylko dla dorosłych, Glaxo promowało jako lek również dla dzieci i młodzieży (choć potem dodano na opakowaniach ostrzeżenie, że może zwiększać ryzyko samobójstwa u nastolatków). Inny lek antydepresyjny, Wellbutrin, zalecano jako znakomity środek dla pacjentów cierpiących na otyłość lub zaburzenia seksualne. (...) W ramach ugody Glaxo przyznało się do kryminalnych wykroczeń, za które zapłaciło 1 mld dol. Dwa następne miliardy to pieniądze na pokrycie roszczeń cywilnych rządu USA i niektórych stanów. (...)”

Trzy miliardy dolarów to najwyższa w historii suma kar i odszkodowań, które płaci koncern farmaceutyczny. Trzy lata temu Pfizer zapłacił rządowi USA 2,3 mld dol. za podobne zarzuty dotyczące promocji Viagry i przeciwbólowego leku Bextra (zalecano je w schorzeniach, do których leczenia nie zostały zaaprobowane). W kwietniu br. Johnson & Johnson został ukarany przez sąd w stanie Arkansas grzywną 1,2 mld dol. za ukrywanie ryzyka związanego z przyjmowaniem antydepresyjnego Risperdal. J&J, w odróżnieniu od Glaxo i Pfizera, nie poszedł na ugodę i odwołuje się od wyroku.

³ <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicalization>; dostęp: sierpień 2012.

Wielu ekspertów komentowało (...), że miliardowe kary branża farmaceutyczna wlicza już w zasadzie w zwyczajowe koszty. Zupełnie nie odstrasza one potężnych koncernów, bo np. na sprzedaży w USA kilku inkryminowanych leków Glaxo zarobiło mniej więcej dziesięć razy więcej, niż wyniosło odszkodowanie. Gdy wyniki finansowe są tak dobre, prezesi wolą zapłacić, by zamykać dochodzenia" (Zawadzki 2012; por. Jarkowiec 2012; wyróżnienie AZ).

W tym samym lipcu 2012 roku amerykański Departament Sprawiedliwości w porozumieniu z brytyjską agencją kontroli finansowej zamknął śledztwo w sprawie angielskiego banku Barclays, który „dostał grzywnę 290 mln funtów za to, że przez kilka lat, aby poprawić notowania firmy i wyśrubować swoje premie, bankierzy manipulowali stopą procentową międzybankowych pożyczek LIBOR”. Trafny wydaje się komentarz do obu sytuacji, który stwierdza:

„Gigantyczne kary nałożone (...) na koncern GlaxoSmithKline za trucie pacjentów i na bank Barclays za okradanie inwestorów paradoksalnie dowodzą, że wielkie korporacje są... całkowicie bezkarne. (...) Ugody z GlaxoSmithKline i Barclays odtrąbiono jako sukces. Ale gdyby zwykły obywatel zrobił to samo, trafiłby za kratki. (...) W debacie o korporacyjnej odpowiedzialności, jaka rozpala Brytyjczyków po skandalu z Barclays, niektórzy komentatorzy (...) rozgrzeszając bankierów, wskazują na problem z 'systemem', 'dominującą mentalnością', czy 'kulturą biznesu'. Fintan O'Toole wyklada w 'Guardianie': 'Wszystkie afery ostatnich lat dowodzą, że to nie socjopaci kreują przegniłe kultury, tylko zamknięte, aroganckie i wyjęte z odpowiedzialności kultury zamieniają ludzi w socjopatów'" (Jarkowiec 2012: 63, 64).

Te obszerne cytaty są nam potrzebne, gdyż dość jasno sygnalizują, że korporacyjno-instytucjonalna „dźwignia” pozbawia poczucia odpowiedzialności za los innych ludzi (niejako „wylacza” empatię); że dźwignia ta „racjonalizuje” (tu chyba cudzysłów jest zbędny) biznesowe kalkulacje do takiego stopnia, iż w pewnych strefach biznesu nie-etyczne staje

się tylko to, co nie przynosi korzyści akcjonariuszom.

Co więcej, przywołane przypadki wskazują, iż nie mamy tu do czynienia z jakimś „wypadkiem przy pracy”, lecz ze stałym fragmentem korporacyjnej gry – systematycznej gry z klientami/pacjentami, z państwem, ba nawet – w przypadku banków – z rynkiem jako kluczową społecznie instytucją. Jest to gra toczona przecież nie tylko przez cztery wymienione w cytatach wielkie korporacje farmaceutyczne i jeden bank. Już od dawna wskazuje się, iż wielkie spółki akcyjne, obecne na giełdzie, funkcjonujące w przestrzeni społecznego zaufania i dzięki tej przestrzeni zasilane kapitałem, traktują zaufanie nie jako ramę, zewnętrzny kontur swojego działania, ale jako przeliczalny zasób (por. Jackson 2006/2008).

Można zatem powiedzieć, iż w samym jądrze współczesnej kapitalistycznej cywilizacji – jądrze, którym są rynki finansowe – toczy się gra, w której podstawowe normy moralne nie stanowią samodzielnie, oceniającego, układu odniesienia dla prowadzenia działalności gospodarczej. Obecne (dominujące?) tam SSK nie traktują norm moralnych jako zewnętrznej, „sztywnej” ramy dla prowadzenia tej działalności gospodarczej – normy te są raczej traktowane jako zasób, który może być „wchłaniany” do wnętrza biznesowej gry, podlegać zasadom jej racjonalności instrumentalnej. Czyż dla specjalisty od inżynierii finansowej postrzegającego świat przez pryzmat sprawozdań w Excelu etyczne może być coś, co się nie opłaca?

W świetle dostępnej wiedzy w polu medykalizacji występują nie tylko nieprzypadkowe, ale wręcz zinstytucjonalizowane, strukturalnie generowane nadużycia, w tym świadomie aranżowane konflikty interesów, w które ochoczo wkraczają m.in. badacze akademicy prowadzący badania nad skutecznością leków dla korporacji medycznych (zob. Krinsky 2003). Należy uznać za nieźle już uzasadnioną tezę, iż spora część procesu medykalizacji jest napędzana nie przez interesy pacjentów, nie przez racje profesji medycznej wynikające z jej misji, ale przez czysto materialne interesy podmiotów usytuowanych na zewnątrz relacji

pacjent ↔ lekarz (por. Conrad i Leiter 2004; Conrad 2007). Zasadne wydaje się też założenie, iż podobna sytuacja występuje w odniesieniu do PSY, medykacja jest bowiem podstawowym strukturalnym futerałem, w jakim PSY przebiega.

Co więcej, gotów jestem zaryzykować bardziej radykalną tezę (jak wolicie, można nazwać ją hipotezą) na temat medykacji. Medykacja jest nie tylko procesem z istoty swej rynkowym i technokratycznym, której dynamika jest zależna od reguł racjonalności instrumentalnej. Medykacja jest procesem, w który oszustwo i manipulacja są wpisane strukturalnie. Oczywiście, dodaję, by uniknąć części przynajmniej nieporozumień: medykacja nie sprowadza się, nie daje się zredukować do jej biznesowo-oszukańczego wymiaru⁴. Ale – w obecnej fazie kapitalizmu⁵ – racjonalnie kalkulowanych oszustw i manipulacji, np. marketingowych, nie da się z procesów medykacji wyeliminować (por. Krimsky 2003). Posługując się zaproponowanym tu językiem, powiemy, iż w głównych instytucjonalnych podmiotach napędzających medykację obecne są SSK, które praktyki oszukańcze indukują i legitymizują.

Należy pamiętać, iż gdy powstaną już świadomie zorganizowane, posiadające także swoich teoretyków i ideologów, instytucje (np. uniwersytety, tajne służby) i profesje (np. taksówkarska, adwokacka), wytwarzają one swoje pola interesów. Interesy te (ekonomiczne – materialne; polityczne – interesy kontroli wnętrza i otoczenia systemu, jakim jest dana organizacja; kulturowe – interesy uprawomocnienia), mają swoją autonomiczną dynamikę.

Podobnie jak inne sformalizowane instytucje psychiatria ma „interes” w tym, by podtrzymać swój społeczny status i wpływy,

i chronić go przed interwencjami profanów ze zewnątrz (por. Pols 2005:40). Interes taki „pracuje” w pewnym zakresie niezależnie od zadań, które kojarzymy z „właściwą” misją danej instytucji – w tym przypadku leczeniem pacjentów. „Praca” instytucjonalnego interesu wywiera wpływ na kształt takich pojęć jak zdrowie i zdrowie psychiczne. Ważne pojęcia i legitymizacje funkcjonują bowiem w polu relacji między pomyślnością/interesem danej instytucji a innymi istotnymi społecznie instytucjami, od których pomyślność owa zależy. Psychiatria jako część służby zdrowia jest w określony sposób finansowana (relacje z procesami politycznego ustanawiania budżetu), społecznie legitymizowana (relacje z mediami i systemem edukacji powszechnej), unowocześniana (relacje ze strefą badań i rozwoju – R&D). Medykacja oddziałuje na PSY właśnie poprzez relacje takiego typu.

Jakie wnioski należy wyciągnąć z faktu, iż PSY jest niedająca się oddzielić częścią procesu/kręgu, którego główni aktorzy działają niezgodnie z tym standardami moralnymi, na których sama psychiatria jest ufundowana (por. Seidel 2009)? Zanim zbliżymy się do odpowiedzi na to pytanie, zarysujmy jeszcze jeden wymiar kulturowego tła, w którym rzecz się rozgrywa. W opublikowanej w 1995 roku rozprawie habilitacyjnej zauważyłem:

„W świecie współczesnym medycyna stanowi szczelinę, przez którą następuje m.in. techniczna penetracja (kolonizacja) tych obszarów kultury, w tym symbolicznej, jakich nie są w stanie bezpośrednio penetrować i przekształcać nauki społeczne. Obszary interakcji i życia jednostek chronione przez zasady intymności i suwerenności jednostki ludzkiej (jako swego rodzaju świeckie sacrum epoki modernistycznej) ulegają głębokim przekształceniom przez działanie sił nadchodzących z innej strony. Obszary kultury moralnie ufortyfikowane przed penetracją ze strony humanistów ulegają podbojowi prowadzonemu pod hasłami ochrony życia i zdrowia ludzkiego za pomocą środków biologii i medycyny. Można powiedzieć, że tego, na co nie mogą pozwolić sobie antropologowie kulturowi, socjologowie, psychologowie lub prawodawcy, dokonują

⁴ Medykacja jest procesem istotnie oportunistycznym – w sensie teorii ekonomicznej, tak jak pojęcie oportunisty rozumie noblista Oliver Williamson (1996: 6, por. 378).

⁵ Mówiąc o obecnej fazie rozwoju kapitalizmu mamy na myśli w szczególności te jego właściwości, które odsłonił światowy kryzys finansowy.

(najpierw) lekarze. Dla lekarzy-klinicyistów jednostka stała się materiałem badawczym manipulowalnym w zakresie moralnie nie do przyjęcia w przypadku stosowania eksperymentalnych praktyk socjologii lub psychologii. Medycyna wykorzystuje moralne przywileje wypływające z (specyficznie kulturowo zdefiniowanej) misji ochrony życia i zdrowia ludzkiego do – częściowo spontanicznej i niezamierzonej, a częściowo rozmyślnej – transformacji form stosunków międzyludzkich.

W imię ochrony zdrowia i życia generowane są technologie, których funkcjonowanie głęboko zmienia lub/i zmieni dotychczasowe systemy wartości. Metody takie, jak zapłodnienie in vitro, wybór płci dziecka lub HRT (hormon replacement therapy) to dopiero skromne początki procesu, który głębiej przekształca stosunki międzyludzkie niż poczynania największych przywódców religijnych, reformatorów politycznych, wielkich prawodawców czy natchnionych wizjonerów jak Marks, Lenin, Stalin, Hitler lub Chomeini (...)" (Zybortowicz 1995, s. 340-341).

W ciągu siedemnastu lat, jakie upłynęły od napisania tych słów, zagrożenia nasiliły się. Dołączyć do nich należy przede wszystkim ważne odkrycia, a zwłaszcza związane z nimi technologie, które nieustannie mnoży neuro-nauka.

Kolonizacja życia codziennego

Medykalizacja rozgrywa się w polu szerszego „kręgu” - wspomnianego już procesu kolonizacji życia codziennego. Z naszej perspektywy sednem owej kolonizacji jest wypieranie praktyk nieformalnych i niesprofesjonalizowanych przez działania (rutyny) skomercjalizowane i sformalizowane. Im częściej w obliczu problemów sytuacje życiowe definiujemy jako wymagające pomocy profesjonalistów (dla których udzielanie pomocy jest formą zarabiania), tym bardziej postępuje owa kolonizacja.

Kolonizacja oznacza m.in., iż strefy reakcji „bezinteresownych”, spontanicznych, emocjonalnych zostają wypierane przez wygodę

i ekonomiczne kalkulacje – dobrym i znamienym przykładem jest tu profesjonalizacja opieki nad osobami niepełnosprawnymi oraz starymi, nad naszymi rodzicami i dziadkami. Następuje zastępowanie osobowych, nieformalnych relacji międzyludzkich przez coraz bardziej sformalizowane i skomercjalizowane, bezosobowe, często technicyzowane – często prezentowane jako sprawdzone i bezpieczne – procedury.

Od medykalizacji kolonizacja różni się nie tylko swoim zasięgiem (ta druga jest szersza), ale także rolą zorganizowanych grup interesu. O ile można wskazać konkretne podmioty gospodarcze (wielkie korporacje farmaceutyczne) napędzające i ukierunkowujące medykalizację, to kolonizacja w zasadzie zależy od działających żywiołowo sił rynkowych. To wcale nie musi być dobra wiadomość. Nie jest niczym nadzwyczajnym, iż często w nieprzejrzystym gąszczu społecznych sił w przeważającej mierze działających spontanicznie, bez czyjegokolwiek planowania, ginie człowiek, jego godność, odpowiedzialność, jego unikalność, subtelność. Z pola widzenia umyka to, co najcenniejsze: duchowość.

Najważniejszym – z naszego punktu widzenia – efektem owej kolonizacji jest coraz częstsze wyłączanie działania modułu empatii w relacjach międzyludzkich, które zyskują bezosobowy, techniczny, proceduralny, zautomatyzowany charakter. Właśnie w procesie coraz częstszego wyłączania empatii w relacjach międzyludzkich widzimy największe, mające najbardziej dalekosiężne konsekwencje negatywne oblicze PSY. PSY bowiem powoduje nie tylko to, iż psychiatria staje się ofiarą przychodzącej z zewnątrz de-personalizacji stosunków międzyludzkich; PSY swoim wpływem i autorytetem proces ten przyśpiesza i pogłębia.

PSY jest czymś więcej niż tylko jednym z szerokiej gamy procesów, które de-personalizują stosunki międzyludzkie. W odróżnieniu od procesów, których natura jest otwarcie ekonomiczna (marketyzacja, standaryzacja, mechanizacja) lub polityczna (kontrola, manipulacja, hollywoodyzacja, tabloidyżacja) PSY jest jednak znacznie bardziej niebezpieczna.

Nie tylko dlatego, iż jej ekonomiczne i polityczne wymiary często są bardziej ukryte. Jest niebezpieczna przede wszystkim z tego powodu, iż PSY bezpośrednio i głęboko ingeruje w proces społecznej konstytucji (konstrukcji) jednostki ludzkiej (por. Zybertowicz 1995), przemieszcza nasze wyobrażenia normalności i zdrowego życia. Często czyni to w sposób nie- lub niskorefleksyjny.

Racjonalizacja

Kolonizację życia codziennego traktujemy jako proces pochodny i zależny wobec wcześniejszego historycznie procesu racjonalizacji - wkradania się coraz bardziej świadomie projektowanej racjonalności instrumentalnej w kolejne strefy życia społecznego. Nie tylko w strefy aktywności gospodarczej, ale także w obszary nieformalnej, spontanicznej, życiowo niekiedy tak bardzo, zdawałoby się, niezobowiązującej codzienności. Jednym z wymiarów racjonalizacji jest Weberowski proces odczarowania świata (Entzauberung), przez który rozumiemy wypieranie szeroko rozumianego sacrum z kolejnych sfer życia społecznego.

Jednak ponieważ nadal jeszcze nie jesteśmy robotami, to, co opłacalne, domaga się uprawomocnień – przez ukazanie odniesień do wartości. Dlatego też medykalizacja, kolonizacja i racjonalizacja, które same uprawomocniają PSY w trybie techniczno-biurokratycznym, jednocześnie oczekują, iż psychiatria – ta nauka troski o człowieka – im samym dostarczy uprawomocnień natury etycznej. W naszym modelu kręgi zewnętrzne dostarczają uprawomocnień i współtworzą też struktury społeczne, grupy interesów, mniej lub bardziej lokalne trendy, które niejako penetrują kręgi wewnętrzne. Na przykład grupy interesów posługują się argumentem rzekomo uniwersalnej racjonalności kapitalizmu, by przełamać opór zwolenników bardziej tradycyjnych podejść do człowieka.

A wszystko dzieje się na zautomatyzowanym podłożu rozmaitych SSK, których rola i cechy zazwyczaj umykają naszej uwadze.

Pomijamy teraz zupełnie to, iż racjona-

lizacja i odczarowanie są procesami, które spotykają się z różnymi negatywnymi kulturowymi reakcjami. W niniejszym opracowaniu medykalizacja, kolonizacja i racjonalizacja interesują nas w zasadzie jedynie jako swoiste deterministyczne futerały, które wywierają silny wpływ na PSY.

Radykalna asymetria?

Pytanie, jakie trzeba teraz postawić, brzmi następująco: czy psychiatria usytuowana, ba, niekiedy nawet zakleszczona, w kręgach psychiatryzacji, medykalizacji, kolonizacji i racjonalizacji może jeszcze – jak postulują zatroskane głosy – „dostosować się do pacjenta”?

Dostosować się do pacjenta! Dlaczegoż to do chorego psychicznie indywiduum, do tej często bezbronnej, niemal nic nieznaczącej istoty, miałaby dopasować się potężna maszyna strukturalna – cały system interesów i ich elegancko dopasowanych, wypracowanych przez zawodowych ideologów uprawomocnień? Spójrzmy na układ społecznych sił.

Z jednej strony mamy interesy wielkich korporacji, establishmentu biurokratyczno-medycznego, środowisk lekarzy i terapeutów, których działanie jest sankcjonowane przez społecznie podzielane i oficjalnie głoszone wartości. Mamy tu liczne automatyzmy służące wygodzie, redukcji złożoności, redukcji odpowiedzialności i prawnej, i moralnej. Mamy gotowe, inteligentnie promowane leki, gotowe procedury, gotowe to i gotowe tamto. Cały kompleks strukturalny – wielowarstwowe sploty interesów, władzy i wylansowanych wartości.

Z drugiej strony mamy zrozpaczonego, niedostosowanego człowieka.

Przy takiej nierównowadze sił - czy postulat dopasowania tego, co potężniejsze do tego, co słabsze, nie brzmi po prostu jak kolejna społeczna utopia? Z jednej strony potężne instytucje – twarde interesy, wartości ogłoszone jako „szlachetne” i liczne automatyzmy, wielopoziomowe SSK, których nie do końca ogarniamy. Z drugiej strony pogubiona jednostka. Przecież to radykalna asymetria.

Dopasować instytucje do pacjenta – tzn. do kogo? Czyż nie do jednostki już rozwałkowanej przez kulturę masową? Do jednostki z implantami pragnień pochodzącymi z tej kultury? Do jednostki, która w dodatku jest nieodpowiedzialna i niesforna – odpowiedzialny obywatel nie powinien przecież cierpieć!

W tle narracji naszej (jak i każdej narracji w naukach społecznych) jest pewien kontekst normatywny. Pewne mniej lub bardziej mgliste wyobrażenie „dobrego życia”. Nie widzę powodu, by się takich wyobrażeń obawiać. Jeśli tylko są one intersubiektywnie artykułowane z gotowością do podejmowania nad nimi rzeczowego namysłu, to nie muszą one rujnować naukowości wyводу badawczego.

A zatem: czy ucieczka przed cierpieniem i bólem zawsze jest wartością? Czy mamy chronić jednostki także przed dysonansami poznawczymi wynikającymi z rozwoju intelektualnego? A czyż empatia wobec losu innych często także nie łączy się z gotowością przyjęcia bólu i cierpienia?

Jeśli odpowiadacie Państwo na te pytania podobnie jak ja, to znaczy, iż w tej radykalnej asymetrii: pacjent/jednostka versus dynamika cywilizacji globalnej nie jest jeszcze kompletnie przegrana. Jest tak, ponieważ posiadamy – tj. zapewne większość z nas – EMPATIE. Ponieważ szaleństwo nie jest nam całkiem obce. Ponieważ domyślamy się, jak to jest po tamtej stronie... A to znaczy, że pacjenci-ludzie-z-tamtej-strony mają swoją „agenturę” po naszej stronie, tu w IMPERIUM koncentrycznie usytuowanych kręgów. To nasza wrażliwość na przeżycia innych ludzi tę radykalną asymetrię osłabia.

Patrząc historycznie i strukturalnie, powiemy, iż to zdolność ludzi bogatych, potężnych, zdrowych i sytych do współodczuwania z cierpiącymi powoduje, iż najgorsze nawet systemy panowania, wyzysku, opresji, okrucieństwa zawierają w sobie jakąś – z socjotechnicznego punktu widzenia patrząc – „ułomność”. Nie są doprowadzane do swego „logicznego” końca.

Negatywna ocena psychiatryzacji – uzasadnienie

Empatia jest być może drugą, po miłości, najważniejszą rzeczą, którą inny człowiek może zaofiarować drugiemu. Nie byłoby rozsądne przyjmować, iż każdy od każdego ma prawo oczekiwać miłości. Sensowne jednak zdaje się założenie, iż – zwłaszcza w społeczeństwach tak dostatnich jak nasze – w pewnych okolicznościach każdy człowiek może od każdego innego człowieka (jako człowieka właśnie) oczekiwać empatii. Z tej perspektywy te procesy cywilizacyjne, które systematycznie redukują przestrzeń empatii w stosunkach międzyludzkich winny być oceniane negatywnie. W konsekwencji, w taki lub inny sposób powinny być one nie tylko monitorowane, częściowo kontrolowane, ale także niekiedy powstrzymywane.

O ile w przypadku takiej formy pomocy, jaką jest np. straż pożarna i nawet chirurgia, wyłączanie modułu empatii podczas akcji pomocy nie tylko może być funkcjonalne (zwiększa sprawność działania pomagających), to w przypadku psychiatrii wyłączanie tego modułu często przynosi poważne szkody.

Jeśli zgodzimy się, iż rozwój PSY nie tylko wpływa z kryzysowych, niekorzystnych tendencji cywilizacji współczesnej, ale te tendencje jeszcze nasila, to, patrząc kompleksowo, należy uznać, iż PSY przynosi więcej szkód niż pożytków i proces ten należy jak najbardziej ograniczać, zatrzymywać, ale nawet cofać.

Niezależnie od dobrej woli części podmiotów zaangażowanych w przebieg tego procesu (lekarzy, pracowników instytucji opieki medycznej, badaczy) PSY jako proces wzmacnia niekorzystne, niebezpieczne tendencje cywilizacji współczesnej.

Psychiatrzy twórczo uczestniczą w grze społecznej, której szerszych – np. politycznych i biznesowych – zarysów nie tylko nie znają, ale w ogóle nie są w stanie ogarnąć.

W dodatku należy pamiętać, iż nie są znane żadne prawa nauk społecznych, które stwierdzałyby, iż demokracja musi się da-

lej rozwijać, rozszerzać, ani nawet takie, z których wynikałoby, że kraje demokratyczne przetrwają w zmieniającym się otoczeniu geopolitycznym.

Jeśli natomiast w nadchodzących dekadach w świecie miałyby nastąpić jakiś istotny zwrot ku rządóm autorytarnym, powstaje pytanie, jaką rolę w umacnianiu się rządów autorytarnych może odegrać PSY i jej procedury. Dlatego poważnie należy rozważyć kwestię, jak duży jest, jeszcze nie w pełni ukazany, potencjał PSY dla gier o władzę – w szczególności w polu uprawomocnień dla różnych nadużyć w formalnie zinstytucjonalizowanych relacjach międzyludzkich.

Podsumowanie

Zrozumiałem zaproszenie na konferencję Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Zdrowia Psychicznego jako prośbę o diagnozę. O socjologiczną diagnozę dla potencjalnego pacjenta, który jest już dość poważnie zaniepokojony swoją kondycją (taki przynajmniej obraz wyłania się czytelnikowi czasopisma Dialog). Zaoferowałem zatem Państwu pewną diagnozę. Za pomocą jednej z narracji nauk społecznych naszkicowałem diagnozę części świata współczesnej psychiatrii, starając się

odsłonić to, co – być może – umyka Waszej uwadze.

Państwo sami na co dzień diagnozujecie swoich pacjentów. Zazwyczaj, o ile wiem, między Wami a pacjentami występuje radykalna asymetria informacji. Prowadzicie diagnozę za pomocą aparatu badawczego, w tym pojęciowego, którego działanie nie jest dla pacjentów zrozumiałe i przejrzyste. I pewnie też uważacie, iż taka poznawcza asymetria jest naturalna i właściwa. Że pacjent nie musi (i co więcej, w większości wypadków nie byłby w stanie) rozumieć procesu myślowego, który leży u podstaw zalecanej terapii. Nie mając zdania w tej ostatniej materii, wskażę, iż mój stosunek diagnosty do diagnozowanych jest odmienny.

Traktuję Państwa jako kolegów badaczy, dla których mój warsztat intelektualny nie musi mieć żadnych tajemnic. Wszystkie te moje kroki poznawcze, których sam jestem świadomy, chętnie Państwu odsłonię i poddam intersubiektywnej krytyce.

A gdybyście Państwo uznali zarysowaną wyżej diagnozę za interesującą, mogę zaryzykować także próbę zaproponowania terapii.

Skrót tekstu pochodzi od Redakcji.
Całość tekstu i literatura u autora.