

**List do Redakcji. Psychiatria, czyli w tę i z powrotem.
Komentarz do artykułu Jacka Prusaka
„Diagnoza różnicująca »problemy religijne bądź duchowe«
– możliwości i ograniczenia kodu V 62.89 w DSM-5”**

**Letter to Editor. Psychiatry; there and back again.
Comment to the paper: Jacek Prusak
“Differential diagnosis of ‘religious or spiritual problems’
possibilities and limitations of V code 62.89 in DSM-5”**

Sławomir Murawiec

Centrum Terapii Dialog

W swoim niezwykle interesującym i znakomicie napisanym artykule Jacek Prusak podnosi kwestię kodu V 62.89 obecnego w amerykańskiej klasyfikacji psychiatrycznej DSM w szerokiej panoramie wzajemnych relacji pomiędzy duchowością oraz instytucjonalną religią a psychiatrią i psychopatologią. Kod V 62.89 opisuje problemy religijne bądź duchowe, a jego szczegółowe brzmienie przytacza Autor w treści swojej pracy.

Ważne w tym kontekście jest umiejscowienie kodu V 62.89 w systemie DSM: jest to ta część klasyfikacji, która koduje coś, co nazwalibyśmy kontekstem klinicznym. Kody V 61 kodują problemy w relacji rodzice–dzieci, problemy w związku z partnerem, problemy pomiędzy rodzeństwem, a kody V 62 między innymi żałobę, problemy dotyczące kształcenia, problemy dotyczące pracy, problemy religijne i duchowe, problemy dotyczące styku kultur i *last but not least* problemy dotyczące fazy życia. Jak wskazuje Jacek Prusak, mamy więc do czynienia z tym rozdziałem DSM, który opisuje „problemy powiązane z innymi czynnikami psychospołecznymi, osobistymi i środowiskowymi”, czyli te konteksty, które nie mogą posłużyć do postawienia „dużego” lub „głównego” rozpoznania klinicznego (jak psychoza, depresja lub określone zaburzenie lękowe), lecz mogą kodować istotny, niekiedy zapewne decydujący kontekst ich ujawnienia się i nasilenia objawów.

Przechodząc dalej, Jacek Prusak zwraca uwagę na następujące zjawiska: eliminowanie religii i duchowości z terapii, tworzenie się „tabu” psychoterapii dotyczącego tego obszaru, fakt, że „religia i/bądź duchowość nie były istotne dla prowadzenia

psychoterapii” oraz że „uważano je za ważne przejawy życia, ale obce psychiatrii”, „same te pojęcia nie miały precyzyjnego znaczenia i do dobrego tonu należało unikanie ich w badaniach i praktyce klinicznej”, a także podnosi kwestię „przepaści religijnej” pomiędzy wierzącym ogółem społeczeństwa a psychiatrami. Spostrzeżenia te wymagają głębszej refleksji.

W komentarzu tym chciałbym postawić dwie główne tezy, odnoszące się do przytoczonych wyżej, w pełni słusznych, spostrzeżeń Autora:

1. Po pierwsze – nie mogło być inaczej. Pradawne, pierwsze wyjaśnienia stanów odmiennych, w tym szaleństwa i melancholii, to były koncepcje oparte na różnych, charakterystycznych dla danej społeczności wierzeniach religijnych, mistycznych itp. Psychiatria powstała jako przeciwstawienie się temu rodzajowi rozumienia szaleństwa, mówiąc: to jest choroba. Mówiąc nawet więcej: to jest choroba mózgu lub psychiki, a nie demon, kara lub lekcja zesłana przez siły wyższe. Jedna z najłatwiej obserwowalnych w codziennym życiu reguł psychologicznych mówi, że jeśli się od czegoś oddzielamy, to musimy bardzo podkreślić tę różnicę, zaprzeczyć temu, co wspólne, odgrodzić, wytyczyć nieprzekraczalny mur i powiedzieć: „to nie jest moje, to nie ja, moja tożsamość jest inna”.
2. Psychiatria w tym zapale do naukowości poszła jeszcze dalej – postanowiła wyeliminować indywidualny kontekst kliniczny w ogóle i stworzyć kategorie diagnostyczne w pełni czyste, niezależne, zoperacjonalizowane, podobne do praktyki chirurga, który może podejść do stołu operacyjnego i zoperować, nie poznając nawet osoby, którą leczy. W tę stronę poszły systemy klasyfikacyjne w psychiatrii, zastępując dawne podręczniki psychiatrii. Przykładanie uniwersalnej miary, zoperacjonalizowanych kryteriów zastąpiło coś, co wydaje się, że było oczywiste, spostrzeganie człowieka w kontekście jego osobistego życia i całego społecznego otoczenia.

Patrząc w ten sposób, można ująć wskazane wyżej kody V w klasyfikacji ICD jako „powrót do przeszłości”. Bierzemy pod uwagę te czynniki, które były brane pod uwagę od zawsze, ale próbę eliminacji których (skazaną z góry na niepowodzenie) podjęliśmy w imię tworzenia czystej i zoperacjonalizowanej psychiatrii. Aby zilustrować te tezy, chciałbym odwołać się do dwóch nadzwyczajnych osób: Jakóba Frostiga i Nancy C. Andreasen.

W 1913 Wydawnictwo Zakładu Narodowego imienia Ossolińskich wydało w Lwowie dwutomową „Psychiatrję” Jakóba Frostiga [1]. Patrząc z dystansu, zwróćmy uwagę, na co przede wszystkim kładzie nacisk Frostig we wstępie do swojego wielkiego dzieła. Moim zdaniem na konieczność oddzielenia psychiatrii jako opartej na naukach o „przyrodzonej naturze zjawisk” od ich widzenia w kontekście mistycznym, religijnym, nadprzyrodzonym. To nie może być przypadek, a Frostig chciał coś ważnego powiedzieć już w pierwszych słowach wstępu „Psychiatrji”, które brzmią następująco: „Już w zaraniu kulturalnego rozwoju obłęd i choroba umysłowa zajmowały szczególne stanowisko w wierzeniach szczepowych pierwotnej grupy społecznej. Wierzenia szczepowe ludzi pierwotnych nie znały w ogóle przyrodzonej przyczyny zjawisk. Wszelkie zmiany w świecie przyrody były w tem wierzeniu następstwem sił

nadprzyrodzonych, duchów i demonów; wpływem ich życzeń i pragnień, współczucia albo zawiści, pomocy albo zemsty (...) W obrębie takiego poglądu na świat irracjonalne objawy zaburzeń umysłu nie mogły być niczem innym, jak tylko magicznym wpływem nadprzyrodzonych sił. (...) Wraz z pierwszemi próbami uwolnienia medycyny cielesnej od wpływów pierwotnego demonizmu, magii, zabobonu i zaklęć pojawiają się w starożytnej Grecji pierwsze twierdzenia o cielesnym pochodzeniu nienormalnych stanów psychicznych. Hipokrates wskazuje na środkowy układ nerwowy, jako na siedzibę tych chorób, nie znajduje jednak w tym względzie posłuchu”. Po okresie wiar pogańskich czy starożytnych pojawiło się chrześcijaństwo. Frostig pisze: „Dopiero nauka Chrystusa odwróciła wzrok ludzki od życia doczesnego i położyła najsilniejszy akcent wiary na »duszę« (...) Chrześcijaństwo skierowało pragnienia wierzącego ku życiu pozagrobowemu, kościół oceniał jego życie pod kątem zasługi i grzechu, kary i nagrody; nie tylko czyn, nie tylko postępowanie – każda myśl, każde uczucie, każda chwila zwątpienia i każde załamanie się w wierze może być policzone na Sądzie Ostatecznym. (...) Kościół katolicki mierzył każde wzruszenie, każdą myśl, każdy czyn człowieka miarą zasługi albo grzechu, patrzył na losy i koleje pojedynczego żywota pod kątem zbawienia duszy. Nie mógł też innej miary przykładać do chorych wzruszeń, do urojeń, do omamów, obłądu, podnieceń i szału. (...) Jeśli treść ich była żarliwa i wznosiła się w ekstazie religijnej ku Bogu, stanowiły przejaw siły wyższej, jeśli zaś ta treść była bluźniercza, dowodziły opętania przez szatana; w osłupieniach, w formach prostych i błaznowatych widział kościół karę albo dopust Boży”.

To jest ważny kontekst, w którym możemy rozumieć spostrzeżenia Jacka Prusaka dotyczące eliminowania religii i duchowości z terapii, tworzenia się tabu dotyczącego tego obszaru, faktów, że „religia i/bądź duchowość nie były istotne dla prowadzenia psychoterapii”, „uważano je za ważne przejawy życia, ale obce psychiatrii”. Powiedziałbym, że w przytoczonym kontekście nie mogło być inaczej. Zapewne psychiatria ma swoją psychikę, a z pewnością psychikę mają psychiatrzy. W takim ujęciu wprowadzanie religii, sił ponadnaturalnych w obszar psychiatrii może być nieświadomie odczuwane jako zagrażające tożsamości, wiążące się z ryzykiem powrotu do tego, co już było kiedyś, i utraty z takim trudem wypracowanej odrębności, własnej tożsamości (psychiatrii i psychiatrów). Jest wystawianiem się na pewne zasadnicze, leżące u podstaw własnego sposobu istnienia ryzyko. Stąd postawiona już wyżej teza, że odgradzamy się najsilniej od tego, co mocno, z jakichkolwiek względów, zagraża naszej tożsamości, wyodrębnieniu i identyfikacji. Nie musi być to proces w pełni uświadomiony, może polegać na ogólnym poczuciu, że jest coś ryzykownego i zagrażającego w „wypuszczaniu się” na tamte obszary; swoistej czujności wobec kwestii religijnych w odniesieniu do psychiatrii w ogóle i szamaństwa w odniesieniu do psychiatrów w szczególności; konieczności utrzymania postawy naukowej „opartej na naukach przyrodzonych”, jak pisze Frostig, czy Medycyny Opartej na Dowodach (EBM), jak to ujmujemy współcześnie.

Psychiatria poszła tą drogą jeszcze dalej. Tak daleko, że teraz powinna zawrócić i czyni to poprzez kody V w klasyfikacji DSM i inne działania. Poszła w kierunku tworzenia systemów diagnostycznych tworzących iluzję oderwania się od indywidualnego kontekstu klinicznego. Osoba, która ma już zapewnione miejsce w historii

psychiatrii, profesor Nancy C. Andreasen, w pracy opublikowanej w 2007 na łamach czasopisma *Schizophrenia Bulletin* [2] pisze o śmierci fenomenologii w Ameryce: „Od czasu opublikowania DSM-III w 1980 następuje stałe pogarszanie się w nauczaniu uważnej klinicznej oceny skierowanej na problemy indywidualnej osoby i jej kontekst społeczny, co jest wzmacniane dobrą ogólną znajomością psychopatologii. Studenci są uczeni raczej, aby zapamiętać DSM, niż aby nauczyć się całej złożoności od wielkich psychopatologów przeszłości. Do 2005 ten upadek stał się tak poważny, że można o nim mówić jako o śmierci fenomenologii w Stanach Zjednoczonych”. DSM jest klasyfikacją amerykańską, więc głos ten zarówno w kontekście opisanego w nim procesu, jak i kodów V w klasyfikacji DSM brzmi dobitnie. Nawet jeśli rozważyć problemy, zaburzenia i inne zakłócenia zdrowia jako choroby mózgu, to nie biorą się one z niczego i nie są usytuowane w próżni osobistej i społecznej. Ważne są „problemy indywidualne danej osoby i jej kontekst społeczny”, a nie czyste i wyrwane z kontekstu listy zoperacjonalizowanych objawów. W tym kontekście ważne są także problemy religijne i duchowe. Jak słusznie pisze Jacek Prusak: „religijność/duchowość może stanowić część rozwiązania problemów psychologicznych”, ale także „religijność/duchowość sama w sobie może być źródłem problemów”.

Nancy C. Andreasen zadaje w cytowanym tu tekście pytanie: „Co poszło źle?” („What Went Wrong?”). Wskazuje, że chociaż autorzy DSM-III wiedzieli, że dokonują małej rewolucji, to nie wiedzieli, że rewolucja ta definitywnie zmieni naturę i praktykę psychiatrii. Kolejne wydania DSM stały się uniwersalnie i bezkrytycznie przyjmowanymi ostatecznymi autorytetami w dziedzinie psychopatologii i stawiania diagnozy. Ponieważ stały się podstawą kształcenia, stały się podstawą wiedzy i sposobu myślenia lekarzy praktyków i badaczy. Prof. Andreasen wskazuje na paradoks: badania fenomenologii i nozologii, które legły u podstaw systemu DSM, nie są już spostrzegane jako ważne i znaczące. Co najważniejsze, uległ kompletnemu zapomnieniu kluczowy fakt, że kryteria diagnostyczne zawierają tylko niektóre charakterystyczne objawy danego zaburzenia, ale nigdy nie było ich intencją dokonanie pełnego jego opisu. To raczej „strażnicy” diagnozy, opis minimalnych kryteriów pozwalających na jej postawienie, a nie opis psychopatologiczny i opis kontekstu zaburzenia. Po drugie DSM, zdaniem Andreasen, ma dehumanizujący wpływ na praktykę psychiatrii. Ocena w psychiatrii jest według DSM oparta na sprawdzeniu listy symptomów, a DSM zniechęca jej zdaniem klinicystę, aby poznawał pacjenta, w zamian forsując suche podejście empiryczne (cytując dosłownie: „DSM discourages clinicians from getting to know the patient as an individual person because of its dryly empirical approach”). Na tym tle uwaga, że DSM daje badaczom wspólną nomenklaturę, jednak prawdopodobnie niewłaściwą, jest już tylko rozciągnięciem tych wniosków ze sfery praktyki klinicznej na sferę badań. Wydaje się, że w tym kontekście można popatrzeć na przytoczone na początku tego komentarza kody V klasyfikacji DSM jako mówiące klinicyście „przepraszam, ale czy byłbyś łaskaw zwrócić uwagę na kontekst, kryzys, dramat, a nie wyłącznie objawy?”. Uzasadnione i zrozumiałe jest, że kontekst duchowy, religijny jest tu jednym z kluczowych, a dla wielu osób po prostu najważniejszym kontekstem, w którym toczy się ich życie.

Piśmiennictwo

1. Frostig J. *Psychjatrja*. Lwów: Wydawnictwo Zakładu Narodowego im. Ossolińskich; 1933.
2. Andreasen NC. *DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences*. Schizophr. Bull. 2007; 33: 108–112.

Adres: Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog
02-791 Warszawa, ul. Stryjeńskich 19

Otrzymano: 17.11.2015
Przyjęto do druku: 17.11.2015