

Marek Czachorowski*

<https://orcid.org/0000-0002-7259-6152>

Biotyrania? Farmaceutyzacja ponowoczesności jako ucieczka od wolności

DOI: 10.5604/01.3001.0013.7196

Streszczenie: W artykule podejmuje problem nowego totalitarnego systemu, opartego na globalnej manipulacji człowieczeństwem (rozumnością i wolnością) za pomocą leków psychiatrycznych, współcześnie nadużywanych, a szeroko dystrybuowanych przez koncerny farmaceutyczne i usługową wobec nich medycynę. Skupiłem się nade wszystko na pytaniu: czy współczesna psychiatria jest w stanie zidentyfikować to zagrożenie? Przeanalizowałem w tym celu rozmaite modele psychiatrii (zwłaszcza biologiczno-medyczny, humanistyczny i postpsychiatryczny). Okazało się, że konieczne jest jej ugruntowanie w klasycznej antropologii filozoficznej i etyce, bo inaczej nauka ta staje się narzędziem procesu określanego jako „psychiatryzacja”. Polega ona na sprowadzaniu problemów moralnych do problemów psychiatrycznych, czego jesteśmy dzisiaj świadkami i obiektami. Ale psychofarmakologiczna manipulacja moralnością to manipulacja naszym człowieczeństwem, co otwiera drogę nowej, globalnej farmakologicznej biotyranii.

Słowa kluczowe: totalitaryzm, medykalizacja, psychiatria, psychiatryzacja, farmaceutyzacja klasyczna antropologia filozoficzna, etyka.

Bio-tyranny?

Pharmaceuticalization of Postmodern Society as the Escape of Freedom

Summary: In the article it is undertaken one aspect of the problem of emerging a new totalitarian system, which is based on the global manipulation of humanity of the person (its rationality and freedom) by psychiatric drugs, nowadays misused due to activity of pharmaceutical companies and healthcare providers. It is focused on the question of whether psychiatry is able to identify the threat of the new bio-tyranny. For this purpose the different models of psychiatry (especially biomedical model, humanistic psychiatry and postpsychiatry) are analyzed. The author shows that only grounding psychiatry in classical philosophical anthropology and ethics gives the possibility to identify and avoid the danger of medicalization of the of the modern times, i.e. medicalization of moral problems.

Key words: totalitarianism, medicalization, psychiatry, biotyranii, classical philosophical anthropology, ethics.

* Dr hab. Marek Czachorowski, prof. KPSW – Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa w Bydgoszczy.

1. Wstęp

Polacy pamiętają, że utracić wolność mogą państwa, będące wcześniej potęgą polityczną, jeśli zdolność kierowania sobą (wolność) utracą ich obywatele. Ale to już Platon ostrzegał przed zamianą demokracji w rządy motłochu, a Jan Paweł II – przed „demokracją bez wartości”, zamaskowanym totalitaryzmem, wyłaniającym się „oddolnie”, bo mocą moralnych słabości obywateli. Czy nie zagraża nam dzisiaj takie właśnie, wpieryw wewnętrzne, zniewolenie? I to na skalę globalną?

Współczesna refleksja polityczna ostrzega niekiedy przed takim zagrożeniem. Otwiera je wpieryw proces globalizacji. Wprawdzie identyfikuje się go zazwyczaj jako „amerykanizację” lub „los-angelizację” świata, ale – zdaniem niektórych badaczy – to cały świat jest obiektem „westernizacyjnego” procesu globalizacyjnego¹, zwłaszcza „w sferze życia instytucjonalnego, biurokratycznego, medycznego i prawnego”². Medyczny globalny „western”?

Na jego istnienie zwracają uwagę badania socjologiczne, analizujące negatywne zjawisko „medykalizacji”, „psychiatryzacji” i „farmakoceutykalizacji”³ współczesności, czyli sprowadzanie osobowych problemów ludzkiego życia do problemów medycznych.⁴ Konsekwencją tego ma być „przejmowanie przez medycynę kontroli nad ludzkimi zachowaniami i oddawanie władzy służbie zdrowia oraz firmom far-

¹ Z. Melosik, *Globalizacja, amerykańizacja i procesy (glo)kalizacji*, „Konteksty i kontrowersje” 2018 vol. 17 No 41, s. 25–26; Por. tenże, *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Toruń-Poznań 1995, s. 84–92.

² Ibidem.

³ Angielski termin „pharmaceuticalization” tłumaczy się albo jako „farmakologizacja” albo „farmaceutykalizacja”. Zwraca się jednak uwagę, że ten ostatni termin jest poprawniejszy, bo „Farmakologia to nauka o działaniu leków. Farmaceutyka to dział gospodarki, który zajmuje się lekami. Termin „farmaceutykalizacja” pełniej oddaje zatem znaczenie anglojęzycznego terminu, bowiem sugeruje nawiązanie do różnych aspektów związanych ze stosowaniem i sprzedażą leków, a nie rozważania na temat ich fizjologicznego wpływu na organizm, co zdaje się sugerować termin „farmakologizacja” (M. Makowska, M. Nowakowski, *Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny*, „Przegląd Socjologiczny” 2018, LXVII (67), 4, 97–115 (s. 100). Por. E. Johnson, E. Sjögren, C. Åsberg, *Glocal Pharma. International brands and the imagination of local masculinity*, New York 2016 (Routledge) (zwłaszcza: E. Johnson, *Introduction: Glocal pharmaceuticalization*, s. 1–10).

⁴ T. Szasz, *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press, 2007; Por. I. Illich, *The Medicalization of life*, „Journal of Medical Ethics” 1975, I, s. 73–77. Por. B. De Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, [w:] B. de Barbaro (red.), *Konteksty psychiatrii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014; Por. P. Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*, Baltimore 2007; Por. Ch. Barber, *Comfortably Numb: How Psychiatry Is Medicating a Nation*, 2008; M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013 (<http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0117/100934-michal-nowakowski-praca-doktorska.pdf>); por. J. Barański, *Medykalizacja zachowań społecznych, czyli o utopii szczęśliwej duszy*, „Studia Philosophiae Christianae” 2010, vol. 46 (2), ss. 151–164. Cały numer „Przeglądu Socjologicznego” (z 2017 roku, tom 66, zeszyt 1) poświęcono zjawisku „medykalizacji”.

maceutycznym”⁵. Ivan Illich określił to zjawisko mianem „medycznego imperializmu”⁶, a Tomasz Szasz – słynny „antypsychiatra”⁷ – „państwem terapeutycznym”⁸, funkcjonującym obok teokracji, demokratycznego i socjalistycznego państwa. W „terapeutycznym” państwie lekarz zastępuje platońskiego filozofa-mędrca, rządzącego dla dobra wszystkich dzięki swojej mądrości.

Ale „ponowoczesny” człowiek – homo consumens, obywatel epoki konsumpcyjnego podejścia do świata⁹ – nie jest zainteresowany mądrością, tylko nade wszystko dobrym zdrowiem, jako warunkiem przyjemnej konsumpcji. Już Platon zauważył, że takiemu nierozumnemu dążeniu – dążeniu do zdrowia nade wszystko i za wszelką cenę – mądrość tylko przeszkadza. Rozum przecież podpowiada, że zdrowie nie jest najważniejsze, bo jest tylko bonum utile (dobrem z racji bycia środkiem do jakiegoś dobra), a wpieryw jest środkiem do dobra człowieka jako człowieka. Dobre zdrowie ma służyć rozwojowi człowieka w jego człowieczeństwie, a zatem służy tylko ludziom mądrym, a niemądrym dobre zdrowie może tylko zaszkodzić. Państwo powinno zatem dbać nade wszystko o mądrość obywateli (ich człowieczeństwo), a dopiero w tych ramach dbać o ich zdrowie: aby łatwiej poszukiwali mądrości. Natomiast „terapeutyczne państwo” traktuje najważniejsze problemy człowieka jako problemy zdrowotne. Lekarzy uważa się za nadrzędnych specjalistów w każdej dziedzinie naszego życia, od samego poczęcia do śmierci. Zleca się im między innymi „edukację seksualną”, antykoncepcję, aborcję, praktyki in vitro, asystowanie przy wykonywaniu kary śmierci. Leczą „choroby” krótkich i rzadkich rzeńs, siwienie i andropauzę, pijaków i pedofilów. Medycynę uznaje się za

⁵ B. de Barbero, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit. Por. M. Wiczorkowska, *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Łódź 2008.

⁶ I. Illich, *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (1976). Por. H. Schreier, L. Berger, *On Medical Imperialism: A Letter*, *Lancet*, 1974, 1:1161. W USA – zdaniem Magdaleny Wiczorkowskiej – „obecnie można obserwować przejawy imperializmu psychiatrycznego” (M. Wiczorkiewicz, dz. cyt., s. 19). Pojęciem „imperializmu psychiatrycznego” posługuje się także Joanna Moncriff, słynny brytyjski psychiatra, jeden z liderów organizacji psychiatrów („krytycznej psychiatrii”) *Critical Psychiatry Network CPN* (por. J. Moncrieff, *Psychiatric imperialism: the medicalisation of modern living*, „Soundings” 1997, Issue 6. Por. tenże, *Czy psychiatria jest na sprzedaż?: O wpływie przemysłu farmaceutycznego na psychiatrię akademicką i praktykę psychiatryczną*, (tłum. Barbara Mroziak), Warszawa 2007 (Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Oddział Warszawski).

⁷ Czołowymi przestawicielami „antypsychiatrii” są także R.D. Laing i David Cooper, *Psychiatry and Anti-psychiatry. Studies in existentialism and phenomenology*. London: Tavistock Publications. T. Szasz nie chciał posługiwać się określeniem „antypsychiatria” dla określenia własnego stanowiska (zob. T. Szasz, *Antipsychiatry: Quackery squared*, Syracuse, NY 2009).

⁸ T. Szasz, *Law, Liberty, and Psychiatry*, 1963, s. 212; por. tenże, *The Therapeutic State. The Tyranny of Pharmacocracy*; Por. tenże, *Pharmacocracy. Medicine and politics in America*, Praeger Publishers, Westport 2001.

⁹ Por. Z. Melosik, *Postmodernistyczne*, op. cit., s. 195–208; Por. M. Featherstone, *Consumer Culture and Postmodernism*, London 1991; Por. J. Baudrillard, *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Wyd. Sic!, Warszawa 2006.

kompetentną w dziedzinie zjawisk moralnych, artystycznych i religijnych.¹⁰ Kluczem do rozumienia wszystkich tych dziedzin mają być badania nad funkcjonowaniem ludzkiego mózgu i genetyka.

Za szczególną odmianę „medykalizacji” uważa się „psychiatryzację”, czyli traktowanie moralnych problemów człowieka jako problemy psychiatryczne.¹¹ Twierdzą badacze, że np. moralną wadę lenistwa zamieniono dzisiaj w „dysgrafię”; nieśmiałość – w „lęk społeczny”; a roztargnienie dziecka to ADHD (z tego wyłoniło się jeszcze ADHD dorosłych). Smutek po ekstremalnych misjach wojskowych to „stres pourazowy” (PTSD), a smutek z powodu moralnej winy – to „depresja”, ponoć doskwierająca dzisiaj prawie wszystkim. W polityce zaś określa się stanowisko przeciwników jako „obłąd”, a o „schizofrenicznym” myśleniu czytamy nawet w papieskich dokumentach. Na problemy życia psychiczno-duchowego stosuje się powszechnie silnie działające środki psychotropowe, bo np. na ADHD podaje się substancję (Ritalin) podobną w działaniu do amfetaminy i kokainy, a smutki i lęki koi się tzw. antydepresantami (SSRI), wprowadzone do użycia w 1988 roku, wpraw w USA. Od tego czasu ich użycie gwałtownie w rośnie, bo np. w USA już około 10% społeczeństwa (licząc niemowlęta i dzieci) jest stale na antydepresantach. W mediach zachęca się do zdiagnozowania u siebie depresji ich używania. Podobna sytuacja jest w pozostałych krajach poddanych „westernalizacji”¹², także w Polsce. Niektórzy badacze określają tę sytuację mianem psychofarmakologicznego „Armagedonu”¹³.

Ale „medykalizacja” problemów krótkich rzęs, menopauzy, czy zaburzeń erekcji prowadzić może obniżeniem co najwyżej poziomu zdrowia obywateli. Chory człowiek jednak wciąż jest człowiekiem. Natomiast psychofarmakologiczne

¹⁰ Takie ambicje widzimy już u Kartezjusza, wedle którego rozwój medycyny umożliwi nawet postęp moralny. Bycie „mądrym i zmyślnym” także zależy od wiedzy o tym, co służy zachowaniu zdrowia, bowiem zdrowie Kartezjusz nazywa „pierwszym dobrem i podstawą wszystkich innych dóbr tego życia. Nawet bowiem duch zależy tak silnie od stanu i temperamentu narządów ciała, że, jeśli możebne jest znaleźć jakiś sposób, który by uczynił pospólnie ludzi bardziej roztroprnymi i zmyślnymi, niż dotąd, sądzę, iż w medycynie to należy go szukać” (Kartezjusz, *Rozprawa o metodzie*, Warszawa 1980 (VI), s. 78). Stąd też swój ostateczny program badawczy Kartezjusz orientuje na zdobycie wiedzy, która poprawi stan zdrowia ludzkości, „mając zamiar obrócić całe życie na szukanie tak użytecznej wiedzy, jaką jest medycyna” (ibidem).

¹¹ B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, op. cit., s. 36n. (autor tych opinii jest znanym profesorem psychiatrii). Por. A. T. Scull, *From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs*, „European Journal of Sociology” 1975, Vol. 16, s. 218–261.

¹² W pracach socjologicznych znajdujemy analizy „westernalizacji”, czy też „amerykanizacji” światowej nauki (z ukierunkowaniem na psychiatrię). Zob. M. Wróblewski, *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych*, [w:] K. Abriszewski (red.), A.F. Kola, J. Kowalewski, HUMANISTYKA (PÓL)PERYFERII, Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2016, s. 23–54.

¹³ Zob. D. Healy, *Pharmageddon*, University of California Press, Berkeley 2012; Por. tenże, *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, 1999. Por. F. Fukuyama, *Koniec człowieka*, Kraków 2004; Por. The President’s Council on Bioethics, *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Washington, D.C., October 2003.

„terapię” – aplikowane szerokim masom¹⁴, także na życzenie, spełniane przez lekarzy pierwszego kontaktu – bezpośrednio dotyczą naszego człowieczeństwa, skoro dotyczą jego aspektu moralnego, zmieniając działanie naszego rozumu, wolnej woli i uczuć. Czy zatem „pigulka szczęścia” – i inne farmakologiczne „poprawiacze” funkcjonowania nasze umysłu – ograbiają nas z człowieczeństwa, czy też raczej – jak nieraz się twierdzi – dają „farmakologicznemu społeczeństwu”¹⁵ szansę jego „ulepszenia”¹⁶? Czy zatem pomogą w rozwoju człowieczeństwa i samostanowieniu politycznym obywatelom globalnego świata, czy też muszą prowadzić do globalnej tyranii? Ale odpowiedź na to pytanie zakłada rozstrzygnięcie wielu innych kwestii¹⁷. Skupię uwagę tylko na jednej: roli współczesnej psychiatrii, mającej swój kluczowy udział w procesie „psychiatryzacji”, w identyfikacji i ochronie nas wszystkich przed ewentualnym zagrożeniem wolności ze strony psychofarmakologicznej tyranii¹⁸. A w szczególności: czy ta dziedzina nauki jest w stanie – poprawnie metodologicznie – odróżnić „psychiatryzację” od realnej pomocy osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne? Pytanie to powinno aktywizować wpierv etyków, skoro „psychiatryzacja” to redukcja do zaburzeń psychicznych problemów o charakterze moralnym.

2. Medykalizacja a człowieczeństwo człowieka

Z racji tego, iż interesująca nas „psychiatryzacja” to odmiana „medykalizacji”, konieczne jest zapytać wpierv o jej istotę. Termin „medykalizacja” jest dzisiaj w powszechnym użyciu, a oznaczane nim zjawisko (ściśle związane z „farmaceutykali-

¹⁴ Taka aplikacja dokonuje się także poza kontrolą samych podmiotów, bo np. w wodzie pitnej. Badania wykazują poważne jej skażenie lekami psychotropowymi i hormonami płciowymi. Zob. A. Szymonik, J. Lach, *Zagrożenie środowiska wodnego obecnością środków farmaceutycznych*, „Inżynieria i Ochrona Środowiska” 2012, t. 15, nr 3, s. 249–263; Por. <https://www.tvp.info/39875607/australijskie-rzeki-zanieczyszczone-lekami>; <https://kopalniawiedzy.pl/woda-pitna-zanieczyszczenie-farmaceutyki-USA-Norwegia-Szwajcaria-Kanada-Filadelfia,4450>. Trzeba też pamiętać o globalnej polityce militarnej posługującej się psychofarmakologią (zob. Ł. Kamiński, *Nowy wspaniały żołnierz. Rewolucja biotechnologiczna i wojna w XXI wieku*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014, (zwłaszcza: „Część druga: żołnierz (psycho)farmakologiczny”).

¹⁵ Por. Z. Melosik, *Rekonstrukcja szczęścia w społeczeństwie neoliberalnym: Prozak jako sposób na życie*, „Studia Edukacyjne” 2013, nr 28, s. 109–128 (s. 110).

¹⁶ D. J. Stein, *Psychopharmacological enhancement: a conceptual framework*, „Philos Ethics Humanit Med” 2012, vol. 7, s. 5; por. tenże, *Philosophy of Psychopharmacology. Smart Pills, Happy Pills, and Pep Pills*, Cambridge 2008; D. DeGrazia, *Prozac, Enhancement, and Self-Creation*, “Hastings Center Report” 2000, vol. 30(2), s.34–40; por. C. Elliott, *The Tyranny of Happiness: Ethics and Cosmetic Psychopharmacology*, [w:] E. Parens (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Georgetown University Press, Washington 1998, ss. 177–188.

¹⁷ Por. M. Czachorowski, *Biolaw and psychopharmacotherapy*, „Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych. MISCELLANEA” 2018, VIII, z. 2; por. tenże, *Spisek przeciwko starości?*, „Ateneum Kapłańskie” 2019, vol. 3(661), t. 172, s. 499–512; Por. tenże, *Prawa człowieka a rewolucja psychofarmakologiczna: prawo człowieka do wolności sumienia* [w druku].

¹⁸ Za pierwszą biotyranie historycy nieraz trafnie identyfikują III Rzeszę, państwo ukształtowane wedle wskázówek ówczesnych nauk biologicznych.

zacja¹⁹), w rozmaitych dziedzinach²⁰ jest przedmiotem zainteresowania zwłaszcza badań socjologicznych²¹. Dyskusyjna jest jednak nie tylko ocena „medykalizacji” ale wpraw jej zdefiniowanie. Nie chodzi o definicję nominalną ale rzeczową, która umożliwiłaby precyzyjne odróżnienie uprawnionego obszaru ingerencji medycznych od nieuprawnionej „medykalizacji”, poprawnie je zatem oceniając.

Za najpopularniejsze i „najbardziej adekwatne” określenie „medykalizacji” uważa się „definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia problemu lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania”²². Wydaje się jednak, że ta definicja nie wystarcza, skoro niektóre problemy są ze swojej istoty

¹⁹ A. Abraham, *Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and health dimensions*, „Sociology” 2010, vol. 44 (4); Por. W. Simon. J. P. Martin, J. Gabe, *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, „Sociology of Health & Illness” 2011, vol. 33(5), s. 710–725. M. Wieczorkowska, *Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą lęku*, [w:] M. Gałuszka, M. Wieczorkowska (red.), *Spoleczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Łódź 2012, s. 17–37; M. Makowska, M. Nowakowski, *Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny*, op. cit. Zamiast „farmaceutyzacja” będą jednak mówić o „farmakologizacji”, aby uwydatnić specyficzny „logos” działania przemysłu farmaceutycznego.

²⁰ Prowadzi się analizy między innymi zjawiska medykalizacji starości: zob. np. M. Wieczorkowska, *Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości w Polsce*, „Przegląd Socjologiczny” 2013, T. 62, nr 4; Mamy „medykalizację” kobiecego ciała i macierzyństwa (zob. M. Wieczorkowska, *Medicalization of a woman's body – a case of breasts*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, T. 61, nr 4, s. 143–172; U. Domańska, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] W. Piątkowski, W. A. Brodnyk (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, WSSG, Tyczyn 2015; Pisze się o medykalizacji dzieciństwa. Por. M. Jacyno, *Medykalizacja dzieciństwa i możliwość jego powtórnego zaczarowania*, [w:] M. Dudzikowa, M. Czerepaniak-Walczak (red.), *Wychowanie. T. 1. Pojęcia – procesy – konteksty*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2007.

²¹ M. Wieczorkowska, *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, T. 61, 2, s. 31–56; Por. J. Barański J., *Medykalizacja zachowań społecznych, czyli o utopii szczęśliwej duszy*, „Studia Philosophiae Christianae” 2010, vol. 46 (2), ss. 151–164. Temat ten skupia uwagę także niektórych filozofów, a wpraw rozważania M. Foucaulta dotyczące „biowładzy” i „biopolityki”. Zob. M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999; M. Foucault, *Narodziny biopolityki. Wykłady z College de France 1978/1979*, PWN, Warszawa 2012; Por. A. Kapusta, *Michela Foucaulta krytyka psychiatrii*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1999; por. tenże, *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, Lublin 1999; por. tenże, *Szaleństwo i metoda. Spór o naukowość we współczesnej psychiatrii*, [w:] J. Zon (red.), *Pogranicza nauki. Protonauka – paranauka – pseudonauka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009, s. 227–240; Por. E. Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] W. Piątkowski (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.

²² M. Nowakowski, op. cit., s. 30; Por. M. Wieczorkowska, *Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki*, „Przegląd Socjologiczny” 2017, s. 36. Zdaniem autorki „Inne, pojawiające się w literaturze przedmiotu sposoby rozumienia medykalizacji mają charakter operacyjny i zazwyczaj powielają istniejące definicje, głównie powołując się na ujęcie Petera Conrada i adaptując je do swoich potrzeb”. Por. definicję B. de Barbaro: „medykalizacja „to proces, w którym problemy dotychczas uznawane za niemedyczne zostają definiowane, opisywane i traktowane jako medyczne, (...) Innymi słowy jest to tworzenie, promowanie i aplikowanie kategorii medycznych do ludzkich problemów i wydarzeń (human condition)”. B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, op. cit.

właśnie medycznymi, a zatem skorzystanie z medycznego języka jest tu jak najbardziej właściwe. Tak samo jest z określeniem „medykalizacji” jako oznaczającej „stawanie się „faktem” medycznym czegoś wcześniej „niemedycznego”²³. Ta definicja obejmuje także całkowicie pozytywne zjawisko rozwoju wiedzy medycznej, dzięki czemu identyfikuje się obiektywne zjawiska chorobowe, wcześniej nie rozpoznane.

Mamy też definicje nie traktujące „medykalizacji” jako negatywnej samej w sobie (ze swojej istoty), ale z racji okoliczności jakiegoś nadmiaru. Medykalizacja rozumiana jest wtedy jako „przemedykalizowanie (overmedicalization) jakiegoś zjawiska (zachowania, emocji)”²⁴. Stąd też określa się medykalizację jako „proces, w którym coraz większa część życia codziennego podlega władzy, wpływowi i nadzorowi medycyny”²⁵. Czasami też relatywizuje się konkretny przejaw medykalizacji. Twierdzi się, że „nie da się powiedzieć, że proces medykalizacji jest po prostu zły lub dobry. Ocena zapewne zależy od przyjętej definicji zdrowia i choroby, konkretnego medykalizowanego problemu, a także sposobu oceny efektywności medycyny, w tym skutków fizycznych oraz psychicznych i społecznych”²⁶. Stąd też mianem „medykalizacji” obejmuje się zjawiska „zarówno nie budzące sprzeciwu, jak i te kontrowersyjne”²⁷. Ale nie zajmuję się tutaj pozytywnym rozwojem medycyny. Interesuje badaczy przecież jej nadużywanie i to dopiero nazwiemy „medykalizacją”. Pytać się też wprawdzie należy o te jej postaci, które są same w sobie, a zatem zawsze i wszędzie, użyciem medycyny do czegoś jej obcego.

Wydaje się zatem, że poprawniejszą definicją jest określenie „medykalizacji” jako „procesu, w którym niemedyczne problemy (...) zaczynają być definiowane w kategoriach medycznych, najczęściej jako choroby lub zaburzenia i zostają poddane medycznej interwencji”²⁸. Tę definicję się jeszcze uszczegóławia twierdząc, że medykalizacja polega na „zastępowaniu stopniowo kategorii moralnych i prawnych opisu ludzkich zachowań i naturalnych procesów życiowych kategoriami i procedurami medycznymi”²⁹. „Medykalizacja” polega zatem na zastąpieniu kryteriów moralnych

²³ M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013, s. 23; Por. tenże, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*; Por. M. Nowakowski, W. Piątkowski (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Lublin 2017.

²⁴ Zob. M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach*, op. cit., s. 24.

²⁵ Ibidem, s. 24.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem, s. 23.

²⁸ M. Wieczorkowska, *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, vol.(61) 2, s. 31–56 (s. 34).

²⁹ Ibidem, s. 33. Już w latach 50., na samym początku dyskusji nt medykalizacji (zwłaszcza psychiatrizacji), w kategoriach moralnych określała ją Barbara Wootton (autorka pracy „Choroba czy grzech?”, która wywarła „duży wpływ na socjologię amerykańską i do dziś są cytowane jako klasyka w odniesieniu do zagadnienia medykalizacji. Autorka podkreślała zacierającą się granicę między definicją człowieka chorego psychicznie a definicją grzesznego podkreślając przesuwanie się punktu ciężkości z wyjaśnień w kategoriach moralnych w kierunku wyjaśnień w kategoriach medycznych” (ibidem, s. 36–37)). Tak samo T. Szasz podkreślał, że „psychiczne problemy zdrowotne są przede wszystkim problemami moralnymi, politycznymi i społecznymi a nie medycznymi”

– w ocenie i wyborze postępowania – kryteriami pozamoralnymi, a w szczególności kryterium higienicznym. Ocena higieniczna to ocena czynu z punktu widzenia jego skutków dla zdrowia (np. ocena implikowana normą: „Jasiu, nie bij Kasi, bo się spocisz”). Czyn uznaje się za dobry, ponieważ jest zdrowy, a zły – jeżeli szkodzi na zdrowiu. Z racji jednak tego, że poprawna ocena moralna to ocena stosunku czynu do naszego człowieczeństwa, a zatem „medykalizacja” jakiejś dziedziny to proces jej odczłowieczania poprzez zastąpienie – w jej ocenie – miary naszego człowieczeństwa (czyli kryterium etycznego) kryteriami higienicznymi.

Rozgranicza się zwłaszcza trzy gatunki „medykalizacji”. Pierwszy to „multiplikacja chorób”, czyli zjawisko określenia mianem chorób „rozmaitych stanów psychicznych oraz zachowań jednostek (w tym zachowania dewiacyjne), na przykład zaburzenia psychiczne: „niegrzeczne” zachowanie dzieci, strach, smutek, miłość, nieśmiałość, gniew, przemoc (w tym domowa), uzależnienia (alkoholizm, narkomania, tytoń), kompulsywne robienie zakupów, hazard, czy nawet nadmierne korzystanie z komputerów”³⁰. Podane przykłady wskazują, że chodzi w nich koniec końców o sprowadzanie problemów moralnych do problemów zdrowotnych. Konieczne jest jednak poprawne zdefiniowanie moralności, bo mamy na ten temat spór w etyce. Trzeba też pamiętać, że np. hazard, prostytutka, nadmierne korzystanie z komputera i inne moralnie negatywne działania mają także negatywne skutki zdrowotne (choćaby przemęczenie) i z tych powodów powinna zająć się nimi także medycyna, a nie tylko etyka. Wtedy jednak nie mówimy o „medykalizacji”, bo nie dokonuje się jakiegoś „kurowania” problemu moralnego.

Drugi typ „medykalizacji” to „poddawanie medycznym procedurom naturalnych etapów życia człowieka”, takich jak „planowanie rodziny (in vitro, antykoncepcja), ciąża i porody, macierzyństwo, wychowywanie dzieci, dojrzewanie, starzenie się, umieranie i śmierć”³¹. Znow jednak widzimy, że każde z tych działań ma także aspekt medyczny i interwencja medycyny (np. medyczna pomoc kobiecie w ciąży) wcale nie musi oznaczać „medykalizacji”. Konieczne staje się znow precyzyjne określenie obiektywnego kryterium, przy pomocy którego odróżnimy „medykalizację” od usprawiedliwionej interwencji medycznej.

Jako trzeci rodzaj „medykalizacji” – nieraz ocenianej pozytywnie – traktuje się praktyki medycznego „poprawiania” ludzkiej natury („human enhancement”). Interwencja medyczna nie jest odpowiedzią na pojawiający się problem zdrowotny, bowiem jej celem jest rozwinięcie i maksymalizacja ludzkich możliwości, ale przy pomocy środków technicznych³². Tutaj już mamy problem wyłącznie moralny (techniczną ingerencję w człowieczeństwo człowieka, do którego istoty należy wolność jako samostanowienie), a problemy zdrowotne mogą pojawić się w konsekwencji zastosowanej procedury.

(ibidem, s. 37). Podobnie P. Conrad, J. W. Schneider, *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Philadelphia 1992.

³⁰ M. Nowakowski, *Medykalizacja*, op. cit., s. 28.

³¹ Ibidem, s. 28.

³² Ibidem, s. 28–29.

Trzeba też pamiętać, że współczesna „medykalizacja” jest nie tylko nieuzasadnioną ekspansją branży medycznej (i farmaceutycznej) dla własnego interesu – ale jest to proces także oddolny, realizujący żądanie społeczne określonych usług „medycznych”³³. Różne są powody tych żądań (ekonomiczne, psychologiczne, a nawet moralne), ale uzasadnia je ostatecznie panująca dzisiaj atmosfera intelektualna, uznająca wszystkie problemy indywidualne i społeczne za społeczny konstrukt. Wtedy też właściwe jest tylko negocjowanie lub narzucanie jakiś rozwiązań, a nie przekonywanie na drodze odwoływania się do wspólnej obiektywnej rzeczywistości, z którą wszyscy mogą i powinni uzgadniać własne działania. Współczesna postmodernistyczna negacja możliwości uchwycenia prawdy o obiektywnej, antropologiczno-aksjologicznej rzeczywistości stoi u podstaw szerokiej akceptacji psychofarmakologicznych projektów „poprawiania” ludzkiej natury³⁴. Skoro jakoby nie jest ona czymś obiektywnie danym i zadaniem każdemu człowiekowi, ale czymś do dowolnego (społecznie uzgadnianego) skonstruowania, to nie widać powodów, aby „poprawiać” nie tylko stan naszego zdrowia, rozwijać własne możliwości intelektualne i moralne, ale także tworzyć to, kim jest człowiek.

Po tych wyjaśnieniach dotyczących „medykalizacji”, skupmy uwagę na jej szczególnej odmianie, który nazywa się „psychiatryzacją”.

3. Psychiatryzacja a biologiczny i humanistyczny model psychiatrii

Jeśli psychiatria uważana jest za dziedzinę medycyny³⁵, to „psychiatryzacja” jakiegoś problemu ludzkiego życia oznacza jego sprowadzenie (w opisie, definicji i wyjaśnianiu) do zaburzenia psychicznego. Z racji jednak tego, że mamy rozmaite modele psychiatrii³⁶, to na gruncie każdego z nich odmiennie ujmuje się sens „psy-

³³ Podawanym przykładem takiej „medykalizacji” jest alkoholizm (traktowanie go jako choroby było efektem nacisku grup AA, a lekarze jako ostatni zgodzili się na to podejście) lub zespół stresu pourazowego (PTSD – post traumatic stress disorder). Amerykańscy żołnierze, wracający z frontu, domagali się uznania ich problemów psychicznych i somatycznych za chorobę, co zaakceptowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

³⁴ Krytyka takiego projektu zob. F. Fukuyama, *Koniec człowieka*, op. cit.; Por. J. Habermas, *Przyszłość natury ludzkiej. Czy mierzymy do eugeniki liberalnej?*, tłum. M. Łukasiewicz, Warszawa 2003.

³⁵ Zbiologizowano wpiers samą medycynę, wbrew jej ideałowi zarysowanemu przez Galena, utrzymującemu, że lekarz musi być także filozofem, czyli posługiwać się wiedzą o istocie człowieka, wiedzą zatem filozoficzną (w sensie klasycznej filozofii). Medycyna zajmuje się bowiem zdrowiem człowieka, a więc metody leczenia muszą być na ludzkich poziomach, a nie schodzić na poziom nieludzkiej medycyny. Mamy zatem odmienne koncepcje medycyny, które także rzutują na sposób rozumienia <medykalizacji> i <psychiatryzacji>. Z racji jednak tego, że biotechnologiczny model medycyny prowadzi do takiego samego traktowania psychiatrii skupie się tylko na modelach tej subdyscypliny medycznej.

³⁶ A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria – podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 2013. Adam Bilikiewicz definiuje psychiatrię jako „dziedzinę medycyny, której przedmiotem zainteresowania są zaburzenia psychiczne z ich licznymi uwarunkowaniami rodzinnymi-genetycznymi, konstytucjonal-

chiatryzacji”. Stosując przedmiotowe kryteria systematyzujące (i pomijając bardziej subtelne podziały) wyróżnić należy zwłaszcza trzy modele psychiatrii: biologiczny (ew. medyczny), humanistyczny (w ramach którego zwykle się umieszcza także model „psychologiczny” i „socjologiczny”³⁷) i postpsychiatryczny. Osobne miejsce zarezerwowalbym nurtowi „antypsychiatrii”³⁸ (i „krytycznej psychiatrii”), nade wszystko dystansującego się wobec biologicznego modelu, ale tylko w wersji skrajnej negujących sensowność uprawiania także „humanistycznej” psychiatrii.

Zwróćmy wpięrw uwagę, że zarzut „medykalizacji” stawia się także same-mu modelowi psychiatrii „biologicznej” („medycznej”) z racji jej redukcji problemów psychiatrycznych do zagadnień biologicznych (zwłaszcza niewłaściwej pracy mózgu). Wydaje się, że „biologiczny” model psychiatrii określić można najpoprawniej wpięrw jako „pozytywistyczny”, bo z racji opierania się na pozytywistycznej, czy nawet scjentystycznej koncepcji nauki. Stawia się w niej cele nade wszystko użytkarne, a nie poszukiwanie prawdy dla niej samej³⁹. Wtedy też jedynie wartościową wiedzą są nauki tzw. szczegółowe, a jeśli pozostawia się miejsce na „filozofię”, to pojętą jako nadbudowę wyników nauk szczegółowych, ich syntezę lub encyklopedię.

„Pozytywistyczna” koncepcja psychiatrii ma kilka odmian, a „biologiczny” (medyczny) model jest jedną z nich. Różne bowiem nauki szczegółowe traktuje się jako kompetentne w dziedzinie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”. Jeśli takie kompetencje przypisuje się badaniom biologicznym, to mamy model biologiczny (ew. medyczny) psychiatrii. Może być on traktowany jako wyłączny, zazwyczaj z racji zwątpienia w przydatność psychologii lub socjologii w tym zakresie. Mamy też związki psychiatrii z niektórymi nurtami psychologii, w tym psychoanalizą Freuda. Ale w obrębie tej ostatniej traktowano drugorzędnie zagadnienia

nymi, biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi”. Rozróżnia: „psychiatrię humanistyczną, powiązaną z humanistycznymi kierunkami psychologii”; „psychiatrię antropologiczną, opartą na filozoficznym kierunku egzystencjalistycznym” i „psychiatrię biologiczną (przeciwstawianą niekiedy niesłusznie psychiatrii humanistycznej), zakładającą prymat uwarunkowań biologicznych nad psychospołecznymi przyczynami zaburzeń psychicznych” ibidem. Z kolei T. Nasierowski podaje następujące kierunki psychiatrii: 1. kliniczny (odmiana biologiczna lub psychologiczna) 2. społeczny 3. psychoanalityczny; 4. behawioralny; 5. egzystencjalny 6. poznawczy 7. antypsychiatryczny (T. Nasierowski, *Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii*, [w:] ibidem, s. 42).

³⁷ Wiąże się powstanie „społecznej psychiatrii” (dostrzegającej społeczne przyczyny zaburzeń psychicznych) z humanizmem w psychiatrii. Zob. D. G. Blazer, *The Age of Melancholy: Major Depression and its Social Origins*, London 2005, s. 62.

³⁸ Jak na razie „postpsychiatrię” (czasami kojarzonej także z „krytyczną psychiatrią”) i „antypsychiatrię” lokuje w obszarze jednego wspólnego modelu, bo łączy je zwłaszcza negatywna ocena zwłaszcza biologicznej psychiatrii, ale także niektórych nurtów „humanistycznej” psychiatrii. Niekiedy określa się ten wspólny mianownik: dystansem do „nowoczesnej” (modern) psychiatrii. Zob. np. J. Radden, *Mental Disorder (Illness)*, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2019 Edition) [<https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/mental-disorder/>]. Mental Disorder]. Natomiast duże zróżnicowanie mamy już co do pozytywnych twierdzeń i metod antypsychiatrii, postpsychiatrii i krytycznej psychiatrii.

³⁹ Zob. P. Jaroszyński, *Nauka w kulturze*, Radom 2004.

biologiczne tylko z racji braku rozwiniętych badań nad funkcjonowaniem układu nerwowego. Od czasu sukcesów badań nad mózgiem biologicznie zorientowani psychiatrzy nie widzą powodów kwestionowania przydatności także psychologii i socjologii. Wiedza o biologicznym podłożu zdrowia psychicznego i choroby nie wyklucza wiedzy o ich wymiarze psychicznym oraz społecznym.

Zdaniem S. Pużyńskiego – nestora polskiej psychiatrii, wieloletniego konsultanta krajowego ds. psychiatrii – psychiatria jako dyscyplina lekarska „znalazła się na zakręcie”, bo „zachodzi pilna potrzeba zdefiniowania na nowo celów i realnych możliwości psychiatrii klinicznej, określenia rzetelności stosowanych metod diagnostyki oraz efektywności metod terapeutycznych”⁴⁰. Ten „zakręt” psychiatrii dotyczy zwłaszcza jej „biologicznego” (technologicznego) modelu, dominujący współcześnie,⁴¹ określanego jako „redukcyjne myślenie neurobiologiczne”⁴². W tym modelu uznaje się środki psychotropowe za nadrzędny, a może nawet wyłączny środek w walce z chorobą psychiczną⁴³. Ale ten biologiczny model psychiatrii wzmocniony został przez ekspansywnie rozwijającą się neuronaukę, aplikowaną także do psychiatrii⁴⁴ i psychologii (łącznie zwłaszcza z psychoanalizą i neopsychoanalizą⁴⁵).

⁴⁰ S. Pużyński, *Czy kryzys*, „Psychiatra” 2014–2015, nr 7, s. 6–8 (s. 8); idem, *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, Warszawa 2015.

⁴¹ Oto jedna ze współczesnych definicji psychiatrii: „Psychiatria jest dziedziną wiedzy medycznej zajmującą się chorobami psychicznymi i zaburzeniami czynności psychicznych człowieka. Czynności psychiczne są procesami zachodzącymi w ośrodkowym układzie nerwowym, mają one na celu regulację stosunków: jednostka – otoczenie. Ich sprawność działania zależy od biologicznego stanu ośrodkowego układu nerwowego oraz od czynników psychologicznych i społecznych oddziałujących na jednostkę. S. Leder, M. Siwiak-Kobayashi (red.), *Psychiatria i etyka*, Kraków 1995. Socjologowie medycyny zwracają uwagę, że pomimo rozpowszechnionej krytyki „biologicznego” modelu psychiatrii (i braku dowodów na organiczną etiologię zaburzeń psychicznych) owa krytyka „nie stanowi obecnie jednak żadnego zagrożenia dla wciąż umacniającej się psychiatrii holdującej paradygmatowi o biochemicznej etiologii zaburzeń psychicznych” (M. Nowakowski, *Zmodyfikowana psychiatria jako przykład <geokultury>?*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2005, vol. XL, 2, s. 37–61 (s. 43).

⁴² A. Kapusta, *O roli myślenia technologicznego w psychiatrii współczesnej*, „Diametros” 2015, nr 44, s. 45–55.

⁴³ A. Kapusta, *Spór o pojęcie choroby psychicznej*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2003, s. 165–176, s. 46 („W psychiatrii rozwój psychofarmakologii, a szczególnie dyskusja wokół Prozaku, pokazała, jak nowe technologie medyczne mogą przedefiniować postrzeganie ludzkiego charakteru i przyczyniać się do myślenia na temat łatwej technologicznie modyfikacji ludzkich postaw i zachowań za pomocą mierzalnych i efektywnych narzędzi terapeutycznych”). Por. ibidem, s. 51–52.

⁴⁴ M. Broome, L. Bortolotti, *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*, Oxford 2009; J.J. Lopez-Ibor, W. Gaebel, M. Maj, N. Sartorius (red.), *Psychiatry as a Neuroscience*, John Wiley and Sons, Ltd. 2002.

⁴⁵ E. Kandel twierdzi, że ku neurobiologii skierowały go badania z zakresu psychoanalizy (E. Kandel, *A new intellectual framework for psychiatry*, „American Journal of Psychiatry” 1998, vol. 155(4), s. 457–469, s. 468), jako współczesnej formy psychologii i rozumienie konieczności jej połączenia z „neural science”. Wyróżnia też kilka trudności wcześniejszej psychoanalizy, które można przezwyciężyć dzięki neurobiologii (Kandel, 1999, s. 65–67). To ujęcie zostało rozwinięte [w:] E. Kandel, *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*,

Zdaniem Erica Kandala – czołowego przedstawiciela „neuronauki” – pierwsza zasada neuro-biologicznie zorientowanej psychiatrii to zasada, iż „wszystkie procesy umysłowe, nawet najbardziej psychologicznie złożone, są pochodnymi procesów zachodzących w mózgu”⁴⁶. Psychoterapia jest skuteczna z powodu dokonywujących się tą drogą zmian w sposobie wyrażania się genów⁴⁷, a zatem neuronauka otwiera drogę biologicznie ugruntowanej psychoanalizie⁴⁸.

Jeśli przyjmuje się związek psychiatrii z psychologią, to zwykle określa się taką psychiatrię mianem „humanistycznej”, a jeśli z socjologią – „socjologiczną” (społeczną). Z racji jednak tego, że psychologia i socjologia są naukami szczegółowymi, to taka „humanistyczna”⁴⁹ psychiatria pozostaje na płaszczyźnie uogólniania danych spostrzeżeń zmysłowych (źródło wiedzy psychologicznej i socjologicznej), czyli – w orbicie pozytywistycznego ideału wiedzy. Wtedy też pojawiają się wątpliwości odnośnie do określenia takiej psychiatrii mianem „humanistycznej”, co przecież implikuje „humanistyczną” aksjologię. Czy jednak poznanie zmysłowe – baza nauk szczegółowych – jest w stanie ująć istotę człowieka (jego „humanum”)? Z pewnością nie, do tego konieczne są badania filozoficzne, ukierunkowane na poznanie istot rzeczy. Natomiast psychologicznie i socjologicznie zorientowana psychiatria zakłada jakies ujęcie istoty człowieka, czyli tego, co konstytuuje człowieka w jego człowieczeństwie. Wielokrotnie zwraca się na to uwagę.⁵⁰ „Psychologiczny” (i „społeczny”) model psychiatrii wpraw-

„American Journal of Psychiatry” 1999, vol. 156(4), s. 505–524. Por. idem, *Psychiatrij, psychoanalizis, and the new biology of mind. American Psychiatric Publications*, 2005. Amerykański noblista (w 2002 roku) za badania nad neurologicznymi podstawami pamięci, koncentrował się tylko na konieczności aplikacji neuronauki do psychoanalizy, a nie na innych koncepcjach psychologicznych i psychiatrycznych. Na temat antropologicznych i ontologicznych (materialistycznych) założeń teorii Kandela zob. B. Janik, *Program Erica Kandela a materializm nieredukcjonistyczny*, „Zagadnienia Filozoficzne w Nauce” 2012, vol. LI, s. 76–95. Mamy już także „neuropsychoanalizę” (uważaną za naukowe dokończenie myśli Freuda dzięki odkryciom neuronauki, co pokazuje ich zbieżność czy identyczność koncepcji człowieka implikowanej przez psychoanalizę i neuronaukę) Zob. M. Solms, M. Saling, *On psychoanalysis and neuroscience: Freud's attitude to the localisationist tradition*, „International Journal of Psycho-Analysis Int J Psychoanal” 1986, vol. 67 s. 397–416. Por. J. Przybyła, *Pomiędzy psychoanalizą a neuronauką — kontrowersje wokół neuropsychanalizy*, „Psychiatria” 2017, tom 14, nr 1, s. 47–52. Por. S. Murawiec, *Neuropsychoanaliza – omówienie podstawowych założeń oraz wybranych aspektów teoretycznych*, „Psychoterapia” 2009, vol. 3 (150), s. 21–29; C. Żechowski, *Integrowanie neurobiologii i psychoterapii – czyli o mózgu w umyśle terapeutu*, „Psychiatria” 2014, vol. 11(3), s. 137–140.

⁴⁶ E. Kandel, *A new intellectual framework for psychiatry*, op. cit.

⁴⁷ Ibidem, s. 460.

⁴⁸ Ibidem, s. 468.

⁴⁹ Bogdan de Barbaro twierdzi, że wprawdzie „na poziomie teoretycznym przyjmuje się, że niezbędne jest otwarcie zarówno na przyrodoznawczy, jak i na humanistyczny wymiar psychiatrii”, to jednak w praktyce „niezwykle rzadko udaje się te perspektywy łączyć” (B. de Barbaro, *Tożsamość psychiatrii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2010, Vol. 19, nr 4, s. 343).

⁵⁰ A Kępiński twierdzi, że aby stworzyć definicję choroby psychicznej „trzeba by mieć gotową koncepcję człowieka, jego konstrukcji, sensu i celu jego życia.” (A. Kępiński, *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, Kraków 2003, s. 12).

dzie przeciwstawia się „biologicznemu”, ale przedstawicie obydwu kierunków „zdają się zapominać, co ich podzieliło w przeszłości i co ich łączy współcześnie, przynajmniej w sensie genezy. Otóż na tym dwoistym ujmowaniu zaburzeń psychicznych zaciążyło dualistyczne traktowanie problemu psychofizycznego na przestrzeni wieków”. To pod wpływem tego paradygmatu „zrodził się w myśli medycznej tzw. model biomedyczny. (...) ciało ludzkie (...) traktowane jest nadal jak maszyna, a choroba interpretowana jako nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych tej maszyny, badanych z punktu widzenia biologii komórkowej i molekularnej. Skupiając uwagę na coraz mniejszych elementach ciała ludzkiego, współczesna medycyna traci często z oczu samego pacjenta jako istotę ludzką, która nie chce być traktowana jedynie jako suma narządów, tkanek i komórek. Ten redukcjonistyczny model biomedyczny zapanował zwłaszcza wszechwładnie w neuroanatomii, neurofizjologii i w neuropatologii”. Ale „w tych poszukiwaniach gubi się jednak zjawiska psychiczne-, duchowe”. Krytykuje się zatem skrajny odłam psychiatrii biologicznej, który próbuje „zrozumieć zjawiska psychofizjologiczne i psychopatologiczne wyłącznie w wąskich kategoriach zmian morfologicznych i zakłóceń fizjologicznych w układzie nerwowym”⁵¹.

Jak widzimy, zpsychologizowany i zsocjologizowany model psychiatrii zbliża się niekiedy do modelu „biologicznego”⁵². Stąd też całkiem zasadnie uważa się także „psychologiczny” kierunek w psychiatrii za redukcjonistyczny wobec „zjawisk psychicznych w normie i patologii”⁵³. To samo ma miejsce w modelu psychiatrii „społecznej”, „którego twórcy przyjęli postawę krytyczną zarówno wobec psychiatrii biologicznej, jak i humanistycznej”, ale „w gruncie rzeczy jest on również przejawem redukcjonizmu”, bo „odrzuca on w zasadzie bio-i psychogenezę zaburzeń psychicznych, preferując w ich miejsce socjogenezę”⁵⁴.

Połączenie zatem psychiatrii z psychologią (i socjologią) nie oznacza jeszcze przejścia na pozycje „humanistyczne”, bo w różnych koncepcjach psychologii

⁵¹ Por. T. Nasierowski, *Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii*, op. cit., s. 29. Biologiczny model psychiatrii krytykował w Polsce między innymi K. Jankowski w głośnej książce „Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej” (Warszawa 1976; po dwudziestu latach wydał „Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. Dwadzieścia lat po”). Autor początkowo był zafascynowany biologicznym modelem psychiatrii, ale zorientował się o jego niewystarczalności a nawet szkodliwości dla rozwiązywania problemów życia psychicznego. Zdaniem tego humanistycznego psychiatry „choroby psychiczne (w zawężonym przeze mnie znaczeniu) stanowią logiczne następstwo niezaspokojonych potrzeb ludzkich” (ibidem, s. 8). Krytykował także tylko biologiczny profil kształcenia psychiatrów: „wysoko kwalifikowani specjaliści psychiatrii uczą się psychologii i socjologii z dobrej woli, nikt tego od nich nie wymaga. Gdyby psychiatra otrzymał solidne wykształcenie w zakresie nauk psychologicznych, socjologicznych, a także – co jest równie ważne – filozoficznych, nie mógłby przeoczyć fundamentalnej różnicy między czynnościami psychicznymi i fizycznymi człowieka (ibidem, s. 30).

⁵² A. Kępiński do „kierunków humanistycznych” w psychiatrii zalicza psychoanalizę Freuda, O. Ranka, Alfreda Adlera, Junga, Sullivana, Fromma, Horney, egzystencjalizm (w tym fenomenologię). Zob. A. Kępiński, op. cit.

⁵³ A. Bilikiewicz, op. cit.

⁵⁴ Ibidem.

mamy do czynienia z odmiennymi ujęciami człowieka, włącznie z „antyhumanistycznymi”⁵⁵. „Humanistycznym” nazywamy sposób myślenia i działania dopiero wtedy, kiedy pozostaje na służbie człowieka i jego dobra. „Humanistyczna” psychologia i psychiatria muszą zatem traktować człowieka jako istotę wyjątkową w stosunku do świata przyrody, mającą w sobie podstawę tej wyjątkowości. Stąd też nie każda deklaracja „humanizmu” jest wystarczająco uzasadniona, bo np. „humanizm marksistowski” usprawiedliwiał całkowicie nie humanistyczne traktowanie wrogów klasowych.

Ponadto trzeba się liczyć także z tzw. psychologizmem w teorii nauki, wedle którego psychologia to nadrzędna nauka, której koniec końców dotyczy każda inna wiedza. Zwłaszcza wiedza o człowieku (i etyka) ulega często zpsychologizowaniu, bo współczesna psychologia „zawłaszczyła sobie prawo do całościowej wiedzy o człowieku i wypowiedania się o nim nie tylko w sprawach dotyczących jego życia psychicznego, lecz także sensu jego życia czy jego struktury bytowej, wydziedziczając z tej roli filozofię. Pociągnęło to za sobą wiele nieporozumień, a nierzadko i deformacji całościowej wizji człowieka i właściwego rozumienia jego życia osobowego”⁵⁶. Tymczasem psychologia chociaż także zajmuje się człowiekiem, ale w swoistym aspekcie, któremu nie sposób podporządkować wszystkich innych. A w szczególności psychologia nie może zastąpić filozofii człowieka (antropologii filozoficznej; filozoficznej w sensie klasycznej filozofii) zajmującej się uchwyceniem istoty człowieka⁵⁷, a nie uogólniającą indukcją danych spostrzeżenia zewnętrznego i wewnętrznego odnośnie do sposobu jego psychicznego funkcjonowania, czym zajmuje się psychologia.

Część psychiatrów ostrzega zatem przed jakimkolwiek metodologicznym dogmatyzmem i postuluje uwzględnienie doświadczenia i sztuki psychiatrycznej, zdobywanych w codziennej pracy klinicznej⁵⁸, bo dopiero skorzystanie z wszystkich

⁵⁵ Zob. A. Maryniarczyk, *Filozoficzne „obrazy” człowieka a psychologia*, „Człowiek w Kulturze” 1995, nr 6–7, s. 77–99. Por. J. Kozielskiego, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1977. Wskazuje się, że psychologia behawiorystyczna implikuje koncepcję człowieka jako agregatu części zwłaszcza rozmaitych przeżyć). Na gruncie tej koncepcji „Człowiek jest zredukowany do faktu przyrody i jego rozumienie mieści się w rozumieniu przyrody. Możemy więc poddawać go różnego typu działaniom i przekształceniom, których dokonuje się na cząstkach lub ich układach. Traktujemy bowiem człowieka i jego organizm jako sumę narządów czy cząstek. Wiedza o człowieku sprowadza się do wiedzy o narządach, ich funkcjonowaniu, ich strukturze itp. (A. Maryniarczyk, op. cit. s. 82–83). Oprócz tego: „człowiek nie może być uznany za byt autonomiczny, suwerenny — lecz dopiero swój „sens”, rację swego człowieczeństwa zyskuje w odniesieniu do czegoś. Tym czymś innym może być drugi człowiek, ale równie dobrze zwierzę, roślina, a właściwie cały świat.” (ibidem, s. 83). Mamy też we współczesnej psychologii obecną platońsko-kartezjańską koncepcję człowieka, redukującą człowieka do bytu tylko duchowego. Wtedy też cielesność człowieka traktuje się jako przedmiot dowolnej manipulacji.

⁵⁶ Ibidem, s. 78.

⁵⁷ Przykładem takiej antropologii filozoficznej jest „Osoba i czyn” K. Wojtyły (Kraków 1969) i „Ja-człowiek” M. A. Krąpca (Lublin 1976).

⁵⁸ A. Kępiński wyróżnia także nurt psychiatrii „klinicznej”, inny od biologicznego i humanistycznego, stanowiący „mięsz z psychiatrii”, będący „sumą doświadczeń i obserwacji bezimiennych często

modeli psychiatrii „razem z zachowaniem właściwej dla danej sytuacji proporcji, może zapewnić sukces terapeutyczny”⁵⁹. Koniec końców, postuluje się, aby psychiatria nie zamykała się dogmatycznie na jakikolwiek rodzaj wiedzy o człowieku (zwłaszcza filozoficznej wiedzy o jego istocie), bo to dopiero umożliwi rozumienie zaburzeń psychicznych jako problemu całego człowieka. Wtedy też mówimy precyzyjnie o modelu „humanistycznym” psychiatrii. Ale jest to wciąż zapomniany ideał.

4. „Psychiatryzacja” a antypsychiatria i postpsychiatria

Począwszy od lat sześćdziesiątych pojawia się w myśleniu psychiatrycznym także nurt tzw. antypsychiatrii⁶⁰, w rozmaity sposób określanej, ale nade wszystko kwestionującej medyczno-biologiczny model. Czołowym przedstawicielem tego ruchu był Tomasz Szasz.⁶¹ Krytykował on nade wszystko pojęcie „choroby umysłowej” (będące tylko metaforą, bo przecież umysł nie może być chory) i sprowadzanie duchowych problemów człowieka do problemów neurologicznych. Poglądy antypsychiatryczne częściowo kontynuowane są także przez „krytyczną psychiatrię”⁶², bo nade wszystko dystansującą się wobec jej biologicznego modelu oraz nadużywanie psychofarmakologii dla interesu firm farmaceutycznych, a nie dla dobra pacjentów.

psychiatrów usługowych”, poświęcających się chorym. A. Kępiński, *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, op. cit.

⁵⁹ A. Bilikiewicz, op. cit.

⁶⁰ Por. T. Szasz, *Law, Liberty and Psychiatry*, New York 1973 (Szasz dystansował się wobec niekonsekwencji innych przedstawicieli „antypsychiatrii” i z tego powodu nie chciał, aby określano jego pozycję jako „antypsychiatrii”); Szasz był też wśród „antypsychiatrów” najbardziej radykalnym krytykiem sprowadzania zaburzeń psychicznych do chorób. Zdaniem Nowakowskiego antypsychiatria w swoich konsekwencjach doprowadziła jednak do ponownego przejścia psychiatrii przez biologiczny model i farmakopsychiatrię (ibidem, s. 60). Por. Sz. Chrząstkowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje*, op. cit., s. 56 (zdaniem autorów Szasz nie zauważał, „że nadawanie nazw psychiatrycznych jest w swojej istocie częścią dyskursu, częścią społecznej praktyki językowej”). Dla „postpsychiatrów” język psychiatryczny niekiedy jest przydatny (zob. ibidem, s. 122, przypis 74). Por. M. Morzycka-Markowska, *Antypsychiatria brytyjska 1960–1970*, „Medycyna Nowożytna” 2018, Tom 24, z. 2.

⁶¹ Główne dzieło T. Szasza to: *The Myth of Mental Illness*, „American Psychologist”, 15, 113–118. Krytyka jego koncepcji: J. A. Schaler (ed.), *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics*, Chicago 2004. Zdaniem K. Jankowskiego („Od psychologii biologicznej do humanistycznej” (op. cit., s. 42–44). „Jakkolwiek poglądy Szasza mogą wydawać się zbyt radykalne, a przez to jednostronne, niemniej jednak jego analiza głównych cech modelu medycznego w psychiatrii nie pozbawiona jest słuszności” (op. cit., s. 44).

⁶² D. Ingleby (ed.), *Critical Psychiatry: The limits of madness*, Palgrave Macmillan, New York 1980; D. Double, *Critical Psychiatry. The Limits of Madness*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2006; P. Thomas, P. Bracken, *Critical psychiatry in practice*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2004, vol. 10361–370; J. Moncrieff, *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Palgrave Macmillan, London 2008; Na temat „krytycznej psychiatrii” zob. A. Kapusta, *Szaleństwo...*, op. cit. s. 39–42.

Nowych narzędzi intelektualnych dostarczył psychiatrii dopiero postmodernizm⁶³, na którym opiera się „postpsychiatria”⁶⁴. Mamy jej przedstawicieli także w Polsce⁶⁵. Nie kwestionując wszystkich osiągnięć biologicznej psychiatrii (i innych tradycji psychiatrycznych) twierdzą postpsychiatrzy, że dzięki postmodernizmowi jesteśmy w stanie wypracować odpowiednie narzędzia dla skutecznego rozwiązania problemu zaburzeń psychicznych.

Ambicje i założenia postpsychiatrii wymagają obszerniejszego opracowania, a poprzestaną tylko na kilku uwagach. „Postpsychiatrzy” świadomi są wpiętych w rozmaitych odmian postmodernizmu⁶⁶, wielości dziedzin, do których jest on aplikowany, i zarzutów wobec niego⁶⁷. Część z nich zdają się nawet podzielać, bo określają swoją pozycję jako „umiarkowaną”⁶⁸, traktując postmodernizm jako tylko „klimat” badawczy, ceniąc sobie „postmodernistyczną wrażliwość”, „stymulację”⁶⁹. W prezentacji założeń postmodernistycznych akcentują kwestionowanie możliwości ujęcia obiektywnej prawdy,⁷⁰ wyłączając jednak z tych ram twierdzenia nauk

⁶³ Ten wpływ jest dosyć wczesny, bo wpięty drogą poststrukturalizmu M. Foucaulta. Zob. przypis nr 22. Por. J. Derrida, *Cogito i historia szaleństwa*, tłum. T. Komendant, „Literatura na Świecie” 1988, nr 6; Por. P. Flaherty, (*Con*)textual Contest: Derrida and Foucault on Madness and the Cartesian Subject, „Phil Soc Sci”, 16,157–175; Por. N. Rose, *Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique*, „Sociologie et societates” 2007, vol. 18 (2), s. 113–131; Por. J. Iliopoulos, *Foucault’s Notion of Power and Current Psychiatric Practice*, „Philosophy, Psychiatry, & Psychology” 2012, vol. 19(1), s. 49–58. Na temat postmodernizmu mamy ogromną literaturę, w tym także antologie postmodernistyczne: S. Czerniak i A. Szahaj (red.), *Postmodernizm a filozofia. Wybór tekstów*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1996; M. A. Potocka (red.), *Postmodernizm. Teksty polskich autorów*, Kraków 2003.

⁶⁴ P. Bracken, P. Thomas, *Postpsychiatry: A new direction for mental health*, „British Medical Journal” 2001, vol. 322, s. 724–727; por. idem, *Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world*, Oxford University Press, Oxford UK 2005.

⁶⁵ Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011; Por. B. de Barbaro, *Postpsychiatria: surowy krytyk nowoczesnej psychiatrii*. „Psychiatria po dyplomie” 2007, vol. 6, s. 17–23. Por. B. de Barbaro, *Po co psychiatrii postmodernizm*, „Psychoterapia” 2007, vol. 3 (142), s. 5–14; Por. B. Józefik, *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy*, „Psychiatria Polska” 2011, tom XLV, nr 5, s. 737–748. Za przedstawiciela wczesnej „postpsychiatrii” uważa się też M. Foucaulta.

⁶⁶ A nawet twierdzą, że „postmodernizm wymyka się definicji” (Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, op. cit., s. 29). A. Szahaj, *Co to jest postmodernizm?*, „Ethos” 1996, nr 33–34; por. A. Bronk, *Krajobraz postmodernistyczny...*, op. cit.; por. J. Życiński, *Apoteoza relatywizmu etycznego w postmodernizmie*, „Ethos” 1996, nr 33–34.

⁶⁷ Por. Sz. Chrzastowski; B. de Barbaro, op. cit., s. 225–229.

⁶⁸ Zdaniem Sz. Chrzastowskiego, B. de Barbaro „negatywne rozumienie postmodernizmu (...) nie jest adekwatne” (T. Chrzastowski, de Barbaro, op. cit., s. 13).

⁶⁹ Ibidem.

⁷⁰ Zob. ibidem, s. 25, 27, 29, 233. Dosyć często postmoderniści mieszają prawdziwość poznania z adekwatnością poznania. Por. A. B. Stępień, *Wstęp do filozofii*, Lublin 1976, s. 115. Co więcej, nie można się zgodzić z tezą, iż przemoc jest konsekwencją twierdzenia, „że jakaś osoba lub grupa osób stoi na straży uniwersalnej prawdy” (Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, op. cit., s. 227). Jakże możliwy jest konflikt – a zatem ewentualna przemoc – jeżeli wszyscy uczestnicy dyskursu stoją w obliczu tej samej rzeczywistości (tego samego jej aspektu), czy wspólnej dla wszystkich

przyrodniczych.⁷¹ Zgadając się z krytykami postmodernizmu, poznawczy sceptycyzm adresują i do niego samego⁷², nie przejmując się jednak tą trudnością (jeśli każde twierdzenie jest wątpliwe, to także ono samo). Zdaniem „postpsychiatrów” problemy psychiatryczne to tylko „konstrukcje językowe, a sama terapia jest pracą nad zmianą tych konstrukcji”⁷³. Zmianą nie idącą w kierunku uzgodnienia z niezależną rzeczywistością, odczytywana przez ludzki rozum, ale zmianą w obrębie tych „konstrukcji”.

Wbrew ogólnym sceptycznym deklaracjom postpsychiatria formułuje jednak ogólnie ważne prawdy (także etyczne), którym psychoterapeuta i psychiatra powinien być posłuszny. Wymienia się zwłaszcza bezwarunkowy obowiązek poszukiwania dobra chorego/klienta⁷⁴. Chciałoby się traktować tę personalistyczną deklarację jako szlachetną niekonsekwencję postpsychiatrii⁷⁵. Wydaje się jednak, że i tę zasadę ugruntowuje się w żywionych przez lokalną społeczność przekonaniach

obiektywnej prawdy? Jest wręcz odwrotnie, zanegowanie wspólnej obiektywnej prawdy o dobro otwiera drogę przemocy jako jedynej drogi rozwiązania sporu (co widział T. Hobbes).

⁷¹ Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, op. cit., s. 225, 233 (przypis 127).

⁷² Twierdzą, że „programowy sceptycyzm dotyczy także samego postmodernizmu” (ibidem, s. 226).

⁷³ Ibidem, s. 85, 227–228. Autorzy stawiając tę tezę opierają się na pracach „społecznych konstruktywistów”

⁷⁴ „Wrażliwość na Innego jest istotną przesłanką postmodernistycznej etyki” (ibidem, s. 237). Sama emocjonalna wrażliwość jeszcze nie osiąga poziomu życzliwości, której potrzeba zarówno rozeznania obiektywnego dobra Innego, jak i możliwości kierowania swoim postępowaniem. Postmodernistyczna koncepcja człowieka wyklucza jedno i drugie. Spontaniczna, emocjonalna „wrażliwość” na cierpienie innego (podkreślana np. przez J. J. Rousseau w *Emilu*) – jak wielokrotnie wskazywano – jest koniec końców wysublimowaną „miłością samego siebie”. W innym tekście B. de Barbaro wyraźnie posługuje się „esencjalistycznym” ujęciem człowieka, bo psychofarmakologizacji przypisuje efekt „zubożenia człowieka jako osoby (B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit., s. 248). Postpsychiatrzy formułują także treściowo określone, ogólnie ważne prawdy moralne (mające „przekraczać etyczną pustkę”, „konstytutywne dla losu człowieka”): „<wolność> (odrębność), <odpowiedzialność za innych>, <odpowiedzialność za siebie> oraz <troska>”; ibidem, s. 202). Bliższe przyjrzenie się tym uniwersalnym cechom człowieka pokazuje zawężające ich rozumienie. O wolności, odpowiedzialności oraz trosce (życzliwości) wobec innych można mówić dopiero wtedy, kiedy człowiekowi przypisze się możliwość rozpoznania obiektywnej rzeczywistości. Jakże np. realnie troszczyć się o drugiego, jeżeli nie mamy rozpoznania, co jest dla niego realnym dobrem w konkretnej sytuacji? Eutanazja czy uszanowanie jego życia? Bez prawdy „troska” o drugiego to nie troska o jego realne dobro, ale troska o spełnianie jego subiektywnych chęci. A „respektowanie tożsamości i poglądów Innego” (ibidem, s. 210) ma swoją granicę, która jest prawda, jak to zresztą wskazują sami autorzy (np. odnośnie do antysemickich czyich poglądów; zob. ibidem).

⁷⁵ Twierdzi się także, że postmodernizm cechuje „godna uwagi wrażliwość etyczna”, ale to tylko niektóre trendy postmodernizmu prowadzą go do „konkluzji wątpliwych etycznych” (Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, s. 7). Zdaniem autorów „postmoderniści (wbrew pozorom) nie muszą być nihilistami” (ibidem, s. 201), a „negatywy postmodernizmu nie dotyczą psychoterapii” (ibidem, s. 202). A w każdym razie twierdzą autorzy, iż „w ostatnich latach postmoderniści są bardziej świadomi, że wątpliwy jest świat bez etyki uniwersalnej” (ibidem, s. 228). W niektórych miejscach książki postuluje się też, aby wyjść poza postmodernistyczną koncepcję człowieka („człowieka, który sam siebie stwarza, dowolnie siebie kreuje”) „uzupełniając perspektywy konstruktywistyczne o idee konstruktywistyczne, zwracając uwagę na pozaspołeczne uwarunkowania naszego poznania”, ibidem, s. 232).

aksjologicznych. Skoro dzisiaj – przynajmniej lokalnie – panuje przekonanie, że medycyna to „służba pacjentowi”, to postpsychiatra powinien funkcjonować w tych ramach aksjologicznych. Czy to jednak znaczy, że w innym kontekście społecznym (np. panującego przekonania, że medycyna ma służyć państwu rasistowskiemu lub diagnozować „schizofrenię bezobjawową” u przeciwników ZSRR-u) postpsychiatria byłaby zwolniona z obowiązku szukania dobra pacjenta? Koniec końców, na gruncie założeń postpsychiatrii ma ona ostatecznie służyć społecznym oczekiwaniom, a koniec końców własnym interesom, bo konflikt z panującym obyczajem jest zawsze bolesny⁷⁶.

„Postpsychiatria” traktuje zatem „medykalizację i „psychiatryzację” jako elementy dyskursu społecznego, a nie jakieś obiektywne nadużycia⁷⁷. Powraca zatem zarzut traktowania psychiatrii jako narzędzia społecznej represji, co piętnował M. Foucault i „antypsychiatry”. A może raczej trzeba zrezygnować z bezzasadnego sceptycyzmu wobec jakiegokolwiek ogólnie ważnej prawdy etycznej, aby uwolnić psychiatrię od jakiegokolwiek instrumentalizacji chorych? Wprawdzie ten sceptycyzm określa się jako służący dobru pacjenta – bo jakoby chroni go przed psychotherapeutyczną manipulacją – ale przy bliższym wejrzeniu okazuje się, że jest akurat odwrotnie. Opisywana w szczególności psychoterapia postmodernistyczna ma wypracować dla pacjenta/klienta jakiś dobry dla niego⁷⁸ przyszły projekt życiowy. Projekt oparty tylko na systemie subiektywnych aksjologicznych przekonań pacjenta. Jeśli zatem np. zagraża ponowienie przezeń próby samobójczej⁷⁹ – bo żywione przezeń pragnienie „pomocy” jakiejś konkretnej dziewczynie nie zyskuje jej akceptacji – to postpsychiatryczna terapia proponuje poszukanie innych obiektów, którym także można pomóc⁸⁰. Można przecież pomóc np. mieszkańcom Afryki, czy wielu innym dziewczynom spragnionych męskiej pomocy. Rozwiązanie wprawdzie banalne, ale zakłada, że człowiek jest istotą jedynie czegoś spragnioną (czyli ma potrzeby, np. pomocy innym, własnych przyjemności lub obojga), a zatem psychiatra powinien szukać tylko skutecznych środków realizacji tych pragnień. Czy taka antropologia przystaje do doświadczeń człowieka? Z pewnością – nie. Oprócz żywionych rozmaitych pragnień mamy także świadomość możliwości ich oceny (w świetle obiektywnych kryteriów) oraz kierowania nimi. A zatem realna (także psychiatryczna) pomoc

⁷⁶ John Locke ostrzegał, że bez liczenia się z panującymi poglądami społecznymi narażeni jesteśmy na bardzo nieprzyjemne konsekwencje, gorsze niż ewentualna pośmiertna zemsta ze strony Boga, pojętego jako jako naczelny Władca, żądający od poddanych tylko ślepego posłuszeństwa.

⁷⁷ Zob. B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit., s. 249.

⁷⁸ Ale nie dobry obiektywnie, tylko subiektywnie. Nazywa się to „etyką pokory terapeuty postmodernistycznego wobec systemu wartości klienta/pacjenta” (ibidem, s. 229).

⁷⁹ To przypadek terapeutyczny opisany w: Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne*, op. cit. s. 153–154.

⁸⁰ Celem tej terapii „jest pokazanie, jak <bycie potrzebnym> można zrealizować na wiele sposobów i w odniesieniu do różnych ludzi (nie tylko wobec byłem dziewczyny)” (ibidem, s. 154). Czyżby „była dziewczyna” jest zastępowalna przez jakąś inną? Problemu zawodu miłostnego nie można sprowadzać do innych, pozaerotycznych relacji, bo w erotyce chodzi właśnie o jedyną i niepowtarzalną osobę.

człowiekowi – istocie rozumnej i wolnej – nie może poprzestawać na wskazaniu skutecznych środków realizacji jego chęci⁸¹, ale musi być pomocą w realizacji tego, kim obiektywnie jest człowiek⁸², czyli pomocą w pierw w rozumieniu (a zatem i ocenie) sytuacji, a następnie – pomocą w kierowaniu się tym rozeznaniem.

Na gruncie postpsychiatrii pojawia się także inne kłopotliwe pytanie: co powinien czynić psychoterapeuta, jeśli natrafia u pacjenta na pragnienia egoistyczne⁸³, przemoc⁸⁴, a nawet zbrodnicze pragnienia (np. pedofilskie)? Czy także w tych przypadkach powinien poprzestać na poszukiwaniu przyszłościowego rozwiązania, umożliwiającego bezproblemową realizację tych pragnień? Czy też raczej poprawna terapia powinna pomóc w zrozumieniu ich obiektywnego zła?

Na gruncie postpsychiatrii relatywizuje się także zjawisko „psychiatryzacji”⁸⁵, bo traktowanej jako tylko bio-społeczny konstrukt, ważny tylko lokalnie. Zadaniem postpsychiatrii jest zatem wyłącznie „dekonstrukcja” żywnionych przekonań, czyli odsłonięcie ich korzeni. Psychoterapia miałaby się na tym etapie kończyć,⁸⁶ a resztę – domyślać się należy – pozostawia się psychofarmakologii, a także starym szamańskim sposobom. W londyńskim Imperial College prowadzi się (ponoć całkowicie skuteczną) terapię depresji przy pomocy „magicznych grzybków” (psilocybiny)⁸⁷.

⁸¹ Za tą interpretacją terapii postpsychiatrycznej przemawiają jej określenia jako „marginalizacja” przeżywanego problemu (zob. ibidem, s. 176–7).

⁸² Stąd też – wbrew postmodernistycznym deklaracjom – autorzy traktują człowieka jako istotę, która powinna być sprawcą swoich czynów, a terapia ma odsłaniać „rzeczywistość, w której jest miejsce dla dobrego sprawstwa” (ibidem, s. 155).

⁸³ Zdaniem postpsychiatrów „to ostatecznie klient decyduje, co jest dla niego dobre” (ibidem, s. 215).

⁸⁴ Zob. ibidem, s. 230. Stawia się tu pytanie: „jak ma się zachować terapeuta, gdy jeden z uczestników spotkania terapeutycznego jest głęboko i szczerze przekonany o własnej wyższości uzasadniającej traktowanie innych jak istoty podrzędne?”. W odpowiedzi nakazuje się uwzględnić panujące „wzorce kulturowe”. Czyżby zatem w III Rzeszy lub w społeczności kanibali należałoby bezwarunkowo respektować te właśnie wzorce?

⁸⁵ Zdaniem B. de Barbaro „konstruktywności społeczni” „wierzą w istnienie wersji, konstrukcji społecznych, bardziej lub mniej użytecznych – a nie wierzą w istnienie prawdy obiektywnej” i tak samo „można spojrzeć na zjawisko medykalizacji i psychiatryzacji” (B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit., s. 249).

⁸⁶ Np. obligeuje się postpsychiatrycznego terapeutę do bezwarunkowego „przestrzegania porządku prawnego” (Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, op. cit. s. 210). Czy także w totalitarnym państwie z jego nieludzkim prawem, żądającym (jak to było w ZSRR i III Rzeszy) uczestniczenia psychiatrów w zbrodni (eksterminacji chorych psychicznie lub diagnozowanie „schizofrenii bezobjawowej”)? Krytyka „psychiatryzacji” to tylko dekonstrukcja rozmaitych interesów, ale także ewentualne wsparcie przeważającego społecznie (użytecznego społecznie) rozwiązania (np. wprowadzenia prawnych ograniczeń dla działania firm farmaceutycznych).

⁸⁷ Zob. R. Watts, *Can Magic Mushrooms Unlock Depression?* (<https://www.youtube.com/watch?v=8kfGaVAXeMYS>). Por. Ross, S., Bossis, A., Guss, (i in.), *Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial*, „Journal of psychopharmacology” 2016, vol. 30(12), s. 1165–1180. David Nutt (głośny psychofarmakolog i psychiatra) dowodził, że alkohol jest bardziej szkodliwy dla społeczeństwa niż heroina i kokaina, a ecstazy mniej niebezpieczne niż jazda konna. D. Nutt, *Government vs science over drug and alcohol policy*, „The Lancet” 2009, vol. 374 (9703), s. 1731–1733.

Te zastrzeżenia wobec postpsychiatrii potwierdzają prowadzone w jej ramach analizy moralnej winy⁸⁸. Uwzględnia się zarówno nadmierne poczucie winy, winę nieuzasadnioną oraz brak poczucia winy. Zwróćmy jednak uwagę, że tym samym umieszcza się moralną winę w ramach obiektywnej, a nie tylko subiektywnej rzeczywistości. Cóż to bowiem jest „nadmierna” wina, czy winienie siebie za zło niepopelnione? W jednym i drugim przypadku ustawia się przeżycie winy nie w relacji do żywionych przez podmiot subiektywnych chęci i subiektywnych przekonań, ale w relacji do obiektywnej rzeczywistości. O „nadmiernym” poczuciu winy wprawdzie można mówić także w relacji do własnych pragnień, ale nie ma to sensu, jeśli zarzuca się komuś brak poczucia winy. Taki zarzut postawić można tylko na gruncie założenia, iż dokonane moralne zło jest niezgodnością nie tyle z własnymi chęciami i własnymi przeżyciami, ale – z transcendentną wobec nich rzeczywistością. A zatem także postpsychiatria nie może się obejść bez pojęcia *moral insanity* (nagannego braku poczucia moralnej winy). Jakże bowiem taki zarzut postawić komukolwiek, jeśli poczucie winy odnosiłoby się tylko do własnych umysłowych konstruktów i własnych chęci? Postmodernistyczne założenia pozostają zatem w niezgodności z faktami moralnymi, stwierdzanymi także przez postpsychiatrów. Jeśli tej niezgodności oni sami nie identyfikują, to trzeba także postpsychiatrię uznać za narzędzie społecznej kontroli i represji. Obwiniając kogoś o moralną ślepotę, czyli brak poczucia moralnej winy, konsekwentny swoim założeniom postpsychiatra pozostaje tylko narzędziem jakiś subiektywnych chęci – własnych i społecznych – a nie kimś, kto służy obiektywnemu dobru pacjenta.

A zatem „postpsychiatria” nie jest ciągiem dalszym „antypsychiatrii” – jak czasami się twierdzi – ale konsekwentnym rzecznikiem redukcji problemów psychiatrycznych do problemów biologicznych i psycho-społecznych. Jeśli jednak problemy psychiatryczne to w pierw problemy moralne, czyli nierozwiązane własne problemy z obiektywnym dobrem i złem moralnym – jak wskazywał np. A. Kępiński – to zatem postpsychiatria wpisuje się (pomimo deklaracji) w nurt redukcjonistycznej psychiatrii: redukującej *humanum* do czegoś poniżej ludzkiego (lub powyżej ludzkiego).

5. Psychiatryzacja moralnej winy

Najczęściej rozważanym przypadkiem „psychiatryzacji” jest traktowanie przedłużającego się smutku (co zwano wcześniej melancholią) jako choroby „depresji”, wymagającej psychofarmakoterapii⁸⁹. Wielu badaczy jednak twierdzi, że rozpowszechniane wieści o zagrażającej wszystkim, o nieznanym przyczynach, globalnej epidemii depresji są w pierw efektem presji potężnych firm farmaceutycz-

⁸⁸ B. de Barbaro, *Poczucie winy. Perspektywa psychiatry i psychoterapeuty*, „Teologia i moralność” 2015, vol. 10, nr 2(18).

⁸⁹ Zob. M. Nowakowski, *Medykalizacja.....*, op. cit.; Por. B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, dz. cyt., s. 241–242.

nych⁹⁰, poszukujących dróg zbytu swoich produktów, oraz usługowych wobec nich środowisk medycznych⁹¹. Odnotowuje się także presję szerokich mas spragnionych łatwego i szybkiego pozbycia się bolesnych przeżyć⁹². Będąc istotą cielesną, a zarazem rozumną i wolną, człowiek przeżywa także doświadczenie smutku, pojawiającego się wraz z poczuciem jakiegoś „osaczenia” przez zło. Różnego rodzaju zło, ale wpieryw zło moralne, polegające na niezgodności własnych czynów z własnym człowieczeństwem. Poczucie zejścia poniżej tego poziomu rodzi doświadczenie moralnej winy. Jej elementem jest poczucie smutku wobec własnego moralnego zła, zwłaszcza wtedy, kiedy mamy przekonanie, iż nie jesteśmy w stanie się go pozbyć. Ten egzystencjalny smutek towarzyszy całym dziejom człowieka, ale staje się szczególnie wyrazisty w życiu społecznym w epokach mega zbrodni. Za

⁹⁰ Ale jak ograniczyć funkcjonowanie finansowego giganta? W USA jest to najbardziej zyskowny przemysł, bo w 2003 roku generował rocznie 18% zysku, a najbardziej dochodowe są leki antydepresyjne (podaje się je także zwierzętom). Tamtejszy urząd ds. kontroli leków (FDA) kontroluje 25% amerykańskiej ekonomii, a 20% budżetu FDA pochodzi od firm farmaceutycznych (w 2007 roku było to 305 mln dolarów; czy zatem kontrolują samych siebie?). Podają za: B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit., s. 245. Por. M. Angell, *Prawda o firmach farmaceutycznych. Jak nas oszukują i co z tym robić*, „Suplement do „Aptekarza”” 2005, vol. 13. Marcia Angel była dwie dekady wydawcą „The New England Journal of Medicine”. Wskazując, że przemysł farmaceutyczny to 200 miliardowy (w dolarach) kolos (tyle Amerykanie wydali na leki na receptę w 2002 roku) stawia pytanie: „Co robi 800-funtowy goryl? Wszystko, co zechce. Co jest prawdą o 800-funtowym gorylu, jest prawdą o kolosie, którym jest przemysł farmaceutyczny. On też robi to, co chce. Przełomowym był rok 1980. Przedtem to był dobry biznes, ale później – fantastyczny. W latach 1960–1980 sprzedaż leków była dość statyczna jako procent produktu krajowego brutto. Później, od 1980 do 2000 r. – potroiła się” (ibidem, s. 9). O trudnościach z koncernami farmaceutycznymi może świadczyć sytuacja tzw. mafii lekowej w Polsce, a w tym zawirowania wokół Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, ustawy farmaceutycznej (ostatnia nowelizacja w 2019 roku, na użytek walki z mafią lekową) oraz „gangu przebierańców”....

⁹¹ Zdaniem M. Nowakowskiego „Z lektury publikacji zajmujących się praktykami „marketingowymi” firm farmaceutycznych wylania się dość niepokojący obraz psychiatrii jako skorupowanej dyscypliny naukowej” (M. Nowakowski, *Medykalizacja*, op. cit., s. 160). Szczegółowa prezentacja aktywności branży farmakologicznej na rzecz nie tyle leczenia ale własnych interesów: ibidem, s. 160–166. Zdaniem polskiego socjologa „firmy farmaceutyczne przekształcają zaburzenia, manipulują kryteriami, przekształcają rozumienie i postawy opinii publicznej poprzez wykorzystywanie ekspertów, grupy pacjentów i mediów po to by osiągnąć jak najwyższą sprzedaż swoich leków” (ibidem, s. 177). Ten sam obraz Big Pharma mamy w wielu innych głośnych książkach Por. D. Heavy, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, University Press, New York 2004; por. idem, *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard 1999.

⁹² Por. R. Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York 2010; por. A. Horwitz, J. Wakefield. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, New York 2007; Por. D. Heavy, *An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress? “Perspectives in Biological Medicine”* 2008, vol. 51(2), s. 238–250; por. idem, *Pharmageddon*, University of California Press, Berkeley 2012; Por. C. Lane, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale 2007; Por. M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach*, op. cit., s. 135; Por. D. Rancew-Sikora, *W poszukiwaniu społecznej koncepcji depresji*, „Studia socjologiczne PAN” 2012, vol. 3 (206), s. 81–104.

nami straszliwe wojny światowe, zbrodnicze totalitarne systemy, holocaust, legalna aborcja i eutanazja. Nic zatem dziwnego, że epokę „ponowoczesności” określa się „wiekiem melancholii”⁹³. Z tego egzystencjalnego doświadczenia uczyniło się jednak jedną z chorób (zaburzeń) psychicznych, którą należy leczyć przy pomocy „antydepresantów”.

Ale wskazuje się – dosyć powszechnie – na niewystarczalności kryteriów diagnostycznych depresji. Stosuje się na całym świecie zwłaszcza amerykańskie kryteria, określone w DSM⁹⁴. W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przyjęło trzecią wersję tego podręcznika (DSM-III) wprowadzającą rewolucyjne zmiany (dzisiaj mamy już DSM-5⁹⁵). Zwraca się uwagę nie tylko na merkantylne i ideologiczne powody wprowadzenia tych zmian⁹⁶, ale także na ich absurdalne konsekwencje: poważne potraktowanie tych DSM-psychiatrycznych kryteriów z DSM-III oznaczałoby, że np. połowa społeczeństwa brytyjskiego jest chora psychicznie i wymaga stosowania leków psychiatrycznych. Wystarczy zresztą bliżej przyjrzeć się podanym w tym podręczniku kryteriom rozpoznawania depresji, aby zorientować się w ich przypadkowości i arbitralności. Nic zatem dziwnego, że nestor polskiej psychiatrii, wieloletni główny konsultant krajowy w tej dziedzinie nauki, twierdzi, że konieczne jest „opracowanie bardziej wiarygodnych systemów klasyfikacyjnych i kryteriów rozpoznawania zaburzeń psychicznych”⁹⁷. Zdaniem także B. de Barbaro „diagnostyka psychiatryczna wbrew oczekiwaniom (oczekiwaniom psychiatrów i oczekiwaniom społecznym kierowanym do psychiatrów) nie jest oparta na „prawdzie obiektywnej”, lecz jest *de facto* zbiorem konstruktów społecznych, być może stopniowo doskonalonych, być może niekiedy wspieranych obiektywizującymi badaniami dodatkowymi, być może coraz bardziej użytecznych, ale w swojej istocie zanurzonych w kulturze, polityce, ekonomii i grze rynkowej. (...) psychiatrzy nie dysponują zadowalającymi metodami, które prowadziłyby do jednoznacznej diagnozy. (...) diagnostyka psychiatryczna jest w swojej istocie konstruktem społecznym, powstającym procesualnie, mocą społecznych uzgodnień, a nie – jakby tego oczekiwali specjaliści od biologii i fizyki – mocą odkryć nauko-

⁹³ Por. D. G. Blazer, *The Age of Melancholy: Major Depression and its Social Origins*, London 2005 (Routledge).

⁹⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Aktualna jest wersja DSM-5 z 2013 roku. Jest oczywiście także ICD-10 Światowej Organizacji Zdrowia.

⁹⁵ Krytykowany jest nawet przez twórców wersji DSM-IV.

⁹⁶ Szczegółowe przedstawienie rozwój wydarzeń związanych z przyjęciem DSM-III w 1980 roku (co zmieniło oblicze nie tylko amerykańskiej ale i światowej psychiatrii): zob. M. Nowakowski, *Medykalizacja*, op. cit., s. 140–151. Por. tenże, *Zmedykalizowana psychiatria jako przykład „geokultury”?*, op. cit., s. 40n. Polski socjolog relacjonuje również wsparcie medialne na rzecz psychiatryzacji uczucia smutku, jak i niepotwierdzonej (ale lansowanej przez firmy farmaceutyczne i usługowych wobec nich psychiatrów) teorii nierównowagi chemicznej w mózgu jako rzekomej przyczyny depresji (zob. idem, *Medykalizacja*, op. cit., s. 154–15.). Piąta wersja DSM (DSM-5) wzbudziła jeszcze większy sprzeciw w środowisku psychiatrów, ponieważ zwykły smutek z powodu śmierci bliskiej osoby także został uznany za „dużą depresję” (major depression). Por. Z. Bauman, *Żyjąc w czasie pożyczonym*, Kraków 2000, s. 267.

⁹⁷ S. Plużański, op. cyt., s. 8.

wych⁹⁸. Stąd też do zdiagnozowania „depresji” dzisiaj wystarczy lekarz pierwszego kontaktu, już podczas pierwszej, półgodzinnej wizyty, mogąc w dodatku wypisać receptę na antydepresanty. Ale do czasu ich wprowadzenia na rynek (najpierw Prozac w USA w 1988 roku) psychiatria uważała depresję kliniczną za chorobę rzadką, samorzutnie ustępującą w ciągu 12 miesięcy. A dzisiaj mowa już o epidemii,⁹⁹ w tajemniczy sposób szerzącej się, wymagającej podawania antydepresantów (SSRI)¹⁰⁰ nawet nastolatkom¹⁰¹, a zwłaszcza osobom starszym¹⁰².

Zainteresowanie szerokich mas diagnozą u siebie depresji tłumaczone jest kondycją moralną „ponowoczesności”. Szerzące się poczucie moralnej winy – spychanej nieraz w podświadomość, w rozmaity sposób maskowanej – winy, z którą nie wiadomo jak sobie poradzić, rodzi zapotrzebowanie na farmakologiczne pozbycie się ciężaru egzystencjalnego smutku z powodu własnego moralnego zła¹⁰³.

⁹⁸ B. de Barbaro, *Dylemat psychiatrii: „zły czy szalony”*, „Psychiatria” grudzień 2014–luty 2015, nr 7 s. 14–15.

⁹⁹ Wedle WHO w 2012 roku 350 mln ludzi miało chorować depresję (WHO, *Depression A Global Crisis* 2012).

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne podaje, że w Polsce 3% mieszkańców (ok. 94 5000) ma chorować na depresję, co pochłania miliard PLN rocznie. Twierdzi się, że 2020 roku ma być, po chorobach układu krążenia, pierwszą przyczyną zachorowań u kobiet i drugą u mężczyzn.

¹⁰⁰ Zjawisko nadużywania antydepresantów jest wielokrotnie opisane w naukowej literaturze. W USA w 2004 roku wypisano 230 mln recept na antydepresanty (B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja*, op. cit., s. 241). W 1997 roku wydali na leki przeciwdepresyjne 5, 1 miliarda dolarów, a w 2007 – 13, 5 mld. Większość tych recept pochodzi od lekarzy pierwszego kontaktu. Sytuacja podobna w Kanadzie: ME. Hemels, G. Koren, *Einarson TR, Increased use of antidepressants in Canada: 1981–2000*, „Annals of Pharmacotherapy” 2002, vol. 36(9), s. 1375–9. W Wielkiej Brytanii w ciągu dziesięciu lat (2006–2016) aż dwukrotnie zwiększyła się liczba ich użytkowników, bo w 2015 roku wystawiono 61 mln recept. Raport na ten temat: R. Spence, A. Roberts, C. Ariti, M. Bardsley, *Focus On: Antidepressant prescribing. Trends in the prescribing of antidepressants in primary care*, [w:] Quality Watch [on-line]. Nuffield Trust/Health Foundation, 2014. Polska „dogania” w ekspresowym tempie europejską „czołówkę”. W 2001 roku apteki wydały ok. 10 milionów opakowań antydepresantów; w 2008 roku – 13 mln.; w 2013 r. już 19 mln.; w 2017 – 21, 1 mln opakowań, co oznacza, że 1,76 mln Polaków używa antydepresantów. Jest to rynek rzędu 346,2 mln złotych rocznie. Większość tych recept wypisywanych jest przez lekarzy pierwszego kontaktu. W UK w ciągu dziesięciu lat (2006–2016) aż dwukrotnie zwiększyła się liczba ich użytkowników, bo w 2015 wypisano na nie 61 mln recept. Polska dogania w ekspresowym tempie europejską czołówkę. W 2001 roku apteki wydały ok. 10 milionów opakowań antydepresantów. W 2008 roku 13 mln. W 2013 r. już 19 mln; w 2017 21, 1 mln opakowań, co oznacza, że 1,76 mln Polaków używa antydepresantów. Aktualnie Polacy wydają na nie 551 mln zł rocznie.

¹⁰¹ W USA „leczy się” na depresję – przy pomocy antydepresantów – 11 mln dzieci poniżej 18 roku życia, w tym 3 mln poniżej 11 roku (za CBN News). 9% amerykańskich nastolatków zażywa antydepresanty (za: B. de barbaro, *Medykalizacja*, dz. cyt., s. 242).

¹⁰² Twierdzi się, że depresja to choroba 15% wszystkich osób powyżej 65 roku życia. D. Dudek, A. Zięba, M. Siwek, A. Wrobel, *Depresja*, [w:] T. Grodzidzki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Gdańsk 2006, s. 108–109.

¹⁰³ Tezę tę w różny sposób się formułuje, w rozmaitym języku. Zdaniem M. Wiczorkowskiej proces psychiatryzacji jest przedstawiany jako „wypieraniu czy też zastępowaniu religii ujmowanej jako dominująca ideologia i instytucja kontroli społecznej instytucją medycyny i jej wartościami (...) W ten sposób człowiek przestał być zły, grzeszny, a stał się chory. Analiza historycznego podejścia

Dlatego też szeroką akceptację zyskało stosowanie antydepresantów nie tylko w celach leczniczych, ale także jako „farmakologiczną kosmetykę”¹⁰⁴. Smutek z powodu moralnej winy jest najpoważniejszy spośród wszystkich trapiących nas rozmaitych smutków. Dotyczy bowiem zła, którego jesteśmy sprawcami i zła związanego z naszym człowieczeństwem, a tym jest moralne zło: złem człowieka jako człowieka, człowieka w jego istocie. Globalne zapotrzebowanie na „pigułkę szczęścia” wynika zatem wpieryw ze współczesnej, zatrważającej kondycji moralnej. Ale nie tylko.

Głównym problemem ponowoczesności jest nie tylko rozmiar moralnej winy doskwierającej homo consumens¹⁰⁵. Paraliżujący smutek z jej powodu pojawia się dopiero wraz z przekonaniem, że moralnego zła nie jesteśmy w stanie przezwyciężyć. Ponowoczesność nie daje takiej nadziei również z tego powodu, iż rozpowszechniony dzisiaj sposób myślenia (postmodernizm) kwestionuje możliwość poznania jakiegokolwiek obiektywnej prawdy, a poczucie moralnej winy uważa koniec końców za konstrukt społeczny. To zatem nad „ponowoczesnością” należy umieścić napis – z wejścia do piekła w „Boskiej komedii” – „Porzucicie wszelką nadzieję”. Stąd też sympatyzujący z postmodernizmem autorzy twierdzą, że na jego gruncie nie da się zanegować „kosmetycznego” stosowanie antydepresantów. Zdaniem np. Z. Melosika „Jeśli przyjmiemy (czego nie akceptuję), że istnieje coś takiego jak <autentyczna jaźń>, to wówczas prozak w sposób oczywisty prowadzi do jej chemicznego zniekształcenia. Jeśli uznamy, iż jaźni takiej nie ma i jej istnienie zależy od konkretnych warunków socjalizacyjno-biograficznych, w jakich przebiega życie jednostki, wówczas można uznać po prostu, że prozak jest jednym z czynników owe warunki kształtującym”¹⁰⁶, a zatem czymś właściwym. Podaje

do choroby wskazuje na prawdziwość tezy, że sekularyzacja umożliwiła medykalizację. Wedle podejścia metafizyczno-obwiniającego, choroba jest karą za grzechy zesłaną przez Boga, nieczystością w sensie fizycznym i moralnym. Podejście to wyjaśniało chorobę w kategoriach moralnych, winę za jej istnienie ponosiła grzeszna jednostka. Religijny.” (M. Wieczorkowska, *Medykaliizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, op. cit., s. 35. Z. Melosik spogląda na to zjawisko od strony neoliberalnej koncepcji życia społecznego, gdzie liczy się nade wszystko sukces. Wszystko zatem, co przeszkadza temu sukcesowi, bo np. obniża samoocenę, jest eliminowane, także farmakologicznie. „Pigułka szczęścia” (tak określa się Prozac, pierwszy antydepresant).

¹⁰⁴ „Powszechność spożycia Paxilu [jeden z antydepresantów – M. Cz.] liczona w przychodach ze sprzedaży – ponad 2 mld. dolarów w USA – ujawnia, że jest to produkt farmaceutyczny, który z celem terapeutycznym niewiele ma wspólnego, chyba że przyjmie się, że SAD [social anxiety disorder] jest zaburzeniem psychicznym o powszechnym występowaniu” (J. Barański, op. cit., s. 158). Twierdzi się, że jedna czwarta pacjentów przyjmuje leki antydepresyjne bez diagnozy psychiatrycznej (zob. D. Rancew-Sikora, op. cit., s. 85).

¹⁰⁵ Jest oczywiście zjawisko tzw. moralnej ślepoty, zauważanej od samego początku dziejów etyki (dość przypomnieć sobie Arystotelesa analizę różnicy pomiędzy nieopanowaniem a nieumiarkowaniem. W tym ostatnim przypadku uleganie moralnemu złu nie budzi niepokoju jego podmiotu. Nie uzgadniając własne czyny z własnym rozumem szybko zaczyna się naginać rozum (sumienie) do własnych czynów (własnej moralnej słabości). Ale spychana w podświadomość moralna wina irracjonalnym smutkiem (lub hałaśliwą wesołkowatością) wsącza się w świadomość samego siebie.

¹⁰⁶ Z. Melosik, *Rekonstrukcje szczęścia*, op. cit., s. 126.

jednak powód odrzucenia „kosmetycznego” użycia „pigułki szczęścia”: ma ona „prowadzić do <beźmyślnej adaptacji> człowieka do warunków neoliberalnego współzawodnictwa”. Ta negatywna ocena neoliberalnego ideału odwołuje się do koncepcji człowieka, na gruncie której „cierpienie, czy nawet neurotyczność, stanowią integralny komponent <kondycji ludzkiej> i ich chemiczne wymazywanie zubaża tożsamość”¹⁰⁷. Autor zatem – wbrew zadeklarowanej postmodernistycznej negacji „esencjalizmu” – przyjmuje tezę o obiektywnej ludzkiej naturze (istocie), którą zawsze i wszędzie należy respektować, a do tej natury człowieka zalicza wyrastanie ponad kategorię sukcesu społecznego. Ale ostatecznie autor pozytywnie ocenia „kosmetyczną psychofarmakologię”, bo jakoby niemożliwa jest taka przemiana warunków społecznych, aby jednostki „nie potrzebowały takich tabletek szczęścia” (...), jeśli nie można zmienić rzeczywistości jako takiej, to można zmienić jej sposób postrzegania i reagowania na nią”¹⁰⁸. Zaważyła na tym ostatecznym rozwiązaniu postmodernistyczna negacja ludzkiej wolności, czyli traktowanie człowieka jako tylko marionetki warunków biologiczno-społecznych. Psychofarmakologia jest wybawieniem w świecie „płynnej nowoczesności”¹⁰⁹, czyli świecie pozbawionym obiektywnych, koniecznych i niezmiennych poznawczych punktów oparcia; oraz świecie pozwalającym tylko na płynięcie z prądem społecznych oczekiwań i własnych biopsychicznych pragnień. Nic zatem dziwnego, że w globalnym i totalitarnym świecie – opisywanym przez A. Huxleya w „Nowym wspaniałym świecie” – „pigłka szczęścia” („soma”) jest tam obowiązkowa, a definiowana jest jako... „chrześcijaństwo bez cierpienia”.

Ale także biologiczna psychiatria nie daje nadziei na przezwycięzenie cierpienia z powodu własnej moralnej winy, czyli sprzeniewierzenia się własnemu człowieczeństwu. Ten model psychiatrii z konieczności pomija aspekt moralny ludzkiego życia, a zatem i nasze człowieczeństwo, na straży którego – jak wyjaśniłem – stoją zasady moralne. Swoiste moralne dobro i zło – a zatem specyficzna moralna wina – nie mogą być uchwycone na gruncie nauk szczegółowych posługujących się uogólnianiem danych spostrzeżenia zmysłowego. Wartości i normy moralne nie są przedmiotem takiego sposobu poznania, chyba że się je sprowadzi do jakiś wartości pozamoralnych (zmysłowo uchwytnych przyjemności i przykrości). Na gruncie zatem biologicznej psychiatrii pojęcia dobra i zła moralnego – czyli pojęcia dotyczące stanu naszego własnego człowieczeństwa – nią znajduje miejsca, a nawet traktuje się poczucie winy jako przejaw patologii człowieczeństwa (alienację). Lekarz nie jest jednak w stanie pomóc Lady Makbet. Utrzymujące się dłużej poczucie winy zbiologizowana psychiatria traktować musi jako chorobę depresji¹¹⁰. Trzeba się jednak pytać, czy nie jest to raczej element

¹⁰⁷ Ibidem, s. 126.

¹⁰⁸ Ibidem, s. 126–127.

¹⁰⁹ Zob. Z. Bauman, *Płynna nowoczesność*, Kraków 2006. Por. idem, *Płynne życie*, Kraków 2007.

¹¹⁰ Wielokrotnie ostrzega się przed taką redukcją. Zob. np. A. Horwitz, J. Wakefield, *The Loss of Sadness*, Oxford University Press, New York 2007. Przegląd wybranej historii pojmowania melancholii mamy w antologii: J. Radden, *The Nature of Melancholy from Aristotle to Kristeva*, Oxford University Press, New York 2000.

konieczny dla człowieka jako homo ethicus, istoty będącej z konieczności w polu dobra i zła moralnego? Ale jest to dobro i zło nieuchwytnie narzędziami nauk szczegółowych.

Dopiero prawdziwie „humanistyczna” psychiatria – w sensie powyżej doprecyzowanym – jest w stanie zmierzyć się z problemami cierpienia psychicznego osoby ludzkiej, w tym także z trapiącym „ponowoczesny” świat egzystencjalnym smutkiem¹¹¹. Skoro humanistyczna psychiatria otwarta jest na szczególną ontyczno-egzystencjalną pozycję człowieka, to tym samym jest w stanie zdiagnozować osobowy sens każdego zaburzenia psychicznego.

Jeśli jednak wciąż przeważają w praktyce psychiatrycznej, polityce społecznej i panującej mentalności biologiczny i postpsychiatryczny modele psychiatrii, to z tego źródła musi wyłaniać się nowa biotyrania. Aplikowanie wszystkim „pigulki szczęścia” – przez odpowiednie urzędy mające na celu „ochronę zdrowia”, w celu zahamowania światowej epidemii depresji i stąd wynikającego także globalnego kryzysu ekonomicznego – to wyłączenie obywatelom „postnowoczesności” ich własnego człowieczeństwa. Człowieczeństwa z konieczności w polu dobra i zła moralnego. Farmakologiczne wymazanie egzystencjalnego smutku z powodu własnego moralnego zła (moralnej winy) to proces grabieży człowieka w jego swoistej, nadrzędnej pozycji jako „homo ethicus”. Już piszą socjologowie medycyny o „świecie jako klinice”, klinice wpiętej w psychiatrię. W takim psychofarmakologicznym świecie „chodzi się” na wybory, „głasuje się”, „uśmiecha się” – ale nie mocą własnej sprawczości, tylko mocą jedwabno-stalowego uścisku zasady „robi się”. Nikomu nie wydaje się, że można działać i należy działać. W tym wybudzeniu nie pomoże zideologizowana psychiatria. Ale to nie jedyny „agent wpływu” ukrytego Lewiatana, a on sam to nie dyktator klasycznej tyranii, tylko nieuchwytna, nieidentyfikowalna w pełni, a jednak realna władza, karmiąca się mocą ludzkich moralnych słabości, a zwłaszcza ustawianiem człowieka „poza dobrem i złem”. To jednak temat na dalsze rozważania.

6. Zakończenie

Okazało się, że wielokrotnie wyrażane ostrzeżenie przed nową „psychofarmakotyrią” ma swoje rzeczowe podstawy. Prowadzą ku niej z konieczności wpięte globalne procesy „medykalizacji”, „psychiatryzacji” i „psychofarmakologizacji”. Dotyczą one nie jakiegoś peryferium człowieka, ale samego naszego człowieczeństwa (istoty człowieka), bo sprowadzają problemy moralne – a tylko te dotyczą człowieka jako człowieka – do problemów zdrowotnych, „leczonych” psychofarmaceutykami. Prowadzi to zmian w funkcjonowaniu człowieka w jego człowieczeństwie, bo modyfikuje działanie ludzkiego rozumu, woli i uczuć. Identyfikacja tej manipulacji – kluczowa wpięta dla etyki, zajmującej się dobrem i złem moralnym, czyli dobrem i złem człowieka jako człowieka – jest jednak utrudniona, czy nawet uniemożli-

¹¹¹ Por. A. Kępiński, *Melancholia*, Kraków 2001.

wiona na gruncie rozpowszechnionych dzisiaj modeli psychiatrii, dogmatycznie zamkniętych na klasyczną antropologię filozoficzną i klasyczną etykę. Pokazałem ten antropologiczny i etyczny redukcjonizm u podstaw rozpowszechnionej w środowiskach psychiatrycznych (ale nie wszystkich) akceptacji psychofarmakologicznej manipulacji masami, jakoby dla ratowania ich zdrowia (zwłaszcza przed epidemią depresji) i „poprawienia” jakoby ułomnego człowieczeństwa.

W takiej pozycji jest wprawdzie tzw. zmedykalizowana psychiatria (biologiczny model psychiatrii), redukująca problemy psychiczno-duchowe człowieka do zaburzeń procesów biologicznych (zwłaszcza zachodzących w mózgu). Wtedy też nie widać powodu, aby nie „poprawić” ich funkcjonowania – czyli „poprawić” nasze człowieczeństwo – lekami psychiatrycznymi.

Z kolei „postpsychiatria”, opierając się na założeniach postmodernizmu, przypisuje człowiekowi moc społecznego kreowania samego siebie, bo jakoby nie istnieje jakaś „esencja” człowieka, a w każdym razie nie jest możliwe odczytania ogólnie ważnej prawdy na temat stałego i niezmiennego człowieczeństwa. Zgodnie z tymi założeniami postuluje się poddanie wszystkich panującemu (lokalnemu) projektowi społecznemu, a zatem terapia psychiatryczna to uzgadniania pacjenta/klienta z jego własnymi pragnieniami i autoprojektami, ale w ramach panujących w danym społeczeństwie przekonań aksjologicznych.

Raz jeszcze widzimy słuszność zasady „extrema iunguntur”: postpsychiatria znajduje swojego sojusznika w redukcjonistycznej biopsychiatrii, i vice versa. Ale i tzw. humanistyczny model psychiatrii musi być każdorazowo doprecyzowany, bo sama wiedza psychologiczna i socjologiczna nie są jeszcze wiedzą o istocie człowieka, bez czego nie ma mowy o prawdziwym humanizmie. Taką wiedzą jest dopiero antropologia filozoficzna, ale w klasycznym jej rozumieniu, czyli nauka badająca istotę człowieka i jego konieczne uwarunkowania. Bez tak rozumianej antropologii filozoficznej nie ma mowy, aby precyzyjnie zidentyfikować zarówno przejawy manipulacji psychiatrycznej („psychiatryzację”), jak i zabezpieczyć się przed nimi. Ta wiedza antropologiczna ma jednak swój przekład etyczny, bo klasyczna etyka jest antropologią normatywną. Dobro i zło moralne – przedmiot etyki – to bowiem dobro i zło człowieka w jego człowieczeństwie (istocie). Psychiatria bez antropologii filozoficznej i etyki (klasycznie rozumianej, bo są także inne jej modele) nie może być psychiatrią prawdziwie humanistą (personalistyczną), nie może zatem pomóc cierpiącemu człowiekowi, ale musi służyć różnym interesom.

Otworzyła się zatem droga do kolejnego etapu analiz, które tu tylko zapowiedziałem. Psychofarmakologiczna manipulacja ludzką naturą – rozumnością i wolnością człowieka – dotycząca dzisiaj całego świata, musi mieć przekład w stanie współczesnej organizacji politycznej: z obywateli czyni uległe narzędzia totalitarnego procesu. Systemu totalitarnego (różny od tradycyjnej tyranii), bo poddającego wszystkich psychofarmakologicznej „ucieczce od wolności” (E. Fromm) w kierunku interesów rozmaitych moralnych słabości, doskwierających ponowoczesnemu człowiekowi.

Bibliografia

- Abraham A., *Pharmaceuticalization of society in context. Theoretical, empirical and health dimensions*, „Sociology” 2010, vol. 44 (4).
- Angell M., *Prawda o firmach farmaceutycznych. Jak nas oszukują i co z tym robić*, „Suplement do „Aptekarza”” 2005, vol. 13.
- Barański J., *Medykalizacja zachowań społecznych, czyli o utopii szczęśliwej duszy*, „Studia Philosophiae Christianae” 2010, vol. 46 (2).
- Barbaro B., *Dylemat psychiatrii: „zły czy szalony”*, „Psychiatria” grudzień 2014–luty 2015, nr 7.
- Barbaro B., *Po co psychiatrii postmodernizm*, „Psychoterapia” 2007, vol. 3 (142).
- Barbaro B., *Poczucie winy. Perspektywa psychiatri i psychoterapeuty*, „Teologia i moralność” 2015, vol. 10, nr 2(18).
- Barbaro B., *Postpsychiatria: surowy krytyk nowoczesnej psychiatrii*. „Psychiatria po dyplomie” 2007, vol. 6.
- Barber Ch., *Comfortably Numb: How Psychiatry Is Medicating a Nation*, 2008.
- Baudrillard J., *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Wyd. Sic!, Warszawa 2006.
- Bauman Z., *Płynna nowoczesność*, Kraków 2006.
- Bauman Z., *Płynne życie*, Kraków 2007.
- Bauman Z., *Żyjąc w czasie pożyczonym*, Kraków 2000.
- Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria–podręcznik dla studentów medycyny*, PZWL, Warszawa 2013.
- Bińczyk E., *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, [w:] Piątkowski W.(red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- Blazer D. G., *The Age of Melancholy: Major Depression and its Social Origins*, London 2005.
- Bracken P., Thomas P., *Postpsychiatry: A new direction for mental health*, „British Medical Journal” 2001, vol. 322.
- Bracken P., Thomas P., *Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world*, Oxford University Press, Oxford UK 2005.
- Broome M., Bortolotti L., *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*, Oxford 2009.
- Chrzastowski Sz., Barbaro B., *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- Conrad P., Schneider W. J., *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Philadelphia 1992.
- Conrad P., *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Condition into Treatable Disorders*, Baltimore 2007.
- Czachorowski M., *Biolaw and psychopharmacotherapy*, „Studia z zakresu nauk prawnoustrojowych. MISCELLANEA” 2018, VIII, z. 2.
- Czachorowski M., *Prawa człowieka a rewolucja psychofarmakologiczna: prawo człowieka do wolności sumienia* [w druku].
- Czachorowski M., *Spisek przeciwko starości?*, „Ateneum Kapłańskie” 2019, vol. 3(661), t. 172.

- Czerniak S., Szahaj A. (red.), *Postmodernizm a filozofia. Wybór tekstów*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1996.
- De Barbaro B., *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, [w:] de Barbaro B. (red.), Konteksty psychiatrii, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- de Barbaro B., *Tożsamość psychiatrii*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2010, Vol. 19, nr 4.
- DeGrazia D., *Prozac, Enhancement, and Self-Creation*, “Hastings Center Report” 2000, vol. 30(2).
- Derrida J., *Cogito i historia szaleństwa*, tłum. T. Komendant, “Literatura na Świecie” 1988, nr 6.
- Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] Piątkowski W., Brodński W. A. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, WSSG, Tyczyn 2015.
- Double D., *Critical Psychiatry. The Limits of Madness*, Palgrave Macmillan, Basingstoke 2006.
- Dudek D., Zięba A., Siwek M., Wrobel A., *Depresja*, [w:] Grodzidzi T., Kocemba J., Skalska A. (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Gdańsk 2006.
- Elliott C., *The Tyranny of Happiness: Ethics and Cosmetic Psychopharmacology*, [w:] Parens E. (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Georgetown University Press, Washington 1998.
- Featherstone M., *Consumer Culture and Postmodernism*, London 1991.
- Flaherty P., *(Con)textual Contest: Derrida and Foucault on Madness and the Cartesian Subject*, “Phil Soc Sci”, 16,157–175.
- Foucault M., *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979*, PWN, Warszawa 2012.
- Foucault M., *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.
- Fukuyama F., *Koniec człowieka*, Kraków 2004.
- Habermas J., *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, tłum. M. Łukasiewicz, Warszawa 2003.
- Healy D., *Pharmageddon*, University of California Press, Berkeley 2012.
- Healy D., *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard 1999.
- Healy D., *An Epidemic of Depression or the Medicalization of Distress?* “Perspectives in Biological Medicine” 2008, vol. 51(2).
- Healy D., *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, University Press, New York 2004.
- Healy D., *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Harvard 1999.
- Hemels M. E., Koren G., *Einarson TR, Increased use of antidepressants in Canada: 1981–2000*, „Annals of Pharmacotherapy” 2002, vol. 36(9).
- Horwitz A., Wakefield J., *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*, New York 2007.
- <https://kopalniawiedzy.pl/woda-pitna-zanieczyszczenie-farmaceutyki-USA-Norwegia-Szwajcaria-Kanada-Filadelfia,4450>
- <https://www.tvp.info/39875607/australijskie-rzeki-zanieczyszczone-lekami>
- Iliopoulos J., *Foucault's Notion of Power and Current Psychiatric Practice*, “Philosophy, Psychiatry, & Psychology” 2012, vol. 19(1).

- Illich I., *Limits to Medicine Medical Nemesis, The Expropriation of Health* 1976.
- Illich I., *The Medicalization of life*, "Journal of Medical Ethics" 1975, vol. I.
- Ingleby D. (ed.), *Critical Psychiatry: The limits of madness*, Palgrave Macmillan, New York 1980.
- Jacyno M., *Medykalizacja dzieciństwa i możliwość jego powtórnego zaczarowania*, [w:] Dudzikowa M., Czerepaniak -Walczak M. (red.), *Wychowanie. T. 1. Pojęcia – procesy – konteksty*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2007.
- Janik B., *Program Erica Kandela a materializm nieredukcjonistyczny*, „Zagadnienia Filozoficzne w Nauce” 2012, vol. LI.
- Jaroszyński P., *Nauka w kulturze*, Radom 2004.
- Johnson E., *Introduction: Glocal pharmaceuticalization*.
- Johnson E., Sjögren E., Åsberg C., *Glocal Pharma. International brands and the imagination of local masculinity*, New York 2016.
- Józefik B., *Psychoterapia jako dyskurs kulturowy*, „Psychiatria Polska” 2011, tom XLV, nr 5.
- Kamiński Ł., *Nowy wspaniały żołnierz. Rewolucja biotechnologiczna i wojna w XXI wieku*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2014.
- Kandel E., *A new intellectual framework for psychiatry*, „American Journal of Psychiatry” 1998, vol. 155(4).
- Kandel E., *Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited*, „American Journal of Psychiatry” 1999, vol. 156(4).
- Kapusta A., *Michela Foucaulta krytyka psychiatrii*, „Zagadnienia Naukoznawstwa” 1999.
- Kapusta A., *O roli myślenia technologicznego w psychiatrii współczesnej*, „Diametros” 2015, nr 44.
- Kapusta A., *Spór o pojęcie choroby psychicznej*, [w:] Różyńska J., Chańska W. (red.), *Bioetyka*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2003.
- Kapusta A., *Szaleństwo i metoda. Spór o naukowość we współczesnej psychiatrii*, [w:] Zon J. (red.), *Pogranicza nauki. Protonauka – paranauka – pseudonauka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009.
- Kapusta A., *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michela Foucaulta*, Lublin 1999.
- Kartezjusz, *Rozprawa o metodzie*, Warszawa 1980.
- Kendel E., *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind*. *American Psychiatric Publications*, 2005.
- Kępiński A., *Melancholia*, Kraków 2001.
- Kępiński A., *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, Kraków 2003.
- Kozielskiego J., *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1977.
- Krąpcza M. A., „*Ja-człowiek*”, Lublin 1976.
- Laing R. D., Cooper D., *Psychiatry and Anti-psychiatry. Studies in existentialism and phenomenology*, Tavistock Publications, London.
- Lane C., *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*, Yale 2007.
- Leder S., Siwiak-Kobayashi M. (red.), *Psychiatria i etyka*, Kraków 1995.
- Lopez-Ibor J. J., Gaebel W., Maj M., Sartorius N. (red.), *Psychiatry as a Neuroscience*, John Wiley and Sons, Ltd. 2002.
- Makowska M., Nowakowski M., *Socjologia farmaceutyków jako „subpole” socjologii medycyny*, „Przegląd Socjologiczny” 2018, LXVII (67), 4.

- Maryniarczyk A., *Filozoficzne „obrazy” człowieka a psychologia*, „Człowiek w Kulturze” 1995, nr 6–7.
- Melosik Z., *Globalizacja, amerykańizacja i procesy (glo)kalizacji*, „Konteksty i kontrowersje” 2018, vol. 17 No 41.
- Melosik Z., *Postmodernistyczne kontrowersje wokół edukacji*, Toruń-Poznań 1995.
- Melosik Z., *Rekonstrukcja szczęścia w społeczeństwie neoliberalnym: Prozak jako sposób na życie*, „Studia Edukacyjne” 2013, nr 28.
- Moncrieff J., *Czy psychiatria jest na sprzedaż?: O wpływie przemysłu farmaceutycznego na psychiatrię akademicką i praktykę psychiatryczną*, (tłum. Barbara Mroziak), Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Oddział Warszawski, Warszawa 2007.
- Moncrieff J., *Psychiatric imperialism: the medicalisation of modern living*, “Soundings” 1997, Issue 6.
- Moncrieff J., *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*, Palgrave Macmillan, London 2008.
- Morzycka-Markowska M., *Antypsychiatria brytyjska 1960–1970*, „Medycyna Nowożytna” 2018, Tom 24, z. 2.
- Murawiec S., *Neuropsychoanaliza – omówienie podstawowych założeń oraz wybranych aspektów teoretycznych*, „Psychoterapia” 2009, vol. 3 (150).
- Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, UMCS, Lublin 2015.
- Nowakowski M., *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013 (<http://phavi.umcs.pl/at/attachments/2014/0117/100934-michal-nowakowski-praca-doktorska.pdf>).
- Nowakowski M., *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013.
- Nowakowski M., Piątkowski W. (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Lublin 2017.
- Nowakowski M., *Zmedykalizowana psychiatria jako przykład <geokultury>?*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia” 2005, vol. XL, 2.
- Nutt D., *Government vs science over drug and alcohol policy*, „The Lancet” 2009, vol. 374 (9703).
- Potocka M. A. (red.), *Postmodernizm. Teksty polskich autorów*, Kraków 2003.
- „Przegląd Socjologiczny” 2017, t. 66, z. 1.
- Przybyła J., *Pomiędzy psychoanalizą a neuronauką — kontrowersje wokół neuropsychoanalizy*, „Psychiatria” 2017, tom 14, nr 1.
- Pużyński S., *Czy kryzys*, „Psychiatra” 2014–2015, nr 7.
- Pużyński S., *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, Warszawa 2015.
- Radden J., *Mental Disorder (Illness)*, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2019 Edition) [<https://plato.stanford.edu/archives/sum2019/entries/mental-disorder/>]. Mental Disorder].
- Radden J., *The Nature of Melancholy from Aristotle to Kristeva*, Oxford University Press, New York 2000.
- Rancew-Sikora D., *W poszukiwaniu społecznej koncepcji depresji*, „Studia socjologiczne PAN” 2012, vol. 3 (206).
- Rose N., *Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique*, “Sociologie et societies” 2007, vol. 18 (2).

- Ross, Bossis S., Guss A. (i in.), *Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial*, „Journal of psychopharmacology” 2016, vol. 30(12).
- Schaler J. A.(ed.), *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics*, Chicago 2004.
- Schreier H., Berger L., *On Medical Imperialism: A Letter*, Lancet, 1974, 1:1161.
- Scull A. T., *From madness to mental illness: medical men as moral entrepreneurs*, „European Journal of Sociology” 1975, Vol. 16.
- Simon W., Martin J. P., Gabe J., *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis*, „Sociology of Health & Illness” 2011, vol. 33(5).
- Solms M., Saling M., *On psychoanalysis and neuroscience: Freud's attitude to the localisationist tradition*, „International Journal of Psycho-Analysis Int J Psychoanal” 1986, vol. 67.
- Spence R., Roberts A., Ariti C., Bardsley M., *Focus On: Antidepressant prescribing. Trends in the prescribing of antidepressants in primary care*, [w:] Quality Watch [on-line]. Nuffield Trust/Health Foundation, 2014.
- Stein D. J., *Philosophy of Psychopharmacology. Smart Pills, Happy Pills, and Pep Pills*, Cambridge 2008.
- Stein D. J., *Psychopharmacological enhancement: a conceptual framework*, „Philosophy Ethics Humanit Med” 2012, vol. 7.
- Stępień A. B., *Wstęp do filozofii*, Lublin 1976.
- Szahaj A., *Co to jest postmodernizm?*, „Ethos” 1996, nr 33–34.
- Szasz T., *Antipsychiatry: Quackery squared*, Syracuse, NY 2009.
- Szasz T., *Law, Liberty and Psychiatry*, New York 1973.
- Szasz T., *Pharmacracy. Medicine and politics in America*, Praeger Publishers, Westport 2001.
- Szasz T., *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press 2007.
- Szasz T., *The Myth of Mental Illness*, „American Psychologist”, 15, 113–118.
- Szasz T., *The Therapeutic State. The Tyranny of Pharmacracy*, „The Independent Review” 2001, v. V, n. 4.
- Szymonik A., Lach J., *Zagrożenie środowiska wodnego obecnością środków farmaceutycznych*, „Inżynieria i Ochrona Środowiska” 2012, t. 15, nr 3.
- The President's Council on Bioethics, *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Washington, D.C., October 2003.
- Thomas P., Bracken P., *Critical psychiatry in practice*, „Advances in Psychiatric Treatment” 2004, vol. 10361–370.
- Watts R., *Can Magic Mushrooms Unlock Depression?* (<https://www.youtube.com/watch?v=8kfGaVAXeMYS>)
- Whitaker R., *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*, New York 2010.
- Wiczorkowska M., *Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości w Polsce*, „Przegląd Socjologiczny” 2013, T. 62, nr 4.
- Wiczorkowska M., *Farmaceutyzacja społeczeństwa – między konsumpcjonizmem a kulturą leku*, [w:] Gałuszka M., Wiczorkowska M. (red.), *Społeczne, kulturowe i polityczne uwarunkowania ryzyka zdrowotnego*, Łódź 2012.

- Wieczorkowska M., *Medicalization of a woman`s body – a case of breasts*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, T 61, nr 4.
- Wieczorkowska M., *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, vol.(61) 2.
- Wieczorkowska M., *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, T. 61, 2.
- Wieczorkowska M., *Świat jako klinika. Medykalizacja życia w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*. [w:] Gałuszka M. (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Łódź 2008.
- Wieczorkowska M., *Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki*, „Przegląd Socjologiczny” 2017.
- Wojtyła K., *Osoba i czyn*, Kraków 1969.
- Wróblewski M., *Choroby walizkowe. O globalizacji zaburzeń psychicznych*, [w:] Abriszewski K. (red.), Kola A. F., Kowalewski J., *HUMANISTYKA (PÓŁ)PERYFERII*, Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2016.
- Żechowski C., *Integrowanie neurobiologii i psychoterapii – czyli o mózgu w umyśle terapeuty*, „Psychiatria” 2014, vol. 11(3).
- Życiński J., *Apoteoza relatywizmu etycznego w postmodernizmie*, „Ethos” 1996, nr 33–34.