

Jerzy Aleksandrowicz¹, Jacek Bomba²

FILOZOFIA PSYCHIATRII FRANCUSKIEJ*

PHILOSOPHY OF FRENCH PSYCHIATRY

¹Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Aleksandrowicz

²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ
Kierownik: prof. dr hab. Jacek Bomba

French psychiatry philosophy paradigms

Autorzy opisują specyfikę psychiatrii francuskiej, która rozwijała się nieco innym torem niż w innych krajach, zarazem bardziej nawiązywała do aktualnych prądów w filozofii. Znalazło to swoje odbicie także w szczególnej formie konstruowania tekstów naukowych, charakterystycznej dla humanistyki, odwołującej się do historii, faktów literackich, społecznych itp. Także obecnie ma ona swoją specyfikę, wynikającą – naszym zdaniem – z odmienności recepcji filozofii i rozumienia jej założeń.

Summary: Psychiatry is more closely related to philosophy than other medical disciplines. Theses of metaphysics and epistemological presumptions have been having critical impact on perception of mental phenomena and their assessment as pathological. Other philosophical theories especially from the area of ethics, philosophies of science etc have been also of importance. So, philosophy significantly influences both the attitudes towards mentally ill, mental disorders and backgrounds of mental disorders classifications.

French psychiatry development has been more evidently related to actual trends in philosophy. This was inspiring for other psychiatrists, especially those German and English speaking. One can trace it in specific form of psychiatric texts, closer to those in humanistic, taking into account historical aspects, creative writing etc. Present differences between the French approach to mental disorders and that in other parts in the world are - in our opinion – a consequence of different approach to philosophy, especially understanding of the role of philosophy. Maybe it is a result of important place of philosophy in undergraduate training? It is possible, that specific role of phenomenology in French thinking is responsible for a resistance of French psychiatrists to contemporary classification systems (DSM IV and ICD 10).

Specyfika francuskiej psychiatrii, dominujących poglądów teoretycznych i sposobów leczenia chorych psychicznie, jak się zdaje, wynika głównie z odmienności jej „filozofii”.

Przez „filozofię psychiatrii” rozumiemy tu główne założenia, wynikające z twierdzeń epistemologicznych lub ontologicznych, leżące u podstaw paradygmatów decydujących o kształcie nauki. Niekiedy są one formułowane świadomie i jawnie, częściej pozostają w ukryciu, nie dostrzegane przez badaczy zajmujących się szczegółowymi problemami ani – tym bardziej – przez praktyków, zajmujących się leczeniem.

* Na podstawie referatu wygłoszonego na konferencji Polsko-Francuskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: „Specyfika francuskiej myśli psychiatrycznej”. Kraków, 20 kwietnia 2002 r.

Koncepcje filozoficzne w większej mierze oddziałują na kształt psychiatrii niż innych nauk (nie tylko medycznych). O obrazie psychopatologii i o praktyce psychiatrycznej decydują przecież przeświadczenia o naturze człowieka, o tym, czym jest zdrowie, a czym choroba, o właściwościach procesów poznawania świata (epistemologia), o słuszności reguł funkcjonowania w społeczeństwie (etyka) itp. Może dlatego filozofia budzi szczególne zainteresowanie psychiatrów, a niejeden z nich – np. Karl Jaspers – wniósł też znaczący wkład w rozwój myśli filozoficznej. Rozwój ten i związane z nim okresowe fascynacje kolejnymi trendami, znajdują swoje odbicie w meandrach rozwoju psychiatrii. Także jej formalny status – wiedzy, sztuki czy umiejętności – jest zależny od aktualnych rozwiązań, proponowanych przez filozofię nauki.

Związek z filozofią wynika zresztą z samych korzeni psychiatrii. Budowanie nauki o zaburzeniach psychicznych poprzedzały filozoficzne rozważania o ich istocie, zwłaszcza rozważania o udziale duszy i ciała w genezie szaleństwa. Poza tym, to z filozofii właśnie wyłoniła się XIX-wieczna psychologia, a psychiatria kształtowała się w znacznej mierze poprzez określanie opozycji między „zaburzeniem” a prawidłowym („zdrowym”) przeżywaniem, będącym przedmiotem psychologii.

Przyczyniło się to do powstania wątpliwości, czy psychiatria należy do medycyny, rozumianej jako nauka biologiczna, czy też jej miejsca powinno się szukać wśród nauk humanistycznych. Niewątpliwie, jest ona usytuowana „au cheval”, co znalazło swój wyraz nawet w nazwie pierwszego francuskiego psychiatrycznego towarzystwa naukowego – „Société Medico-Psychologique”.

Francuska filozofia od co najmniej XVII wieku była jednym z głównych nurtów w filozofii światowej. Kartezjusz i Malebranche, Pascal i Voltaire, Condillac (nb. sprowadzający filozofię do psychologii), d’Alembert i Rousseau, a w XX wieku Bergson, Sartre czy Derida – by wspomnieć tylko tych najbardziej znanych – mieli znaczący wpływ na kierunki rozwoju kultury europejskiej. Być może był to jeden z czynników decydujących o potencjale francuskiej psychiatrii, która – zwłaszcza w XIX wieku – była motorem rozwoju tej dziedziny wiedzy. Warto przy tym uprzytomnić, że w 1880 roku było we Francji zaledwie 120 psychiatrów!

Z obszernej, niezmiernie złożonej problematyki kształtowania się i specyfiki filozofii francuskiej psychiatrii możemy tu rozważyć kilka tylko wątków.

Oczywiście nie sposób pominąć wpływu koncepcji Kartezjusza na sposób ujmowania zaburzeń psychicznych. Przeciwwstawienie *res cogitans* — *res extensa* określiło miejsce podmiotu i szczególną istotę podmiotowości. Nadało to niebawem laicką treść temu, co było wcześniej jedynie „duszą”, a teraz stało się „myślą” czy „psychiką”. Umieszczeniu fundamentów wszelkiej wiedzy w podmiocie właśnie towarzyszyły analizy procesów myślenia, świadomości, afektów, aktów woli itp. Poglądy te miały ogromny wpływ na sposób ujmowania zjawisk życia psychicznego, a w konsekwencji stworzyły warunki do powstania racjonalnej psychopatologii.

W percepcji poglądów Kartezjusza na pierwszy plan wysunęła się jednak – w gruncie rzeczy wtórna – teza o odrębności tych dwóch „substancji”. Zamiast na opozycji „podmiot – świat” i przypisanych tym członom atrybutów: świadomość i nierozciągalność podmiotu, rozciągalność i brak świadomości ciała, uwaga skupiła się przede wszystkim na „dualizmie duszy i ciała”. Teza o odmienności sposobów istnienia życia psychicznego

i świata przedmiotów materialnych (w tym także żywych organizmów), sformułowanie opozycji „psychika” (świadomość) *versus* „materia” (cielesność) zaważyły na rozwoju teorii psychologicznych i psychopatologicznych. Z tak rozumianej przepaści między *res cogitans* a *res extensa* wynika bowiem inspiracja do rozważania zjawisk psychicznych i zaburzeń przeżywania jako procesów dokonujących się w obszarze *res cogitans*, bez udziału procesów somatycznych. Ale wynika oczywiście także, przeciwnie, mechanistyczne pojmowanie materii (w tym procesów i istoty życia), wiążące się z teorią La Mettriego wprowadzającą w wyjaśnianie człowieka metaforę „maszyny”. Stąd już prosta droga do rozumienia choroby, także psychicznej, jako procesów toczących się w obszarze *res extensa* – cielesności, jako fizycznego defektu „popsucia się maszyny”.

Tak więc konsekwencją dualizmu jest przyjmowanie hipotez bądź to o somatycznej, bądź psychospołecznej istocie zaburzeń psychicznych. Dalszą konsekwencją jest poszukiwanie sposobów korekty tych zaburzeń, leczenia — albo substancjami chemicznymi, energiami itp. elementami świata materialnego, albo oddziaływaniami psychospołecznymi.

Oczywiście konceptualizacja i teoretyczne wyjaśnienia nie zawsze były (i nadal nie są) zgodne z istotą działań zmierzających do usunięcia zaburzeń. Na przykład Mesmer, próbując posługiwać się energią („magnetyzmem”), w rzeczywistości uruchamiał właśnie czynniki psychospołeczne. Niemniej, w całej historii psychiatrii, zwłaszcza francuskiej, można odnaleźć – świadome lub nie – decyzje pozostawania wyłącznie w obszarze *res cogitans* lub przeciwnie – *res extensa*.

W psychiatrii można także odnaleźć próby przezwyciężenia tego dualizmu, rozumianego jako fundamentalna przepaść między psychiką a cielesnością. Szczególnie w ostatnich dziesięcioleciach często słyszy się deklaracje totalnego jej odrzucenia, łączone z różnymi wariantami podejścia holistycznego. Kartezjańskie paradygmaty nadal jednak wpływają na kształt współczesnej psychiatrii, przy czym dominuje strona *res extensa*. Podobnie mechanistyczna przecież, jak u La Mettriego i Kartezjusza (jakkolwiek znacznie bardziej złożona), jest wizja zakłóceń neurotransmisji, powodujących zaburzenia psychiczne; także hipoteza, że psychosocjogeneza zaburzeń psychicznych sprowadza się do reakcji na traumatyczne wydarzenia życiowe. Zwłaszcza ta pierwsza jest często odczytywana jako zaprzeczenie celowości psychoterapii.

Innym, niezmiernie ważnym momentem w rozwoju psychiatrii francuskiej, w którym pojawiły się kolejne paradygmaty teorii wyjaśniania zaburzeń psychicznych, były, pod koniec XVIII wieku, usiłowania zrozumienia tego zjawiska przez P. Pinela [1]. Doprowadziły one do klasyfikacji zaburzeń psychicznych, odwołującej się do botaniki i do założeń, na których była oparta systematyka Linneusza (*Nosographie philosophique* z 1798). Deklaracjom ograniczenia się do obserwacji i odrzuceniom teorii – takich jak koncepcje Locke’a czy Condillaca, pomysły Mesmera czy Galla – towarzyszyło świadome powstrzymanie się od rozważania etiopatogenezy.

Zarazem Pinel wprowadzał do medycyny „filozoficzną metodę poznania” (za Cabanisem). Ujmował zaburzenie psychiczne jako „wyobcowanie” – alienację, rozumiejąc przez to „oddzielenie części siebie”. Cabanisowi zaś znajomość poglądów Kartezjusza ułatwiła poszukiwanie związków między ciałem a psychiką i – jak się obecnie uważa — stworzenie podstaw budowania koncepcji podświadomości [2]. I tak, poszukiwania w obszarze psychiatrii oparte na twierdzeniach filozofii stały się – zwrotnie – elementem kolejnych

nurtów filozofii, odwołujących się do koncepcji istnienia zjawiska podświadomości, w tym także psychoanalizy.

Wspomniana teza, że choroba psychiczna jest „częścią” podmiotu, alienacją, a zarazem czynnikiem alienującym jednostkę, to także jedno z ukrytych założeń, determinujących rozwój psychiatrii. Znalazła ona swój wyraz w koncepcjach dysocjacji, w poszukiwaniach „zdrowego jądra” w psychice chorego itp., także w trudności akceptacji poglądu, że zaburzenie psychiczne to chory człowiek, a nie „człowiek dotknięty chorobą”. Przetrwowało także rozumienie zaburzenia psychicznego jako „wyobcowania”.

W pierwszej połowie XIX wieku regulacje prawne i instytucjonalne umocniły koncept „alienation”, odnosząc go w zasadzie wyłącznie do zaburzeń psychotycznych. Psychiatrizy – *les alienistes* – nie zajmowali się nawet zaburzeniami nerwicowymi. Te ostatnie pozostawiano lekarzom ogólnym, a zatem, w odróżnieniu od psychoz, w ramach medycyny, dotyczyły bowiem zakłóceń w „systemie nerwowym”.

Pojęcie wyobcowania, odmienności, alienacji, a więc pozycji jednostki w społeczeństwie, stało się jednym z ukrytych założeń nauki o chorobach psychicznych, sytuując ją poza biologią. Jak się wydaje, wpisało się także w spór o somatyczną lub przeciwnie — psychiczną istotę zaburzeń psychicznych, co w konsekwencji wpłynęło na rozwój psychiatrii społecznej.

Podobnie, dążenie do stworzenia klasyfikacji chorób psychicznych, kontynuowane przez J. É. D. Esquirola [3], również zaważyło na rozwoju psychiatrii i na jej obecnym kształcie. Oznaczało ono przeświadczenie o istnieniu jakiegoś ładu w świecie, wprawdzie niedostępnego badaniu, niedostrzegalnego, ale wyrażającego się w porządku panującym wśród obserwowalnych fenomenów. Przekonanie to było zarówno fundamentem debat, dotyczących możliwości i zasad klasyfikowania, jak i podstawą badania różnic między poszczególnymi, wyodrębnionymi typami zaburzeń, takimi jak „manie uogólnione” i różne typy „monomanii” [3].

W tym samym nurcie osadzają się także koncepcje J. Daquina (choć ten ostatni traktował zaburzenie jako „integralną część” osoby chorej). Kładł przy tym nacisk na terapeutyczne znaczenie stosunku lekarza do pacjenta i jego choroby. Pisał: „...chciałbym, żeby lekarz zrozumiał, że łagodne i pocieszające podejście, które ma coś z bierności, i które zamiast traktowania choroby jako wroga chce, można rzec, objąć ją jak przyjaciela i odkryć, czy siły życiowe konstytuujące to, co nazywamy naturą, same wystarczą, z niewielką pomocą, do zniszczenia przyczyn, które chcą zniszczyć zasadę życia [wymaga] zerwania z bałaganem w lekach, dostarczenia szalonemu „wsparcia moralnego”, przez cierpliwość, łagodność, oświeconą pewność, wzmacniające słowa [...] Leczenie należy dostosowywać do każdego przypadku [...] Lekarz winien zmierzać do zrozumienia pacjenta i penetrować jego wewnętrzną „logikę”. [4, 5]

Założenie istnienia ukrytego porządku w obszarze zaburzeń psychicznych i dążenie do jego odkrycia jest aktualne do dziś. Losy psychiatrii, jej wzloty i upadki, w ogromnej mierze są podobne do losów całej medycyny, między innymi pod względem postrzegania chorób jako bytów, które można uporządkować i poklasyfikować tak jak to się udało na przykład botanice z klasyfikacją roślin czy zoologii z klasyfikacją zwierząt [6, 7]. Bieda w tym, że nie tylko psychiatrii, ale nawet botanice nie zawsze łatwo ustalić, co jest, a co nie jest odrębnym bytem, a tym bardziej odnaleźć istotę tego szczególnego bytu, nazywanego chorobą psychiczną.

Spór o to, czy zaburzenie psychiczne jest sprawą ciała czy *res cogitans* toczył się początkowo głównie w psychiatrii niemieckojęzycznej. Niemieccy „psycholodzy” odwoływali się do tradycji teologicznych, animistycznych i romantycznych. Chorobę, także psychiczną, uważali za konsekwencję zakłóceń aktywności duszy, w teologicznym znaczeniu tego słowa. We Francji, paradoksalnie, obok J. M. Charcota, jednym z tych, którzy przyczynili się do uznania psychotycznych przejawów choroby, „alienacji” za fenomen z obszaru *res extensa*, był B. A. Morel – w równej mierze teolog (i wróg ewolucjonizmu), co lekarz.

Zasługą Morela było wprowadzenie do klasyfikacji chorób psychicznych kryterium czynnika etiologicznego (intoksykacja, infekcja i inne choroby powodujące zaburzenia mózgowo, idiopatyczne zaburzenia mózgowo itp.) [8]. Tym samym zakładał on „materialność” choroby psychicznej, której fenomeny uważał za wyraz uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Kluczowym pojęciem była „degeneracja”, wiązana z działaniem czynników genetycznych. Przy całej kompleksowości obrazu czynników etiopatogenetycznych opisywanych przez Morela, przy uwzględnianiu czynników środowiskowych (zarówno środowiska społecznego, jak i odżywienia, klimatu i innych czynników „naturalnego” środowiska jednostki) i mimo założenia, że powodem choroby psychicznej – „degeneracji” – jest grzech, w teoriach Morela, przypisującego ogromne znaczenie dziedziczności, pojawia się echo mechanicystycznego materializmu La Mettriego.

Spór ten zakończył się pozornie zwycięstwem „somatyków”, podejścia biologicznego. Z przeświadczeniem o „somatycznych” przyczynach zaburzeń psychicznych przez cały czas współistniało jednak przekonanie, że fakty psychiczne i społeczne to takie same byty, jak fakty materialne. Inna sprawa, że inny jest sposób ich istnienia.

O ile w obszarze anglo- i niemieckojęzycznym, także we Włoszech i Skandynawii, psychopatologia – przyjmując te paradygmaty – stawała się coraz bardziej „biologiczna” i coraz bardziej zbliżała się do medycyny, o tyle psychiatria frankofońska pozostała bliższa naukom humanistycznym. Wraz z rozwojem psychoanalizy i coraz powszechniejszym dostrzeganiem wpływu środowiska społecznego na powstawanie przejawów zaburzeń psychicznych, teza o uznaniu „psychospołecznego” sprawstwa choroby okazywała się coraz mocniejsza.

Tak więc, filozofia psychiatrii francuskiej dopuszczała nie tylko istnienie – sprzecznych z „somatycznymi” – założeń o powstawaniu zakłóceń psychicznych bez wpływu świata rzeczy, zakłóceń uwarunkowanych procesami toczącymi się w samym podmiocie. Dopuszczała także możliwość powstawania ich w wyniku zakłóceń rozwoju i zakłóceń procesów psychicznych, sprzeczną z założeniem organicznych przyczyn zakłóceń czynności psychicznych.

Poza tym, równoległe do racjonalizmu psychiatrów epoki Pinela, rozwijał się wariant koncentrujący się na tłumaczeniu zachowań człowieka jego emocjonalnością. Można tu dostrzec wpływ filozofii B. Pascala (*Lad serca* – „*Le Coeur a ses raisons que la raison ne connait pas*”) i J.-J. Rousseau. Rozpoczęło to długą tradycję dostrzegania „natury” człowieka nie w tym, co rozumne, tylko w tym, co emocjonalne. Stworzyło także opozycję między tak rozumianą „naturą” a kulturą, opozycję podjętą przez te nurty psychoanalizy, które głosiły prymat *id*.

Założenia te określiły w szczególności sposób obszar patologii – doszukując się jej w akceptacji ograniczeń kulturowych, hamujących to, co „naturalne”, popędowe, zdrowe – i przez wiele lat wyznaczały sens psychoterapii, prowokując do stawiania jej zarzutu

nasilania, a nawet powodowania zaburzeń osobowości.

Inna sprawa, że można by dyskutować, czy takie rozumienie konsekwencji ograniczeń funkcji popędowych i swobodnej ekspresji emocjonalności jest zgodne z intencjami i z tezami filozofii, do której się odwołuje. Wiele tu znanych, a mimo to wciąż obecnych przekłamań, chociażby w interpretacjach poglądów wspomnianego Rousseau – którego twierdzenia o „niewinności” dzikiego człowieka zamieniane są uporczywie w określenia „dobry” i „szlachetny”. Podobnie – uznanie miejsca i roli emocji, popędu czy pożądania nie upoważniało do uznania za zdrowe nieograniczonego zaspokajania pragnień jednostki, a ograniczeń kulturowych za czynnik wyłącznie patogenny, ani do domniemań istnienia ukrytej „natury”, której „oswobodzenie” i rozwój jest warunkiem zdrowia psychicznego. Niewątpliwie jednak francuskie Oświecenie wprowadziło postrzeganie człowieka jako istoty zarówno myślącej, kierującej się rozumem, jak i z natury emocjonalnej. W konsekwencji – za patologię można uznać albo zakłócenie funkcji rozumu, albo emocjonalności. Mimo oczywistych możliwości dostrzeżenia, że sprzeczność ta jest pozorna, w psychiatrii przetrwała ona praktycznie do końca XX wieku. Psychiatria francuska zadziwiająco zresztą dobrze radziła sobie ze współlistnieniem sprzecznych paradygmatów. Może dlatego, że formułą integrującą był, najczęściej niejawni, holizm. Był on obecny chociażby we wspomnianej wyżej koncepcji Morela. Założenie, że choroba psychiczna jest w równej mierze faktem biologicznym, psychicznym i społecznym, stanowiło zarazem integrację i syntezę sprzecznych teorii i podejść. I to jest kolejna ze specyficznych cech filozofii francuskiej psychiatrii.

Jednym z nielicznych wyjątków od tej reguły akceptacji rozmaitych podejść był burzliwy i powszechny sprzeciw wobec nozologicznych koncepcji E. Kraepelina. Być może ich założenia tak bardzo różniły się od filozofii francuskiej psychiatrii, że ich integracja ze sposobem myślenia o zaburzeniach psychicznych, powszechnym w środowisku „alienistów”, okazała się zbyt trudna.

Był to niewątpliwie jeden z elementów, który oddalił na wiele lat psychiatrię francuską od głównego nurtu psychiatrii europejskiej, ta bowiem odwoływała się przez znaczną część dwudziestego wieku głównie do Kraepelinowskiej koncepcji obiektywnego istnienia „chorób”. Oznacza to wspomniane wcześniej założenie istnienia takich właśnie, szczególnych „bytów”. Odchodząc od opisów syndromu, Kraepelin konstruował jednostki chorobowe, którym przypisywał specyficzną etiologię, np. zakłócenia metabolizmu, procesy inwolucji, „osłabienia” itp. Kryterium rozróżniającym był także rozwój zaburzenia. W ten sposób doszło np. do rozróżnienia między schizofrenią a chorobą maniako-depresyjną.

Charakterystyczne, że psychiatrzy francuscy zarzucali Kraepelinowi przede wszystkim „brak teorii”, sprawiający, że wprowadzona przez niego klasyfikacja jest mało systematyczna i sprawia wrażenie czystej nomenklatury, że jest to empiryzm, sprowadzający się do argumentów rozwojowych, niedostrzeganie faktów takich jak różnica między jednorazowymi epizodami psychotycznymi a tymi zaburzeniami, które – najprawdopodobniej związane z predysponującymi czynnikami dziedzicznymi – mają charakter przewlekły i postępujący. Dotyczyło to głównie koncepcji istnienia *dementia praecox*, ale, jak twierdzi Pichot [9] – „pełne zaakceptowanie Kraepelinowskiej syntezy okazało się niemożliwe [...] ponieważ oznaczałoby to całkowite porzucenie systemu pojęciowego nozologii francuskiej”.

Tak więc, pomijając kwestię trafności poglądów Kraepelina (jak wiadomo, ograniczonej), na pierwszy plan w tej krytyce wysunęła się rozbieżność paradygmatów, odmienność

francuskiej „filozofii psychiatrii”. Paradygmaty te zresztą zmieniały się znacznie, mimo że kierunek tych zmian pozostawał przede wszystkim w związku z rozwojem nauk humanistycznych. Znaczący w tym procesie okazał się wpływ H. Bergsona. Integracja Bergsonowskiego intuicjonizmu i ewolucjonizmu była przy tym, jak się wydaje, mniej istotna niż dostrzeżenie użyteczności opisu uproszczeń, zachodzących w wyniku powszechnych („prawidłowych”) procesów poznawczych i związanych z tym deformacji. Bergsonowska krytyka intelektualizmu i scjentyzmu, a zarazem szczegółowych wyników badań naukowych, uczyniła francuskich psychiatrów jeszcze bardziej krytycznymi i nieufnymi wobec pozornych prawd. Równocześnie intuicjonizm, twierdzenia o możliwości bezpośredniego poznania rzeczywistości w kontakcie z nią legitymizował doświadczenie poznawania chorego w czasie spotkania z nim (nawet wówczas, gdy wyniki tego poznania nie były wyrażalne w aktach intelektualnych). W teorii postrzegania pojawił się nowy sens „dysocjacji” – selekcji i odrzucania zbędnych wyobrażeń; w teorii życia psychicznego – element twórczej ewolucji i dynamiki procesów przeżywania. Wszystko to ogromnie wzbogaciło nie tylko możliwości poznawania i rozumienia, ale i wiedzę psychiatrów.

Poglądy Bergsona – zwłaszcza jego koncepcja „sił życiowych” – znalazły swój wyraz w studiach E. Minkowskiego nad psychopatologią [10,11], w których wyjaśniał dezorganizację życia psychicznego utratą „życiowego kontaktu z rzeczywistością”. Rozumiał przez to spadek zarówno wewnętrznej aktywności (metafora „samochodu bez paliwa”), jak i organizacji (metafora „orkiestry bez dyrygenta”). Sam uważał, że takie rozumienie zbliżone jest do pojęcia autyzmu – w ujęciu E. Bleulera.

Kolejne modyfikacje filozofii francuskiej psychiatrii związane były z pojawieniem się fenomenologii, egzystencjalizmu i strukturalizmu. Związki tych kierunków filozofii z psychiatrią znalazły swój wyraz między innymi w specyficznych losach francuskiej psychoanalizy. Wprawdzie psychoanaliza sama bywa uznawana za szczególnie podejście w filozofii, jest jednak przede wszystkim wiedzą, z którą związane są specyficzne umiejętności. W związku z tym, także i ona poszukuje uzasadnienia w aktualnych nurtach filozofii [12]. Oczywiście, każdy z jej wielu odłamów odwołuje się do innych paradygmatów.

W psychoanalizie francuskiej wyraźnie obecne były odwoływania do fenomenologii — z punktu widzenia tego podejścia uzasadniane były teorie i „modele” psychoanalityczne — także do egzystencjalizmu. Próby integracji filozofii egzystencjalnej z psychoanalizą były szczególnie wyraźne w pracach Minkowskiego, ale najwyraźniej osadzona w filozofii jest psychoanaliza Lacanowska. Łączy ona wiedzę, wynikającą z doświadczenia analitycznego, nie tylko z ontologią i epistemologią (zwłaszcza fenomenologiczną), z logiką matematyczną czy etyką, ale także ze współczesnym sobie językoznawstwem strukturalnym, antropologią oraz – co wcale nie jest takie oczywiste – z medycyną, zwłaszcza psychiatrią.

Jak się wydaje, gruntowne filozoficzne wykształcenie J. Lacana sprawiło, że trudno mu było zgodzić się na formułę sztywności, założenie pewności i skończoności, ideologizację teorii psychoanalitycznej, promowaną przez IPA. Odmawianie psychoanalizie prawa do rangi skończonej i pełnej teorii było jednym z powodów „schizmy”, odejścia od tradycyjnego, oficjalnego nurtu. Konsekwencja w odrzucaniu budowania wiedzy pretendującej do roli dysponenta jedynej i skończonej prawdy stała się zresztą powodem znanego dramatu: porzucenia także własnej „szkoły” w momencie, gdy ta zamieniła nieustające poszukiwanie niewiadomego w sztywną formułę wiedzy, na którą miałyby składać się domniemania, traktowane jak pewniki.

Równolegle do tych wydarzeń toczących się w środowisku psychoanalityków, w psychiatrii klinicznej dominowały wpływy fenomenologii i analizy egzystencjalnej, wyraźnie np. w pracach H. Ey. Wpływy te, jak się wydaje, stały się przyczyną zajęcia pozycji krytycznego dystansu wobec nowych koncepcji rozumienia i klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jakie pojawiły się pod koniec dwudziestego wieku.

Fenomenologia, jak wiadomo, nie ogranicza się do opisu zjawisk – zakłada docieranie do istoty rzeczywistości, głównie w aktach intuicyjnych. Powoływanie się na nią w tworzeniu „opisowych” klasyfikacji zaburzeń psychicznych, zawieszających sąd o istnieniu opisywanych zaburzeń, jest w gruncie rzeczy nieuzasadnione.

Pomieszanie fenomenologii z „fenomenalizmem” stanowi niejako filozoficzne uprąpomocnienie budowania współczesnej psychiatrii, tworzenie klasyfikacji, takich jak DSM-IV czy ICD-10, fenomenologia bowiem może być uznana za punkt wyjścia budowania nauki — zwłaszcza metoda fenomenologiczna wydaje się szczególnie adekwatna do badania rzeczywistości opisywanej przez psychiatrię — czego nie można powiedzieć o fenomenalizmie, sprowadzającym przedmiot badania wyłącznie do „zjawisk”. Jest on praktycznie nieużyteczny w działaniu, zwłaszcza takim jak działania właściwe medycynie.

Jeśli w ogóle można mówić o filozofii współczesnej światowej psychiatrii, jawi się ona jako chaotyczny konglomerat wyrwanych z kontekstu elementów empiryzmu i pozytywizmu, fenomenologii, strukturalizmu itp. Trudno zaakceptować takie zespoły paradygmatów, zwłaszcza że ich stosowanie w budowaniu nauki czyni psychiatrię niespójną i pełną teź, nie sprawdzających się w praktyce klinicznej. Paradoksalnie, nie przeszkadza to zwiększaniu się skuteczności działania. Jak wiadomo, można skutecznie leczyć nie wiedząc, co się leczy.

Psychiatria francuska (z zastrzeżeniem, że nie można w ogóle mówić o jednej psychiatrii francuskiej) odstaje od tego światowego trendu. Jej obecna filozofia – jak się wydaje – z trudem akceptuje uproszczenia, proponowane głównie w Stanach Zjednoczonych lub pod wpływem tamtejszego środowiska psychiatrycznego. Owocuje to pełnym nieufnością dystansowaniem się od współczesnych zasad diagnostyki oraz przetrwaniem pojęć konstruowanych na przestrzeni XIX i pierwszej połowy XX wieku [13]. Czy jest to szkodliwy, hamujący postęp, konserwatyzm, czy obrona zdrowego rozsądku?

Oczywiście wielu, a może nawet większość psychiatrów francuskich przyjmuje nie tylko obowiązujący obecnie system klasyfikacji, lecz także te jego implikacje, które odbierają rangę „bytu” zaburzeniom, rozmywając koncept choroby psychicznej; jak próbowaliśmy pokazać, jest to bliskie francuskiej tradycji. Nieraz jednak wydaje się, że mówią oni podwójnym językiem, szamocząc się między obowiązkiem posługiwania się przyjętymi schematami a krytycznym stosunkiem do aktualnego stanu nauki. Być może jest to konsekwencją ich wykształcenia. Nie można zapominać o tym, że francuski licealista ma znacznie więcej kontaktu z filozofią niż uczeń w jakimkolwiek innym kraju. Może nie tylko gruntowniejsza wiedza, ale także ukształtowanie umysłu, dokonujące się w okresie szkolnym i pod wpływem silnej obecności filozofii w kulturze, owocuje dystansem wobec tej „filozofii”, jaka leży u podstaw zamerykanizowanej psychiatrii światowej?

Owocuje to nie tylko w obszarze praktyki psychiatrycznej, ale także w sposobie uprawiania nauki. Szczególnie widoczne jest to w tekstach publikacji prezentujących badania, zarówno te o charakterze nomotetycznym, jak i te – częstsze niż w innych psychiatriach

– idiograficzne. Do niedawna trudno było wyobrazić sobie francuską publikację nie osadzającą relacji ze szczegółowych badań w kontekście historii i aktualnych ram kulturowych, pozbawioną bezpośrednich odwołań do literatury czy filozofii. Świadomie czy nie, realizowane jest założenie, że nie da się zrozumieć wyników badań szczegółowych bez ujawnienia cech systemu kulturowego, w jakim powstawały i zostały sformułowane. Przede wszystkim jednak specyficzne dla francuskiego stylu konstruowania wywołu naukowego jest przeprowadzanie analizy znaczenia słów i pojęć, których dotyczy ten wywód. Widać w tym ślady wpływów brytyjskiej szkoły analitycznej z jednej strony i późnego Heideggera z drugiej, nie mówiąc już o współczesnym dorobku hermeneutyki Gadamera czy Ricoeura. Wydaje się jednak, że o takim sposobie prowadzenia poszukiwań decyduje założenie, którego źródłem można doszukiwać się m.in. u Wittgensteina – że rzeczywistość może stać się dostępną poprzez poszukiwania znaczeń i sensu słów. Dlatego praktyka analiz etymologicznych i analiz kontekstów, w jakich występuje pojęcie, może być uznawana za procedurę, umożliwiającą docieranie do prawdy. I korzystanie z nich stanowi kolejny specyficzny wyróżnik filozofii, na której opiera się francuska psychiatria. Jedną z jego konsekwencji jest ogromne zainteresowanie językoznawstwem i uznawanie języka za jeden z ważniejszych obszarów badawczych.

Nie usiłując zmierzyć się z zadaniem pełniejszego przedstawienia specyfiki filozoficznych uwarunkowań francuskiej myśli psychiatrycznej w krótkim artykule, ograniczamy się do tych kilku spostrzeżeń. I chociaż nie mamy wątpliwości, że poglądy na status rzeczywistości i możliwe sposoby jej poznawania zawsze stanowią paradygmaty psychiatrii, niezależnie od tego, w jakim kontekście socjokulturowym jest osadzona, wydaje się, że psychiatria francuska jest wyjątkowym przykładem zjawiska określania kształtu i rozwoju nauki przez jej filozoficzne założenia.

Piśmiennictwo

1. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Richard, Caille i Ravier, Paryż rok IX.
2. Cabanis P.: *Rapports du physique et du moral*. Paryż 1802
3. Esquirol JÉD. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-légaux*. Paryż: Baillière; 1838.
4. Daquin J. *La philosophie de la folie*. Gorrin, Chambéry 1791, Paryż 1792.
5. Daquin J. *La philosophie de la folie, où l'on prouve que cette maladie doit plutôt être traitée moralement que par les secours physiques et que ceux qui en sont atteints éprouvent d'une manière non équivoque l'influence de la lune*. P. Cléaz, Chambéry, rok XII.
6. Foucault M. *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999.
7. Foucault M. *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Warszawa: PIW; 1987.
8. Morel BA. *Traité des maladies mentales*. Paryż: Victor Masson; 1860.
9. Pichot P. *Un siècle de psychiatrie*. Paris: R. Dacosta; 1983
10. Minkowski E. *The notions of loss of vital contact with reality and its applications in psychopathology*. Paryż 1926
11. Minkowski E. *Le Temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques*. *Evol. Psych.*, Paryż 1933.
12. Henry M. *Genealogie de la psychanalyse* PUF 1985
13. Leguil F, Silvestre D, Strauss M. *La querelle des diagnostics*. Navarin 1986.

Adres: ¹Katedra Psychoterapii CM UJ, Lenartowicza 14, 31-138 Kraków
²Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ, Kopernika 21, 31-501 Kraków