

Thomas Szasz: bezkompromisowy buntownik i krytyk psychiatrii

Thomas Szasz: The uncompromising rebel and critic of psychiatry

Jan Domaradzki

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych

Summary

April 2020 marks what would have been the hundredth birthday of Professor Thomas Stephen Szasz, who passed away in 2012. This year was also the 60th anniversary of the first publication of his iconoclastic thesis on the “myth of mental illness.” In the present paper, Szasz’s main views on mental illness and modern psychiatry are summarized. By showing the origins of Szasz’s ideas in particular, it describes the following topics: Szasz’s distinction between bodily disease and mental illness, his preoccupation with the progressive medicalization of everyday life, his description of psychiatry as an institution of social control, his critique of the therapeutic state, i.e., the alliance between psychiatry and the state, and his deliberations on liberty, personal freedom and responsibility. While addressing Szasz’s main critics, the paper attempts to show the influence of Szasz’s concept on today’s psychiatry and stresses that despite well-deserved criticism he expressed some of the epistemological and ethical problems of modern psychiatry better than anyone else, which makes his legacy still important for the mental health practitioners of today.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna, medykalizacja, psychiatria krytyczna, Thomas Szasz

Key words: mental illness, medicalization, critical psychiatry, Thomas Szasz

Wprowadzenie

Zmarły w 2012 roku profesor Thomas Stephen Szasz obchodziłby w kwietniu 2020 roku swoje setne urodziny. W tym roku przypadała również sześćdziesiąta rocznica publikacji jego obrazoburczej tezy o „micie choroby psychicznej”, ogłoszonej po raz pierwszy w 1960 roku na łamach czasopisma „American Psychologist” [1], a rozwiniętej w książce, która ukazała się rok później [2]. Od tego czasu Szasz stał się, obok Ronalda Davida Lainga, najbardziej znanym krytykiem psychiatrii [3, 4] i przez ponad

sześćdziesiąt lat podważał podstawowe założenia i praktyki psychiatrii, psychologii klinicznej i psychoterapii. W szczególności negował ich podstawy naukowe i etyczne, rosnące powiązanie psychiatrii z państwem oraz wszechobecną medykalizację „problemów życia”. I choć niektórzy uznają Szasza za najważniejszego filozofa psychiatrii [5], inni całkowicie odrzucają głoszone przez niego tezy i podkreślają negatywny, szkodliwy i niebezpieczny wpływ, jaki jego idee wywarły na psychiatrię i psychoanalizę [6, 7]. Stąd celem tekstu jest charakterystyka najważniejszych poglądów Szasza na temat współczesnej psychiatrii, a także głównych zarzutów formułowanych przez jego krytyków. Podjęto też próbę ukazania wpływu koncepcji Szasza na dzisiejszą psychiatrię.

Profesor Thomas (Tomás) Stephen (István) Szasz był węgiersko-amerykańskim psychiatrą urodzonym w Budapeszcie 15 kwietnia 1920 roku. Był on drugim synem żydowskiego prawnika i przedsiębiorcy rolnego Gyuli Szasza i jego żony Livii Wellisch. Jako dziecko Szasz był bardzo chorowity i niemal zmarł na błonicę w wieku siedmiu lat, w szkole jednak uczył się pilnie. W 1938 roku, w przededniu II wojny światowej, gdy Hitler najechał Austrię, osiemnastoletni wówczas Szasz wraz z rodziną wyemigrował do Stanów Zjednoczonych i zamieszkał w Cincinnati w stanie Ohio. Po tym jak został przyjęty na tamtejszy uniwersytet, najpierw ukończył z wyróżnieniem fizykę w 1941 roku, a następnie uzyskał dyplom medycyny na College of Medicine Uniwersytetu w Cincinnati w 1944 roku. Dwa lata później, po odbyciu obowiązkowego stażu w uniwersyteckim szpitalu, przeniósł się do Chicago, gdzie rozpoczął szkolenie z psychiatrii na Uniwersytecie Chicagowskim oraz z psychoanalizy w tamtejszym Instytucie Psychoanalizy. Dyplom otrzymał w 1950 roku i następnych pięć lat spędził jako szeregowy pracownik instytutu [8]. W 1951 roku otrzymał dyplom z psychiatrii. W trakcie rezydentury w klinice świadomie odmówił jednak udziału w programie szkoleniowym z psychiatrii, który obejmował prace z pacjentami psychotycznymi [8, 9]. W 1954 roku, w trakcie trwania wojny koreańskiej, trzydziestopięcioletni wówczas Szasz spędził dwa lata w Centrum Medycznym Amerykańskiej Marynarki Wojennej w Bethesda, w stanie Maryland [8]. Właśnie to doświadczenie – jedyny okres, gdy pracował z przymusowymi pacjentami – ukształtowało jego poglądy na temat zdrowia psychicznego [9]. Po zakończeniu służby wojskowej w 1956 roku osiadł w Nowym Jorku, gdzie znalazł zatrudnienie w Centrum Medycznym Upstate w Syracuse przy Uniwersytecie Nowojorskim, w którym został profesorem i otrzymał katedrę psychiatrii. Jednocześnie pracował również w tamtejszym szpitalu psychiatrycznym. Po tym jednak, jak wypowiedział wojnę – jak ją nazywał – „psychiatrii represyjnej” (*coercive psychiatry*) i opublikował swoje opus magnum: *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* w 1961 roku¹ [2], które przyniosło mu międzynarodową sławę, zagrożono mu zakazem nauczania w szpitalu. Mimo tej groźby udało mu się zachować stanowisko na uniwersytecie, na którym pracował do 1990 roku, gdy przeszedł na emeryturę [12].

¹ Mark Cresswell [10] i Jan Pols [11] słusznie zauważają, że źródła przyszłego sprzeciwu Szasza wobec biopsychiatrii można odnaleźć już w jego wcześniejszych pracach poświęconych bólowi, chorobom psychosomatycznym i redukcjonizmowi naukowemu.

Po ogłoszeniu swoich poglądów na psychiatrię w 1969 roku Szasz rozpoczął współpracę z Kościołem scjentologicznym, wraz z którym zainicjował działanie obywatelskiej komisji do spraw uchybień psychiatrii wobec praw człowieka (Citizens' Commission on Human Rights – CCHR), sprzeciwiającej się przymusowemu leczeniu psychiatrycznemu [13]. Sam nigdy nie został jednak członkiem Kościoła. W 1970 roku wspólnie z profesorem prawa George'em Alexanderem i socjologiem Ervingiem Goffmanem powołał do życia Amerykańskie Stowarzyszenie na rzecz Zniesienia Przymusowej Hospitalizacji Psychiatrycznej (American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization – AAAIMH), którego celem było zapewnienie pomocy prawnej pacjentom. W tym samym roku zapoczątkował wydawanie czasopisma „The Abolitionists” [12]. Po przejściu na emeryturę kontynuował działalność dydaktyczną i naukową, choć w 1995 roku zrezygnował z prywatnej praktyki. Thomas Szasz zmarł 8 września 2012 roku w swoim domu w Manlius koło Nowego Jorku w wieku 92 lat.

W 1951 roku Szasz poślubił Rosine Loshkajian, która dwadzieścia lat później popełniła samobójstwo z powodu ich rozvodu [14]. Mieli dwie córki: Margot i Suzy.

W trakcie swojej kariery akademickiej Szasz opublikował 35 książek, które przetłumaczono na wiele języków, oraz kilkaset artykułów naukowych [12]. Był ponadto cenionym wykładowcą, na którego zajęcia uczęszczało wielu studentów. Profesor Szasz był także członkiem wielu organizacji naukowych, w tym Distinguished Life Fellow Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Amerykańskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego i Międzynarodowego Towarzystwa Psychoanalitycznego. Za swoją działalność otrzymał szereg odznaczeń honorowych i nagród, w tym tytuł Humanisty Roku przyznawany przez Amerykańskie Towarzystwo Humanistów (1973), nagrodę im. Jeffersona przyznawaną za wyróżniającą się służbę publiczną na rzecz osób wykluczonych przez Amerykański Instytut Służby Publicznej (1974), nagrodę Martina Bubera (1974), nagrodę Menckena przyznawaną przez Towarzystwo Wolności Prasy (1988), nagrodę Humanist Laureate (1995), nagrodę przyznawaną przez Great Lake Association za obronę praw pacjentów (1995), nagrodę Rollo May Award od Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (1998), honorowy tytuł doktora nauk Upstate Medical University (2001) czy nagrodę George'a Washingtona przyznaną mu przez Fundację Amerykańsko-Węgierską (2003).

Intelektualne i kontekstualne źródła koncepcji Thomasa Szasza

Choć niektórzy uważają Szasza za najważniejszego krytyka współczesnej psychiatrii, to nie należy zapominać, że zaczął on głosić swoje rewolucyjne idee w szczególnym kontekście historycznym lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych minionego wieku, a więc w okresie gwałtownych i głębokich przemian społecznych, politycznych i kulturowych. Rozkwitała wówczas kontrkultura hipisowska oraz odbywały się protesty przeciwko wojnie wietnamskiej, a wyłaniające się nowe prądy w muzyce, sztuce i modzie zakwestionowały podstawowe wartości kultury Zachodu. Sama psychiatria znajdowała się zaś w szczególnym momencie: teoria Freuda powoli traciła swoją uprzywilejowaną pozycję, a psychiatria zaczęła dążyć do ustanowienia silniejszych powiązań z medycyną, tak by mogła stać się prawdziwą nauką opartą na faktach. Efektem tych

zmian było wyłonienie się intelektualnego ruchu psychiatrii krytycznej, zwanego często antypsychiatrią, który w sposób radykalny podważył podstawy teoretyczne i praktyki psychiatrii głównego nurtu [3, 4, 15–17]. I choć antypsychiatria nigdy nie była ruchem jednolitym, a jej najważniejsi przedstawiciele – David Cooper, Ronald David Laing, Joseph Berke, Leon Redler czy Franco Basaglia – niejednokrotnie znacząco się różnili w swoich poglądach i podejściach do teorii i praktyki psychiatrycznej, to wszystkich łączyły pewne wspólne przekonania: zanegowali oni naturę i medyczny model choroby psychicznej, zakwestionowali status psychiatrii jako specjalizacji medycznej, uznając ją za instytucję kontroli społecznej, i podkreślali skłonność psychiatrii do krzywdzenia ludzi. Co ważne, wszyscy wymienieni badacze sami byli psychiatrami. Z tego też względu socjolog Nick Crossley [16] definiuje antypsychiatrię jako „bunt odgórny” (*revolt from above*) i odróżnia go od „krytyki zewnętrznej” (*from without*) reprezentowanej na przykład przez Kościół scjentologiczny oraz od „buntu oddolnego” (*from below*), jakim było choćby utworzenie Związku Pacjentów Psychiatrycznych w 1973 roku.

Jako ruch intelektualny antypsychiatria znalazła się zarazem pod wpływem teorii etykietowania postrzegającej chorobę psychiczną jako formę dewiacji, którą poddaje się kontroli za pomocą narzędzi społecznych i politycznych [18–20]. Innym źródłem inspiracji były dla krytyków prace brytyjskiego antropologa Gregory’ego Batesona i grupy z Palo Alto, a zwłaszcza ich twierdzenie, że choroba psychiczna jest normalną, a przynajmniej dającą się zrozumieć reakcją na zaburzone relacje społeczne, a w szczególności sytuacji „podwójnego wiązania” jako czynnika schizofrenogennego [21]. Trzecim ważnym źródłem inspiracji był dla antypsychiatrii egzystencjalizm, który podkreśla unikalność jednostkowego doświadczenia i subiektywną naturę rzeczywistości. Nie bez znaczenia były również prace niektórych socjologów, zwłaszcza Ervinga Goffmana [22], czy francuskiego filozofa Michela Foucaulta [23], którzy rozwinęli własną teorię krytyczną psychiatrii i systemu opieki psychiatrycznej jako systemu nadzoru i kontroli. Wszystkie te nurty, teorie i koncepcje wpłynęły na odrzucenie przez antypsychiatrów medycznego modelu i statusu „dewiacji psychicznej” jako „choroby umysłowej”, kształtując ich pogląd, że koncepcja choroby psychicznej ma charakter polityczny i wykorzystuje się ją jako narzędzie kontroli społecznej.

Choć Szasz jest przez niektórych uważany za ojca chrzestnego całej antypsychiatrii, sam stanowczo odrzucał tę etykietę, uznając, że Cooper, Laing i inni wpływowi antypsychiatrzy dążyli wyłącznie do przeformułowania choroby psychicznej, podczas gdy on negował w ogóle jej istnienie [24, 25]. O ile sami antypsychiatrzy nie odrzucali z definicji przymusowej hospitalizacji i obrony jednostki opartej na zarzucie niepopatliwości, o tyle on potępiał i odrzucał obie te praktyki.

Choć jego liberalny humanizm został w dużej mierze ukształtowany pod wpływem takich myślicieli, jak Thomas Jefferson, John Stuart Mill, Adam Smith czy lord Acton [26: 11], to już jego poglądy na psychiatrię uformowała przede wszystkim myśl Zygmunta Freuda i jego krytyków oraz filozofia egzystencjalna, zwłaszcza w wydaniu Sorena Kierkegaarda, Jeana-Paula Sartre’a i Alberta Camusa [27]. Nie dziwi więc, że czerpiąc z ich dorobku, podstawą całej swojej myśli uczynił wolność i odpowiedzialność. Na jego zainteresowania duży wpływ miały także osobiste doświadczenia życiowe

i to za ich sprawą kładł tak silny nacisk na swobodę i wolność jednostki. Po pierwsze, we wczesnym dzieciństwie, gdy miał sześć lat, został zmuszony przez rodziców do uczęszczania na lekcje religii prowadzone przez rabina, czemu młody Szasz mocno się sprzeciwiał [8, 28]. Druga sprawa to młodość spędzona w ogarniętej nazizmem Europie i konieczność emigracji do Stanów Zjednoczonych. Po trzecie, były to rasizm i antysemityzm, z którymi zetknął się w nowej ojczyźnie, a które uwrażliwiły go na wszelkie formy opresji [8]. Wreszcie po czwarte, w trakcie odbywania służby wojskowej w szpitalu psychiatrycznym przeżył wstrząs, obserwując przymusowe interwencje psychiatryczne stosowane wobec pacjentów oraz stykając się z odhumanizowanym językiem psychiatrii i psychoanalizy [8, 29]. Wspólnie wydarzenia te ugruntowały jego przekonanie, że swoboda i wolność jednostki są ważniejsze niż zdrowie, a współczesna psychiatria i medycyna odwołują się do pojęć „choroba psychiczna”, „zdrowie psychiczne” i „opieka psychiatryczna”, by ograniczyć wolność jednostki. I właśnie ta głęboka wiara Szasza w wolność jednostki sprawiła, że John Breeding uznaje go wręcz za „filozofa wolności” [26].

Mit choroby psychicznej: choroba somatyczna versus choroba umysłowa²

Cała głoszona przez Szasza krytyka psychiatrii zasadza się na jego przekonaniu, że choroba umysłowa jest mitem, nie istnieje, a nowoczesny, biomedyczny model psychiatrii jest nie do utrzymania [1, 2]. By dowieść słuszności swojej tezy, amerykański psychiatra nieustannie akcentował różnice między chorobą somatyczną i umysłową. I tak o ile ta pierwsza jest chorobą prawdziwą, o tyle ta druga jest według niego chorobą wyłącznie w sensie metaforycznym. Zdaniem Szasza w sensie ścisłym choroba jest bowiem zjawiskiem biologicznym, tzn. definiuje się ją na podstawie urazu fizycznego, który prowadzi do widocznej zmiany w funkcjonowaniu ciała i odnosi się do dającego się zaobserwować patologicznego stanu lub procesu zachodzącego w żywym organizmie – i nieważne, czy jest nim roślina, zwierzę lub człowiek. Ponieważ choroba dotyczy ciała (komórki, tkanki czy organu), mózg, nerka czy płuco mogą być chore i mogą zostać zbadane, zdiagnozowane i poddane terapii, niezależnie od światopoglądu lekarza i pacjenta oraz ich przekonań religijnych, politycznych czy etycznych. Choroba jest bowiem kwestią obserwowalnych faktów, a nie opinii i wiary [1, 2, 30].

W przeciwieństwie do tego, zdaniem Szasza, choroba umysłowa nie spełnia Virchowiańskich standardów choroby jako obserwowalnej, dającej się potwierdzić naukowo nieprawidłowości ciała lub jego organów. Wynika to z tego, że umysł nie jest obiektem fizycznym, ale funkcją mózgu, i tym samym nie może być – w ścisłym sensie medycznym – chory. Właśnie ze względu na niematerialny, нефizyczny charakter umysłu w wypadku „choroby psychicznej” nie sposób wskazać żadnej patoanatomicznej zmiany, patologicznego uszkodzenia ani czynnika sprawczego (wirusa,

² Referując poglądy Szasza, w dalszej części tekstu używać będę wymiennie terminów „choroba umysłowa” i „choroba psychiczna” na oznaczenie tego, co w języku angielskim określa się mianem *mental illness*, *mental disorder* czy *mental disease*. Choć w języku polskim przyjęło się tłumaczyć te pojęcia właśnie jako „choroba psychiczna”, to termin „choroba umysłowa” jest kluczowy dla zrozumienia jego teorii krytycznej.

bakterii, pasożyta czy mutacji genetycznej). Dlatego choroba psychiczna nie istnieje, a psychiatrii brak jakichkolwiek naukowych podstaw diagnostycznych czy terapeutycznych. I to z tych powodów Szasz uważał, że choroba psychiczna jest mitem i iluzją: istnieje wyłącznie jako pojęcie i idea. Ponieważ jednak wymyślone przez człowieka idee z czasem ulegają reifikacji i obiektywizacji, również choroba umysłowa staje się faktem i zaczyna funkcjonować jako realny byt. Jak pisze Szasz: „Choroba psychiczna istnieje więc lub jest *realna* w tym samym sensie, w jakim czarownice istniały lub były *prawdziwe*” [32:21].

Z punktu widzenia Szasza ten niedosłowny, metaforyczny charakter choroby psychicznej sprawia, że w jej wypadku nie istnieją żadne obiektywne kryteria czy testy diagnostyczne, jakie są dostępne dla zapalenia płuc czy nowotworu. Przeciwnie – „diagnoza” psychiatryczna opiera się nie na obiektywnych faktach, ale subiektywnych opiniach o danej osobie i nie odnosi się do żadnych integralnych cech „pacjenta”. W wypadku choroby umysłowej jedynym „testem” jest rozmowa z pacjentem i obserwacja jego zachowania. W konsekwencji poszukiwanie medycznych podstaw diagnostyki psychiatrycznej i terapii medycznych jest nieuzasadnione i arbitralne. Tym bardziej, że o ile choroba somatyczna może zostać obiektywnie stwierdzona nawet po śmierci pacjenta, o tyle diagnoza psychiatryczna jest ważna i prawomocna wyłącznie w czasie badania, gdyż, jak twierdził Szasz, psychiatrzy nie mają ani wiedzy, ani możliwości, by ocenić kondycję psychiczną jednostki w przeszłości.

Stąd, zdaniem amerykańskiego psychiatry, choć koncepcja choroby umysłowej uległa w społeczeństwach zachodnich obiektywizacji, to w rzeczywistości istnieje ona wyłącznie jako pojęcie, idea i metafora, która jest powszechnie, acz błędnie, używana do opisu trojakiemu rodzaju zjawisk: (1) psychicznych konsekwencji zaburzeń somatycznych, zwłaszcza mózgu, jak było w wypadku epilepsji, którą uważano niegdyś za chorobę psychiczną, ale na skutek rozwoju neurologii przekwalifikowano na chorobę centralnego układu nerwowego; (2) dewiacji, a więc społecznie niepożądanych, nieakceptowanych bądź niezrozumiałych myśli, uczuć lub zachowań, które obrażają, zniesmaczają albo oburzają innych, jak w wypadku homoseksualizmu, który uległ demedycyzacji w latach siedemdziesiątych XX wieku; oraz (3) fundamentalnych „problemów życia” [2, 30–32]. Szasz twierdził, że podczas gdy choroby centralnego układu nerwowego są domeną neurologii, nie psychiatrii, to już klasyfikowanie myśli, uczuć lub zachowań jako zaburzeń jest semantycznym i logicznym błędem, podobnym do uznania wieloryba za rybę [2]. Z tego też względu uznawał on psychiatrię za nieuzasadnioną specjalizację medyczną i pseudonaukę należącą do tej samej kategorii co alchemia czy astrologia [2].

Kwestionując istnienie choroby psychicznej, Szasz nie negował jednak faktu, że ludzie doświadczają problemów psychicznych i społecznych. Sprzeciwiając się ich określeniu mianem „zaburzeń” i „chorób psychicznych”, twierdził przy tym, że powinno się je ujmować jako „społeczne i etyczne problemy życia” [2]. Odrzucał bowiem pogląd redukujący ludzkie zachowanie do wymiaru biologicznego i opisujący je w kategoriach „nierównowagi chemicznej w mózgu” czy „genetycznych predyspozycji”. Jak twierdził, zachowanie człowieka można opisywać w kategoriach powodów, motywacji, a nie przyczyn rozumianych w sposób mechanicystyczny. Tak jak człowiek

pierwotny dokonywał personifikacji przedmiotów, tak psychiatria uprzedmiotawia jednostki, a koncepcja choroby psychicznej pozwala ukryć fundamentalny aspekt ludzkiej egzystencji: życie jest ciągłym zmaganiem w poszukiwaniu sensu, moralnym wyborem i koniecznością rozwiązywania konfliktów interpersonalnych [32]. Tak więc z perspektywy Szasza psychiatria, podobnie jak psychoanaliza, powinna skupić się na osobistej relacji jednostki ze światem oraz jej codziennych egzystencjalnych problemach, zwłaszcza w dziedzinie sensu życia i relacji międzyludzkich.

Produkcja szaleństwa: patologizacja i psychiatryzacja życia codziennego

Odrzucając możliwość istnienia choroby psychicznej, autor *Mitu choroby psychicznej* wyrażał zarazem sprzeciw wobec postępującej medykalizacji życia społecznego i psychiatryzacji kultury [30]. Podkreślał, że współczesna psychiatria poszerzyła kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych do tego stopnia, że umożliwiają one ciągły wysyp nowych jednostek chorobowych i rozszerzanie tych już istniejących. Prowadzi to zaś do tego, że współczesna koncepcja choroby obejmuje wszelkiego rodzaju nienormatywne funkcjonowanie jednostki, każdy niepożądany lub nieakceptowalny sposób myślenia, odczuwania emocji czy zachowania, które jako „symptomy” zaburzenia stają się domeną psychiatrii [31]. To właśnie miał na myśli Szasz, mówiąc, że koncepcja choroby psychicznej służy jako szczególna ideologia [32], która umożliwia coraz głębsze przenikanie dyskursu psychiatrycznego do niemal każdego wymiaru życia ludzkiego i „produkcję” nowych „chorób”, w tym: „depresji” (nieszczęście), „fobii społecznej” (nieśmiałość), „zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi” (nadpobudliwe i niegrzeczne dzieci), „zaburzenia lękowego” (niepokój), „zespołu stresu pourazowego” (niepokój wywołany strasznym doświadczeniem), „uzależnienia od seksu” (rozwiązłość seksualna), „kleptomani” (kradzież) czy wszelkiego rodzaju „chorób uzależnieniowych” (hazard, przejadanie się, nadużywanie alkoholu czy narkotyków) [31]. Zdaniem Szasza medyczny establishment dokonuje medykalizacji każdego niepożądanego zachowania, a ludzkie problemy definiowane dotąd w kategoriach religijnych, etycznych czy politycznych jako „grzech”, „dewiacja” bądź „przestępstwo” przekształca się w problemy medyczne [30, 31, 33].

Ponieważ wspomniane „zmyślane choroby umysłowe” (*fictitious mental diseases*) nie wynikają z uszkodzeń biologicznych, lecz są odstępstwem od norm społecznych i etycznych [30, 31, 34], to nie odkrywa się ich istnienia, tylko po prostu się je wymyśla [2, 30–32]. Wynika to zaś z samej ich natury, która nie wiąże się ani z patologiczną zmianą anatomiczną czy uszkodzeniem, ani z żadnym znanym czynnikiem chorobotwórczym, lecz właśnie z zachowaniami, myślami, uczuciami i problemami. I właśnie dlatego Szasz kwestionował psychopatologiczne standardy choroby umysłowej, które uważał za niezwykle elastyczne, nieprecyzyjne, niejasne i aksjologicznie uwarunkowane. Twierdził wręcz, że mogą być definiowane *ad hoc*. Ponadto uważał, że skoro nie są kategoriami medycznymi, ale moralnymi, prawnymi, społecznymi i politycznymi [2, 30], to powinny być oceniane zgodnie z kodeksem etycznym lub prawnym, a nie poddawane medykalizacji i hospitalizacji.

Przymus jako kuracja: psychiatria jako instytucja kontroli społecznej

Radykalizm poglądu Szasza, wedle którego diagnozy, choroby i terapie stosowane w psychiatrii nie są prawdziwe, lecz mają charakter metaforyczny, doprowadził go do wniosku, że choroba umysłowa nie jest czymś, co jednostka „ma” lub z którego powodu „choruje”, ale czymś, co jednostka robi lub co sprawia, że jest ona taka, jaka jest [2]. Stąd uważał, że pojęcie „choroba umysłowa” jest wyłącznie etykietą używaną w odniesieniu do niepożądanych lub nieakceptowanych aspektów osobowości lub zachowań. A ponieważ etykietowanie jednostki jest wyłącznie formą stygmatyzacji, nie zaś diagnozowaniem w ścisłym tego słowa znaczeniu, podstawową funkcją psychiatrii jest kontrola społeczna [35]. Nie powinno to jednak dziwić, gdyż jednym z koronnych argumentów Szasza było twierdzenie, że w medycynie, a w szczególności w psychiatrii, mamy do czynienia z wzajemnym powiązaniem wiedzy (diagnozy) i władzy [31, 32, 37]. W swoich pracach ciągle podkreślał, że koncepcja choroby umysłowej pomaga zwiększyć społeczną rolę psychiatrów, którzy nieustannie dążą do poszerzenia swojej władzy nad jednostkami. A że akt nazywania jest aktem władzy [2, 32], klasyfikowanie myśli, uczuć i zachowań jako „zaburzeń” i „chorób” dostarcza ideologicznego usprawiedliwienia dla sprawowanej pod nadzorem państwa kontroli społecznej określanej mianem „leczenia” [28, 31, 32, 34–36]. Dlatego też twierdził, że choroba psychiczna nie jest czymś, co jednostka „ma”, lecz strategią i polityką, którą znajdujący się u władzy przyjmują wobec innych, niezależnie od ich woli [30, 32].

Potwierdzeniem tej tezy miało być to, że o ile w wypadku badania lekarskiego osobiste przekonania i poglądy religijne, etyczne i polityczne oraz wartości nie mają wpływu na proces diagnostyczny, o tyle w psychiatrii odgrywają one rolę decydującą. Zatem koncepcja choroby psychicznej jest narzędziem dominacji, kontroli i wykluczenia społecznego różnego rodzaju mniejszości, które można pozbawić praw obywatelskich, umieścić przymusowo w instytucjach psychiatrycznych i poddać terapii nawet wbrew ich woli. Na potwierdzenie tej kontrowersyjnej tezy wielokrotnie odwoływał się do historii psychiatrii, gdy była ona wykorzystywana jako instrument opresji przeciwko uciekającym czarnoskórym niewolnikom, u których diagnozowano „drapetomanię”, przeciwko kobietom – zanim nadano im pełnię praw obywatelskich, często diagnozowano u nich „histerię”, przeciwko dysydentom więzionym w sowieckich psychuszkach z powodu schizofrenii „o powolnym przebiegu” czy „skąpoobjawowej” albo homoseksualistom, którzy do lat siedemdziesiątych XX wieku byli diagnozowani jako osoby zaburzone psychicznie. Także te „choroby” nie zostały odkryte, lecz sfabrykowane, dlatego nie zostały one „wyleczone”, tylko dokonano ich demedykalizacji. I właśnie z tego względu tak często porównywał Szasz zinstytucjonalizowaną psychiatrię do katolickiej inkwizycji i podkreślał, że również jej zadaniem jest izolowanie niebezpiecznych społecznie i buntujących się jednostek [31]. Twierdził zarazem, że nadrzędnym celem psychiatrii jest kontrola i medykalizacja społeczeństwa, w tym instytucji prawa [34, 36] i edukacji [32], spożycia alkoholu [33] i narkotyków [38–40], samobójstw [41–43] i wielu innych obszarów życia jednostkowego i społecznego [31].

Państwo terapeutyczne: sojusz psychiatrii i państwa

Przekonanie Szasza, że zaburzenia psychiczne nie są prawdziwymi chorobami, lecz medycznymi metaforami wykorzystywanymi do stygmatyzacji i kontroli dewiacji oraz ludzkich problemów, a sama psychiatria opiera się na przymusie, który stoi w sprzeczności z ideami współczucia i poradnictwa, napędzały jego nieustający atak na to, co nazywał państwem terapeutycznym, czyli „niezdrowym” sojuszem psychiatrii i państwa [44]. W szczególności zaś krytykował to, że ponieważ choroba ściąga z jednostki odpowiedzialność zarówno za jej przyczynę, jak i terapię, to opieka medyczna została zdominowana przez państwo, które uzurpuje sobie prawo do ochrony zdrowia swoich obywateli, czyniąc zeń wręcz swój obowiązek. To z kolei doprowadziło do radykalnego przekształcenia społeczeństwa i państwa: to pierwsze zmienia się w „nieoceniającą nikogo grupę wsparcia” niechętną do tego, by potępiać jakiegokolwiek zachowanie, niezależnie od tego, jak bardzo byłoby niemoralne; państwo zaś, które zwykło karać swoich występnych obywateli, zmienia się w państwo terapeutyczne, czyli „farmakrację”. Państwo terapeutyczne jest więc systemem, w którym wszelkie ludzkie problemy, myśli, uczucia i zachowania postrzega się jako kwestie medyczne podatne na terapię [44, 45]. W konsekwencji ulegają one medykalizacji i zostają poddane przymusowym interwencjom psychiatrycznym. Natomiast psychiatrzy, którzy stali się agentami na usługach państwa, uzyskują nieograniczoną władzę ingerowania we wszelkie obszary życia jednostek. To zaś prowadzi Szasza do radykalnego twierdzenia, że cechą immanentną współczesnych społeczeństw jest „psychiatryczne niewolnictwo” [46].

Jako prawdziwy libertarianin Szasz głęboko wierzył, że tylko jednostka ma władzę nad sobą i jest odpowiedzialna za ochronę własnego zdrowia. Dlatego podkreślał, że w imię osobistej wolności należy odseparować psychiatrię od państwa, podobnie jak to uczyniono w wypadku Kościoła i państwa. Ponieważ każda jednostka jest autonomiczną osobą, a nie własnością publiczną, którą państwo może przymusowo poddać medykalizacji, dopóki jednostka nie stwarza zagrożenia dla innych, państwo winno wstrzymać się od ochrony jej zdrowia, gdyż wszelkie przymusowe interwencje mają charakter tyranizujący [28, 35, 48]. Stąd, krytykując koncepcję choroby psychicznej jako ideologicznego usprawiedliwienia dla ograniczania swobód jednostkowych czy to w sferze zażywania narkotyków [39, 40], czy odbierania sobie życia [43–45], amerykański psychiatra podkreślał jednocześnie, że nieuchronną konsekwencją państwa terapeutycznego jest obrona z użyciem argumentu o niepoczytalności [34, 37, 48]. Szasz niezmiennie krytykował psychiatrię za to, co nazywał „wojną z odpowiedzialnością karną” (*war on criminal responsibility*), i wskazywał na paradoks polegający na tym, że o ile współczesna psychiatria przypisuje dobre uczynki wolnej woli, o tyle winą za złe zachowania obarcza chorobę psychiczną sprawców. W konsekwencji – ponieważ psychiatria umożliwia jednostkom uniknięcie odpowiedzialności za ich czyny, a przestępców uznaje za „czasowo niepoczytalnych”, „niezdolnych, by stanąć przed sądem” – uznaje się ich za niewinnych właśnie z powodu „szaleństwa” [34, 37, 48].

Podkreślając, że choroba psychiczna stanowi usprawiedliwienie dla ludzkich występów, Szasz twierdził, że to właśnie obrona z użyciem argumentu o niepoczytal-

ności jest najbardziej klarownym przykładem pogwałcenia osobistej wolności i praw jednostki przez państwo terapeutyczne. O ile bowiem oskarżony ma prawo zaprzeczyć popełnieniu przestępstwa i nie zgadzać się z oskarżycielem, a jego zaprzeczenia nie uznaje się za dowód winy, o tyle etykieta choroby psychicznej pozbawia jednostkę takiego prawa: nie dość, że nie może się ona nie zgadzać z psychiatrą, to samą niezgodę interpretuje się jako „wyparcie”, a osoba uznana za chorą psychicznie zostaje uznana za niezdolną do wglądu we własną chorobę. Stąd, według Szasza, podczas gdy koncepcja choroby psychicznej zastępuje moralność i rządy prawa [34], przymusowa hospitalizacja i obrona z użyciem argumentu o niepoczytalności stanowią dwa filary, na których zasada się władza państwa terapeutycznego [36, 44, 45, 47]. A że ani przymusowa hospitalizacja, ani obrona z użyciem argumentu o niepoczytalności nie przynależą do jurysdykcji medycyny, przestępcy uznani za „niepoczytalnych” powinni podlegać systemowi prawa zamiast instytucjom psychiatrycznym.

Choroba psychiczna, wolność i osobista odpowiedzialność

Jako że według Szasza koncepcja choroby psychicznej dostarcza amoralnego i bezosobowego bytu („choroby”) jako wyjaśnienia jednostkowych problemów życia, służy zarazem jako „zinstytucjonalizowane zaprzeczenie” (*institutionalized denial*) tragicznej natury ludzkiego życia. Kiedyś ludzie *czuli się* lub *byli* przygnębieni (*depressed*), dzisiaj zaś *mają* depresję; dawniej, niektóre przygnębione (*depressed*) jednostki odbierały sobie życie, obecnie zabija je depresja [30]. Zdaniem Szasza jednak człowiek nie jest pasywnym obiektem czy „pacjentem”, za którego zachowanie odpowiada wyłącznie mózg lub „choroba psychiczna”. Przeciwnie, jednostka jest wolną, racjonalną i odpowiedzialną osobą, działającą zgodnie z własnym systemem wartości, przekonaniami i celami. Uznanie jednostki za nieodpowiedzialną za swoje czyny z powodu choroby umysłowej oznaczało więc odebranie jej wolnej woli i statusu autonomicznego bytu oraz uczynienie z niej biernej ofiary „choroby”. I właśnie z tego powodu Szasz uważał, że koncepcja choroby psychicznej, która nadając jednostce rolę chorego, ściąga z niej osobistą odpowiedzialność, jest *de facto* terminem etycznym i politycznym, wykorzystywanym do tego, by usprawiedliwić, uniewinnić lub potępić ludzkie aspiracje, myśli i działania [30, 43]. A mieszanie tych dwóch konceptów prowadzi do postępującej medykalizacji życia społecznego.

Koncepcja ta legitymizuje zarazem dwa wspomniane filary psychiatrii: przymusową hospitalizację i obronę z użyciem argumentu o niepoczytalności, które dla amerykańskiego psychiatry stanowiły pogwałcenie swobody i wolności osobistej. Dlatego też głosił on kontrowersyjny postulat zniesienia zakazu zażywania narkotyków [38–40] i popierał jednostkowe prawo do samobójstwa [41, 42]. W kontekście tego pierwszego zagadnienia podkreślał, że medykalizacja spożycia alkoholu i narkotyków maskuje fakt, że zachowanie człowieka ma wymiar moralny; uważał, że nadużywanie substancji psychoaktywnych winno się postrzegać jako osobisty i wolny akt wyboru. A że człowiek zawsze ma wybór, błędem jest nazywanie kogoś „uzależnionym” tylko dlatego, że preferuje stany euforyczne wywoływane za pomocą alkoholu czy narkotyków od społecznie akceptowanego stylu życia [38–40]. Kwestią wtórną było

przy tym dla Szasza to, że alkohol i narkotyki wywołują szkody fizyczne, psychiczne i społeczne. Podkreślał wprawdzie, że posiadanie prawa do (nad)używania narkotyków nie oznacza, że korzystanie z niego jest rzeczą słuszną i dobrą, ale mimo to uważał, że państwo nie powinno nikomu zabraniać robienia czegokolwiek, nawet jeśli jednostka wybiera działania, które mogą zagrażać jej życiu [45].

Według niego szacunek dla autonomii jednostki wymaga, by mogła ona zażywać każdy narkotyk, jaki tylko chce, a społeczeństwo powinno bronić prawa każdego do odebrania sobie życia. Wierzył bowiem, że także w wypadku samobójstwa groźba wyrządzenia sobie krzywdy nie powinna być rozumiana jako symptom choroby psychicznej, ale jako ważny aspekt ludzkiej sprawczości. Dlatego uważał, że jednostki powinny mieć prawo, by wybrać moment i sposób własnej śmierci bez ingerencji ze strony państwa terapeutycznego [41–43]. Przy czym choć uznawał prawo do samobójstwa za podstawowe prawo człowieka, stanowczo sprzeciwiał się sankcjonowanemu przez państwo, wspomaganemu medycznie i wywołanemu farmaceutycznie zabijaniu – eutanazji. Co ciekawe, jego główny argument przeciwko tej procedurze nie wynikał z przekonania o niemoralności zabijania umierającego pacjenta, lecz ze sprzeciwu wobec medykalizacji wspomaganego samobójstwa przez lekarzy, którzy, jak twierdził, uzurpują sobie prawo, by decydować o tym, kto jest kompetentny, by o nie prosić, oraz władzę, by odebrać komuś życie. Szasz stał więc na stanowisku, że o ile zabicie siebie jest moralnym aktem wolnej woli, o tyle odebranie komuś życia nie wymaga fachowej wiedzy medycznej. Dlatego uważał, że tak jak eutanazji nie powinno się uznawać za procedurę medyczną, tak nie powinno się jej delegować na lekarzy.

Dyskusja i wnioski

Thomas Szasz był bez wątpienia jednym z najważniejszych luminarzy psychiatrii krytycznej. I choć nie da się jeszcze w pełni ocenić jego roli w historii współczesnej psychiatrii, to nie sposób zaprzeczyć temu, że jego wieloletni związek z psychiatrią i psychoterapią był problematyczny. Podziwiany przez jednych, ignorowany i marginalizowany przez innych, Szasz był bowiem czarną owcą w swoim środowisku, bezkompromisowym buntownikiem i krytykiem psychiatrii. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy było niewątpliwie to, że jego poglądy na psychiatrię były kategoryczne i spolaryzowane, formułował je w kategoriach czarno-białych i nie znał żadnych półśrodków. Niektórzy podkreślają więc jego rolę jako wiodącego krytyka współczesnej biopsychiatrii i wybitnego filozofa psychiatrii podejmującego problemy moralne psychiatrii i psychoterapii [5, 26], dla innych natomiast Szasz był i jest najbardziej krytykowanym psychiatrą w historii tej dyscypliny [49, 50].

Nie dziwi przy tym, że większość krytyków zarzuca mu, że jego rozumienie choroby było zbyt wąskie. W szczególności oskarża się go o radykalne rozdzielenie ciała i umysłu, nadmierne akcentowanie fizycznego wymiaru choroby i ignorowanie jej złożoności [51]. Przykładowo zarówno Robert E. Kendell [52], jak i K.W.M Fulford [53] podkreślają, że w przeciwieństwie do głoszonego przez Szasza dualizmu umysł i ciało są ze sobą ściśle powiązane i żadne z nich nie choruje osobno. Wedle Kendella tylko ludzie – a nie umysły, mózgi czy ciała – chorują, zdaniem Fulforda zaś choroba

somatyczna i psychiczna nie są odrębnymi bytami i należy je rozpatrywać jako pewne kontinuum. Kendell [52] podkreśla zarazem, że choć w medycynie brak zgody co do uniwersalnie obowiązującej definicji choroby, to Szasz koncentruje się wyłącznie na urazach fizycznych, które nie znajdują jednak odniesienia do tak powszechnie uznawanych stanów jak migrena czy kręć szyi, a te nie spełniają przecież postulowanego przez Szasza Virchowiańskiego kryterium choroby jako „patologii komórkowej”.

Oskarżając Szasza o dualizm, wielu autorów podkreśla też, że jego redukcjonistyczne i skrajnie materialistyczne rozumienie choroby stoi w sprzeczności z najnowszymi odkryciami w zakresie neuronauki [52]. Nawet badacze, którzy pozytywnie oceniają niektóre poglądy Szasza, krytykują go za to, że nie uwzględnia on faktu, że wiedza medyczna i nasze rozumienie choroby ciągle się zmieniają. Elliot Valenstein [54] przykładowo wskazuje, że w pewnym momencie historii medycyny przyczyny niemal każdej choroby były nieznanne, a brak empirycznych dowodów na fizyczne przyczyny choroby nie musi od razu podważać wiarygodności zaburzeń idiopatycznych. Edward Shorter [55] z kolei wyśmiewa Szasza za to, że ten opiera całą swoją teorię na przestarzałej koncepcji umysłu, która obowiązywała w pierwszej połowie XX wieku, i dyskredytuje jego negację dla „twardych faktów biologicznych w psychiatrii” i „dowodów na patologię mózgu”. W tym samym duchu krytykuje go Richard Bental [56], który zarzuca autorowi *Mitu choroby psychicznej* negowanie „ogromnych postępów w neuronauce”. E. Fuller Torrey [57, 58] natomiast wytyka mu, że odrzuca stale rosnącą liczbę dowodów na to, że schizofrenia jest chorobą mózgu [52]. Tony Benning twierdzi wreszcie, że poglądy Szasza na chorobę w ogóle nie uwzględniają innych niż zachodnie koncepcji choroby [7].

Krytycy akcentują także uwodzicielski i niebezpieczny wpływ, jaki teoria Szasza wywarła na politykę społeczną w zakresie zdrowia psychicznego. Jego opór wobec przymusowej hospitalizacji sprawiał, że sprzeciwiał się on jakimkolwiek reformom w obrębie psychiatrii. Z tego też względu często zarzuca mu się, że torpedując wszelkie próby poprawy systemu opieki nad osobami doświadczającymi problemów psychiatrycznych, w rzeczywistości negował potrzeby najbardziej potrzebujących członków społeczeństwa [6, 7, 59]. Przykładowo Arthur R. Williams i Arthur L. Caplan [6] wskazują, że deinstytucjonalizacja, którą przynajmniej w pewnej mierze zainspirowały idee Szasza, doprowadziła nie tylko do gwałtownego spadku liczby pacjentów psychiatrycznych w zakładach publicznych, ale także do znaczącego wzrostu osadzonych w zakładach karnych, choć wielu z nich cierpiało na zaburzenia psychiczne.

Są jednak i tacy, którzy uważają, że Szasza stosunek do psychiatrii był nie tyle wrogi, co sceptyczny [26]. Sam Szasz twierdził zresztą, że jego krytyka podstaw współczesnej psychiatrii nie oznacza odrzucenia psychiatrii i interwencji psychiatrycznych jako takich. Przeciwnie, podkreślał ich istotne znaczenie dla jednostki. Nieustannie wskazywał wszakże, że terapia psychiatryczna nie może się opierać na przymusie, ale na obopólnym porozumieniu. Sprzeciwiając się więc przymusowi psychiatrycznemu, akcentował zarazem prawo każdego do korzystania z takich form pomocy psychiatrycznej, jakie uznaje za stosowne w rozwiązaniu własnych problemów, niezależnie czy będą to leki psychotropowe, terapia elektrowstrząsowa czy hospitalizacja [38–40]. Co więcej, będąc pod silnym działaniem psychoanalizy Freuda, przez wiele

lat Szasz sam prowadził działalność terapeutyczną. Przekonany, że psychoterapia poszerza zakres jednostkowej autonomii, która była dlań podstawowym wymogiem dobrowolnego i osobistego kontaktu terapeuty i klienta, w trakcie całej swojej praktyki zawodowej propagował podejście określane mianem „psychoterapii autonomicznej” [60], przez co rozumiał dobrowolną rozmowę między autonomicznymi osobami, i była to dlań jedyna prawdziwa forma psychoterapii. Niemniej jednak Szasz krytykował również współczesne formy psychoanalizy, twierdząc, że nader często psychoanalitiky przyjmuje rolę i tożsamość psychiatry i przypisuje sobie pozycję dominującą, przez co może wywierać na pacjenta pewną formę przymusu [36, 47]. Tymczasem ani psychoanalitik, ani psychiatra nie może i nie powinien rościć sobie prawa do bycia jedynym ekspertem zdolnym pomóc jednostce w rozwiązaniu jej problemów, gdyż równie pomocni mogą w tym być członkowie rodziny, przyjaciele, osoby duchowne, lekarze lub przedstawiciele innych zawodów medycznych.

Pomimo swojego radykalizmu koncepcja Szasza największy oddźwięk zyskała poza psychiatrią zinstytucjonalizowaną, a idee amerykańskiego psychiatry nie wywarły znaczącego wpływu ani na myśl, ani na praktykę psychiatryczną. Przeciwnie, wbrew jego przekonaniom na skutek postępów w genetyce, neuroobrazowaniu i psychofarmakologii psychiatria wyewoluowała w kierunku biologicznym. Trudno wszakże zaprzeczyć, że niektóre z jego idei doprowadziły do istotnych zmian w obrębie psychiatrii i społeczeństwa. Po pierwsze, jego nieustępliwa krytyka choroby psychicznej zwróciła uwagę opinii publicznej na arbitralny wymiar diagnostyki psychiatrycznej. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że Szasz należał do pierwszych psychiatrów, którzy podważyli medyczne rozumienie homoseksualizmu jako zaburzenia psychicznego i sprzeciwiali się zarówno jego klasyfikacji psychiatrycznej, jak i przymusowej „terapii awersyjnej” [61]. Po drugie, zrobiło się głośno o nadużyciach diagnostyki psychiatrycznej wykorzystywanej do celów społecznych i politycznych, zwłaszcza w państwach totalitarnych [62, 63]. Po trzecie, jego idee odegrały ważną rolę w procesie deinstytucjonalizacji pacjentów psychiatrycznych, który rozpoczął się w latach sześćdziesiątych XX wieku [64, 65]. Po czwarte, pomimo że niektóre idee Szasza zostały poddane radykalnej krytyce lub uległy przeformułowaniu, to znalazł on nowe pokolenie naśladowców, w tym psychiatrów, którzy również sprzeciwiają się postępującej psychiatryzacji ludzkiego zachowania oraz przymusowym terapiom [66–68]. Szasz zainspirował zresztą wielu psychiatrów, w tym Petera Breggina [69], Josepha Glenmullena [70] czy Davida Healy’ego [71], którzy zakwestionowali biochemiczne wyjaśnienie stanów psychiatrycznych, krytycznie rozwinęli jego poglądy na farmakację i rozwinęli własną krytykę „kompleksu psychofarmaceutycznego” oraz niebezpiecznych powikłań behawioralnych i neurologicznych związanych ze stosowaniem terapii psychiatrycznych, a zwłaszcza leków przeciwpsychotycznych. Wreszcie po piąte, choć Szasz jest najbardziej znany ze swojej krytyki psychiatrii i medykalizacji życia, to wypracował także inną koncepcję, którą warto tu przywołać. W serii publikacji napisanych wspólnie z Markiem Hollenderem nakreślił trzy modele relacji lekarz–pacjent: aktywność–bierność, kierownictwo–współpraca i obustronne uczestnictwo, i wskazywał, że różne rodzaje chorób i odmienne sytuacje kliniczne wymagają różnego podejścia do chorego [72, 73]. Ciekawe jest przy tym to, że Szasz

i Hollender podkreślali wprawdzie znaczenie komplementarności obu stron relacji medycznej, ale w przeciwieństwie do radykalnej koncepcji choroby psychicznej Szasza akcentowali zarówno urazy fizyczne, jak i zaburzenia funkcjonowania.

Podsumowując, mimo że koncepcje Szasza są wielce kontrowersyjne i nadal wywołują żywą polemikę i krytykę, nie sposób zaprzeczyć, że był on jednym z ważniejszych przedstawicieli myśli krytycznej w najnowszej historii psychiatrii. I choć również wielu innych myślicieli formułowało istotne zarzuty wobec teorii i praktyki psychiatrycznej, to, jak się wydaje, Szasz należał do tych, którzy dobitnie, acz nieraz skrajnie, wyrazili najważniejsze epistemologiczne i etyczne problemy współczesnej psychiatrii. Niezależnie jednak od tego, czy i w jakim stopniu głoszona przez Szasza krytyka psychiatrii wpłynęła na przemianę podejścia do praktyki psychiatrycznej, faktem jest, że tak jak poglądy Szasza dzieliły opinię publiczną za jego życia, tak będą to czynić również po jego śmierci.

Podziękowania

Autor pragnie wyrazić wdzięczność trzem anonimowym recenzentom za ich wnikliwie i konstruktywne uwagi do pierwszej wersji tekstu.

Piśmiennictwo

1. Szasz TS. *The myth of mental illness*. Am. Psychol. 1960; 15(2): 113–118.
2. Szasz TS. *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct*. New York, NY: Perennial 2003 [1961].
3. Coppock V, Hopton J. *Critical perspectives on mental health*. London–New York: Routledge; 2000.
4. Double DB. *Historical perspective on anti-psychiatry*. W: Double DB. red. *Critical psychiatry: The limits of madness*. New York, NY: Palgrave/McMillan; 2006. S. 19–40.
5. Hoeller K. red. *Thomas Szasz: philosopher of psychiatry* [Special Issue]. Rev. Existential Psychol. Psychiatr. 1997; 23: 1–3.
6. Williams AR, Caplan AL. *Thomas Szasz: Rebel with a questionable cause*. Lancet 2012; 380(9851): 1378–1379.
7. Benning TB. *No such thing as mental illness? Critical reflections on the major ideas and legacy of Thomas Szasz*. BJPpsych. Biuletyn 2016; 40(6): 292–295.
8. Szasz TS. *An autobiographical sketch*. W: Schaler JA. red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004. S. 1–28.
9. Kerr A. *Thomas Szasz in conversation with Alan Kerr*. Psychiatr. Bull. 1997; 21(January): 39–44.
10. Cresswell M. *Szasz and his interlocutors: Reconsidering Thomas Szasz's "Myth of mental illness" thesis*. J. Theor. Soc. Behav. 2008; 38(1): 23–44.
11. Pols J. *Leading up to The myth of mental illness*. W: Haldipur CV, Knoll JL, Luft E vd. red. *Thomas Szasz: An appraisal of his legacy*. Oxford: Oxford University Press; 2019. S. 12–19.
12. Schaler JA. *Introduction*. W: Schaler JA red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004. S. XIII–XXV.

13. Watts G. *Thomas Stephen Szasz*. Lancet 380, 9851, 1380.
14. Lothane HZ. *Reminiscences of Thomas Szasz and his ideas*. W: Schaler JA, Lothane HZ, Vatz RE red. *Thomas S. Szasz: The man and his ideas*. London: Routledge; 2017. S. 4–12.
15. Crossley N. R. D. *Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis*. Soc. Sci. Med. 1998; 47(7): 877–899.
16. Crossley N. *Contesting psychiatry: Social movements in mental health*. New York: Routledge; 2006.
17. Jankowski K red. *Przełom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik; 1978.
18. Becker H. *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, NY: Macmillan; 1963.
19. Goffman E. *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
20. Scheff T. *Being mentally ill: A sociological theory*. Chicago, IL: Aldine; 1966.
21. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. *Toward a theory of schizophrenia*. Behav. Sci. 1956; 1(4): 251–264.
22. Goffman E. *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
23. Foucault M. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1987.
24. Szasz TS. *Debunking antipsychiatry: Laing, law, and largactil*. Existential Analysis 2008; 19(2): 316–343.
25. Szasz TS. *Antipsychiatry: Quackery squared*. Syracuse, NY: Syracuse University Press; 2009.
26. Breeding J. *Thomas Szasz: philosopher of liberty*. J. Humanist. Psychol. 2011; 51(1): 112–128.
27. Luft E vd. *Philosophical influences on Thomas Szasz*. W: Haldipur CV, Knoll JL, Luft E vd. red. *Thomas Szasz: An appraisal of his legacy*. Oxford: Oxford University Press; 2019. S. 20–35.
28. Szasz TS. *Liberation by oppression: A comparative study of slavery and psychiatry*. New Brunswick, NJ–London: Transaction Publishers; 2002.
29. Stadlen A. *Thomas Szasz obituary*. Existential Analysis 2013; 24(1): 7–18.
30. Szasz TS. *The medicalization of everyday life. Selected essays*. Syracuse, NY: Syracuse University Press; 2007.
31. Szasz TS. *The manufacture of madness. A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. New York, NY: Harper & Row Publishers; 1970.
32. Szasz TS. *Ideology and insanity. Essays on the psychiatric dehumanization of man*. London: Penguin Books; 1974.
33. Szasz TS. *The theology of medicine. The political-philosophical foundations of medical ethics*. New York, NY: Harper Colophon Books; 1977.
34. Szasz TS. *Law, liberty, and psychiatry: An inquiry into the social uses of mental health practices*. New York, NY: Routledge & Kegan Paul; 1963.
35. Szasz TS. *Coercion as cure. A critical history of psychiatry*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 2007.
36. Szasz TS. *The myth of psychotherapy: Mental healing as religion, rhetoric and repression*. Garden City, NY: Anchor Press; 1978.
37. Szasz TS. *Psychiatric justice: Abolition of the insanity defense*. New York: Macmillan; 1965.
38. Szasz TS. *Ceremonial chemistry*. Garden City, N.Y.: Doubleday; 1974.

39. Szasz TS. *Our right to drugs: The case for a free market*. New York, NY: Praeger; 1992.
40. Szasz TS. *The fatal temptation: Drug prohibition and the fear of autonomy*. *Daedalus* 1992; 121(3): 161–164.
41. Szasz TS. *Suicide and psychiatric coercion*. *J. Humanist. Psychol.* 1989; 29(3): 380–384.
42. Szasz TS. *Fatal freedom: The ethics and politics of suicide*. Syracuse, NY: Syracuse University Press; 1999.
43. Szasz TS. *Suicide prohibition: The shame of medicine*. Syracuse, NY: Syracuse University Press; 2011.
44. Szasz TS. *The therapeutic state. Psychiatry in the mirror of current events*. Buffalo, NY: Prometheus Books; 1984.
45. Szasz TS. *Pharmacocracy. Medicine and politics in America*. Westport, CT: Praeger Publishers; 2001.
46. Szasz TS. *Psychiatric slavery*. Syracuse, NY: Syracuse University Press; 1998.
47. Szasz TS. *Cruel compassion: Psychiatric control of society's unwanted*. New York, NY: John Wiley; 1994.
48. Szasz TS. *Insanity: The idea and its consequences*. New York, NY: John Wiley; 1987.
49. Schaler JA. red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004.
50. Haldipur CV, Knoll JL, Luft E vd. red. *Thomas Szasz: An appraisal of his legacy*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
51. Thomas P, Bracken P. *Dualisms and the myth of mental illness*. W: Rapley M, Moncrieff J, Dillon J. red. *De-medicalizing misery*. London: Palgrave Macmillan; 2011. S. 10–26.
52. Kendell RE. *The myth of mental illness*. W: Schaler JA red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004. S. 29–55.
53. Fulford KWM. *Values-based medicine: Thomas Szasz's legacy to twenty-first century psychiatry*. W: Schaler JA red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004. S. 57–92.
54. Valenstein ES. *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*. New York, NY: The Free Press; 1998.
55. Shorter E. *Still tilting at windmills: Commentary on... The myth of mental illness*. *Psychiatrist* 2011; 35(5): 183–184.
56. Bentall RP. *Sideshow? Schizophrenia as construed by Szasz and the neoKraepelinians*. W: Schaler JA. red. *Szasz under fire: The psychiatric abolitionist faces his critics*. Chicago, IL: Open Court; 2004. S. 301–320.
57. Torrey EF. *Psychiatric fraud and force: A reply to Szasz*. *J. Human. Psychol.* 2005; 45(3): 397–402.
58. Torrey EF. *Schizophrenia: Sacred symbol or Achilles heel?* W: Haldipur CV, Knoll JL, Luft E vd. red. *Thomas Szasz: An appraisal of his legacy*. Oxford: Oxford University Press; 2019. S. 98–103.
59. Lieberman EJ. *Pharmacocracy or phantom*. W: Schaler JA, Lothane HZ, Vatz RE red. *Thomas S. Szasz: The man and his ideas*. London: Routledge; 2004. S. 225–241.
60. Szasz TS. *The ethics of psychoanalysis: The theory and method of autonomous psychotherapy*. New York, NY: Basic Books; 1965.
61. Szasz TS. *Moral and legal aspects of homosexuality*. W: Marmor J red. *Sexual inversion*. New York, NY: Basic Books; 1965. S. 124–139.

62. Bloch S, Reddaway P. *Soviet psychiatric abuse: The shadow over world psychiatry*. London: Victor Gollancz; 1984.
63. Buoli M, Giannuli AS. *The political use of psychiatry: A comparison between totalitarian regimes*. Int. J. Soc. Psychiatr. 2017; 63(2): 169–174.
64. Lamb HR, Bachrach LL. *Some perspectives on deinstitutionalization*. Psychiatr Serv. 2001; 52(8): 1039–1045.
65. Yohanna D. *Deinstitutionalization of people with mental illness: Causes and consequences*. Virtual Mentor 2013; 15(10): 886–891.
66. Dawes RM. *House of cards. Psychology and psychiatry built of myth*. New York: The Free Press; 1996.
67. Farber S. *Madness, heresy, and the rumor of angels: The revolt against the mental health system*. Chicago & La Salle, IL: Open Court; 1993.
68. Whitaker R. *Mad in America. Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. New York: Basic Books; 2002.
69. Breggin P. *Psychiatric drugs: Hazards to the brain*. New York, NY: Springer; 1983.
70. Glenmullen J. *Prozac backlash. Overcoming the dangers of Prozac, Zoloft, Paxil, and other antidepressants with safe, effective alternatives*. New York, NY: Simon & Schuster Paperbacks; 2005.
71. Healy D. *Let them eat Prozac*. Toronto: James Lorimer & Company; 2003.
72. Szasz TS, Hollender MH. *A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor patient relationship*. Arch. Intern. Med. 1956; 97(5): 585–592.
73. Szasz TS, Knoff WF, Hollender MH. *The doctor-patient relationship and its historical context*. Am. J. Psychiatr. 1958; 115(6): 552–528.

Adres: Jan Domaradzki
Katedra Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
60-806 Poznań, ul. Rokietnicka 7
e-mail: jandomar@ump.edu.pl

Otrzymano: 27.05.2020
Zrecenzowano: 14.07.2020
Otrzymano po poprawie: 16.07.2020
Przyjęto do druku: 30.07.2020