

Magdalena SZPUNAR

NIEWIDOCZNA KULTURA O znaczeniu i wartości podejścia kulturowego w psychiatrii

Zwolennicy antypsychiatrii uważali, że model medyczny nie powinien być traktowany jako obowiązujący w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, różnią się one bowiem znacząco od chorób somatycznych: zaburzony nie jest organizm człowieka, lecz przedmiot zaburzenia są jego relacje z otoczeniem. Dlatego uważali oni, że trafne zrozumienie zaburzeń psychicznych wymaga uwzględnienia ich tła społecznego, etycznego, a nawet politycznego. Naznaczanie zaś jednostki etykietą chorego ma na celu jej dyscyplinowanie.

O właściwościach danej epoki nie decydują wyłącznie łatwo obserwowalne i definiowalne zmienne ekonomiczne bądź technologiczne czy fundamentalne dla danego czasu wydarzenia, ale także coś, co zwykle jest mniej uchwytnie, ma charakter „miękki”, wymykający się powszechnym regułom klasyfikacji. Mam na myśli zmiany obserwowane w obszarze ludzkiej psychiki, manifestujące to, jak jednostki radzą (czy też, przeciwnie – nie radzą) sobie z wyzwaniami określonego czasu. Fakt kulturowego uwikłania człowieka wyrażany jest w pojęciu *Zeitgeist*, rozumianym jako duch czasu, przejawiający się w powszechnych przekonaniach, ideach i sposobach zachowania¹. Ów klimat epoki, wyznaczając obowiązujące skrypty kulturowe, w znaczący sposób determinuje sposoby funkcjonowania jednostek.

Dziewiętnastowieczny duch czasu wyrażał się w dominacji zaburzeń psychicznych o charakterze historycznym, gdyż jednostki zmuszone były dostosować się do funkcjonowania w opresyjnym i ograniczającym sztywnym gorsecie panujących w wówczas reguł kulturowych. Obserwacja występujących w społeczeństwie zaburzeń znacznie wykracza poza to, co jednostkowe, odsłaniając procesy kulturowe odpowiedzialne za rozliczne dysfunkcje. Ujawnianie ich pozwala zrozumieć, co dzieje się ze społeczeństwem – stają się one wówczas godnym uwagi probierzem ogólnej kondycji kultury. Przyglądanie się patologicznym formom zachowania pozwala ujawniać te czynniki kulturowe, które mają charakter ograniczający bądź dysfunkcyjny dla codziennej egzystencji jednostek².

Wielu badaczy zajmujących się psychiatrią zwraca uwagę, że uprawianie jej z korzyścią dla pacjentów wymaga spojrzenia znacznie wykraczającego

¹ Zob. J.G. Herder, *Myśli o filozofii dziejów*, tłum. J. Gałęcki, PWN, Warszawa 1962, t. 1.

² Zob. M. Szpunar, *Narcystyczna kultura. O kondycji człowieka ponowoczesnego w kulturze zdominowanej przez narcyzm*, „Zarządzanie Mediami” 2020, nr 3, s. 183-199.

poza obszar nauk medycznych czy neurobiologicznych³. Postuluje się, by obok niezbędnego umocowania medycznego czerpać z osiągnięć humanistyki, która pozwala rozumieć i wyjaśniać wpływ środowiska kulturowego i społecznego na proces powstawania i przebieg różnego rodzaju zaburzeń psychicznych⁴. Inaczej mówiąc, zwraca się uwagę, że psychiatria stanowi obecnie nie tyle autonomiczną dziedzinę medycyny, ile raczej obszar, w którym kluczowe znaczenie – obok wiedzy medycznej – mają kulturowe wyobrażenia, systemy wartości i ideały⁵, funkcjonujące w społeczeństwie i przejawiające się w zachowaniu człowieka.

Jedna z najogólniejszych definicji zaburzeń psychicznych określa je jako „odchylenie myślenia”⁶, a także związane z tym postawy, uczucia i działania, które jednostka lub społeczeństwo uznaje za dysfunkcjonalne, a tym samym domagające się leczenia⁷. Zwykle w myśleniu o chorobie ścierają się ze sobą dwa stanowiska: medyczne i konstruktywistyczne. W przypadku pierwszego z nich rozumie się chorobę jako zaburzenie działania bądź uszkodzenie pewnych struktur organizmu (zwykle centralnego układu nerwowego), w przypadku drugiego zaś – właściwego dla nurtu antypsychiatrii – postrzega się chorobę jako konstrukt społeczny⁸. Wielu badaczy za najwartościowszy uznaje tak zwany model biopsychospołeczny, uwzględniający rolę czynników neurobiologicznych i środowiskowych, ale także nie mniej istotnych czynników kulturowych i społecznych w procesie powstawania choroby⁹ – te ostatnie konstytuują właśnie kulturowy kontekst psychiatrii.

³ Zob. K. Fulford, G. Stanghellini, M. Broome, *What Can Philosophy Do for Psychiatry?*, „World Psychiatry” 3(2004) nr 3, s. 130-135, R. Kendell, *What Are Mental Disorders?*, w: *Issues in Psychiatric Classification: Science, Practice and Social Policy*, Human Sciences Press, New York 1986; D. Bolton, *What Is Mental Illness?*, w: *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, red. K.W.M. Fulford i in., Oxford University Press, Oxford 2013.

⁴ Por. L.J. Kirmayer, D. Crafa, *What Kind of Science for Psychiatry?*, „Frontiers in Human Neuroscience” 2014, nr 8(435), <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2014.00435/full>, L.J. Kirmayer, M.J.D. Ramstead, *Embodiment and Enactment in Cultural Psychiatry*, w: *Embodiment, Enaction, and Culture: Investigating the Constitution of the Shared*, red. C. Durt, T. Fuchs, Ch. Tewes, The MIT Press, Cambridge–London 2017.

⁵ Por. T. Stawiszyński, *Ucieczka od bezradności*, Znak, Kraków 2021, s. 130.

⁶ F. Stawski, *Czy psychiatria jest nauką humanistyczną? Problem rozumienia środowiska zewnętrznego w psychiatrii*, w: *Doświadczenie, dyskurs, akademia*, red. A. Ścibior, Petrus Kraków, 2020, t. 2, s. 145. Por. J. Radden, hasło „Mental Disorder (Illness)”, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta, <https://plato.stanford.edu/cgi-bin/encyclopedia/archinfo.cgi?entry=mental-disorder>.

⁷ Por. Radden, dz. cyt.

⁸ Zob. M. MacLachlan, *Embodiment: Clinical, Critical, and Cultural Perspectives on Health and Illness*, Open University Press, Maidenhead 2004; B. Gert, C.M. Culver, K.D. Clouser, *Bioetyka – ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2009.

⁹ Por. G. Bendelow, *Sociology and Concepts of Mental Illness*, „Philosophy, Psychiatry, and Psychology” 11(2004) nr 2, s. 145n.; T. Fuchs, J.E. Schlimme, *Embodiment and Psychopathology: A Phenomenological Perspective*, „Current Opinion in Psychiatry” 22(2009) nr 6, s. 570-575.

Sfera kultury decyduje o procesach nadawania sensu i interpretowania rzeczywistości zarówno pozajednostkowej, jak i intrapersonalnej. Psychiatria kulturowa uwzględnia przede wszystkim międzykulturowe spojrzenie na choroby psychiczne, obejmujące metody leczenia, a także wyjaśniania tego, jak kultura może wpływać na przyczyny, wystąpienie i przebieg konkretnych objawów psychopatologicznych¹⁰. Innymi słowy, psychiatria kulturowa stara się udzielić odpowiedzi na pytania dotyczące etiologii, patogenezy oraz leczenia zaburzeń psychicznych w zależności od kultury i środowiska, w jakich one przebiegają¹¹. W takim ujęciu choroba jawi się jako konstrukt, który może być zrozumiany dopiero poprzez odwołanie się do kultury, w ramach której został wytworzony¹². Trudno zatem nie zgodzić z Julią Sową, która zauważa, że „zdrowie” to nie kategoria ontologiczna, ale wynik wartościowania: „Kto zostanie nazwany zdrowym, zależy nie od właściwości ocenianego, ale od postawy oceniającego wobec tych właściwości”¹³. Jak zatem trafnie wskazywał Władysław Tatariewicz, „jednostka może być zdrowa wedle jednego kryterium, a nie być nią wedle drugiego [...] każda jednostka ma w sobie cechy zdrowia i cechy choroby”¹⁴. Podobne spostrzeżenia znajdujemy także w pracach dotyczących kulturowych założeń pojęcia normalności w psychiatrii: „Mogą być obiekty chore i zdrowe zarazem, a to ze względu na różne kryteria, ten sam obiekt może zostać umieszczony na różnych skalach poszczególnych wymiarów”¹⁵.

W interesującej pracy *O niedogodności narodzin* Emil Cioran zwraca uwagę, że choroba jest słabością, ale słabość ta stanowi naszą siłę. Choroba w jego ujęciu jest pewnym zadaniem, darem, a nawet ukrytym talentem, który można rozwijać¹⁶. Choroba według Ciorana rozsadza, dezintegruje dotychczasowy sposób postrzegania siebie i otoczenia, w którym dotknięta nią osoba funkcjonuje. Chorując, niekiedy odkrywamy w sobie coś, co wcześniej pomijaliśmy lub czego nie dostrzegaliśmy, co być może chcieliśmy od siebie odciąć i odseparować, a co faktycznie nas buduje. W wielu przypadkach dopiero choroba prowadzi do wglądu w siebie i do przewartościowania dotychczasowych poglądów. Dotknięcie przez chorobę, choć bywa doświadczeniem traumatycznym, staje się sposobem dotarcia do własnego jestestwa, rozbijając to, co jest

¹⁰ Por. L. K i r m a y e r, A. Y o u n g, *Culture and Somatization*, „Psychosomatic Medicine” 60(1998) nr 4, s. 420-430.

¹¹ Por. A. J a k u b i k, *Kultura a zaburzenia psychiczne*, „Studia Psychologica” 4(2003), s. 133-150.

¹² D. P e n k a l a - G a w ę c k a, *Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe*, „Medycyna Nowożytna” 1(1994) nr 2, s. 6.

¹³ J. S o w a, *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*, PWN, Warszawa 1984, s. 279.

¹⁴ W. T a t a r k i e w i c z, *O szczęściu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 53.

¹⁵ S o w a, dz. cyt., s. 27.

¹⁶ Por. E. C i o r a n, *O niedogodności narodzin*, tłum. I. Kania, Aletheia, Warszawa 2008.

w nas kulturowo kontrolowane i represjonowane. Jak wskazywał Hans-Georg Gadamer, zdrowia nie sposób stworzyć, a przekonanie o możliwości zdefiniowania stałych wartości, które służyłyby zdrowiu, to złudzenie¹⁷.

„Choroba jest nocną półkulą życia – trafnie zauważa Susan Sontag – naszym bardziej uciążliwym obywatelstwem. Od dnia narodzin każdy z nas posiada bowiem jakby dwa paszporty – przynależy zarówno do świata zdrowych, jak i do świata chorych”¹⁸. Zdrowie przynależy do dnia, gdyż traktujemy je jako oczywistość, choroba zaś przychodzi zwykle nocą, a gdy jesteśmy zmęczeni, dotyka nas najmocniej. Choroba podważa nasze przyzwyczajenia, odbiera przewidywalność, stabilizację i spokój, część jutra, które może nigdy nie nadejść. Człowiek chory dociera do jungowskiego cienia, a ów stan chorobowej zmiany wytrąca go ze stagnacji i pozbawia komfortu, umożliwiając mu odkrywanie samego siebie i rozumienie tego, co zostało w nim rozszczępione i odrzucone.

Nawet kategorie zdrowia psychicznego i normalności nastroczają licznych trudności pojęciowych. Jak zauważał Antoni Kępiński, „psychiatria nie wie, czym jest zdrowie i choroba psychiczna, a mimo to zajmuje się lepiej czy gorzej przejawami normalności i nienormalności psychicznej”¹⁹. Jak karkołomny jest proces dookreślania tego, co stanowi w odniesieniu do zdrowia psychicznego normę, a co poza nią wykracza, ukazał Jacek Sieradzan, dokonując przeglądu definicji, za pomocą których starano się określić „człowieka normalnego”. W wyniku tego przeglądu autor stwierdził, że „stworzenie jakiegokolwiek jednoznacznego standardu czy reguły normy psychicznej jest niemożliwe z powodu wielości systemów wartości, wyznawanych poglądów i wciąż zmieniających się trendów”²⁰. Włodzimierz Brodniak, podejmując problematykę funkcjonowania kategorii choroby psychicznej w świadomości społecznej, zwraca uwagę na proces konstruowania chorób i zaburzeń psychicznych, uwzględniający przede wszystkim normy medyczne, lecz odwołujący się także do norm moralnych i społeczno-kulturowych. Oznacza to, że mimo postępującego procesu obiektywizacji w badaniu tego zagadnienia, w procesie tworzenia obrazu choroby psychicznej czy zaburzenia znaczącą rolę ogrywają treści o charakterze oceniającym, wartościującym²¹. Choć obserwuje

¹⁷ Zob. H.G. G a d a m e r, *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*, tłum. J. Gaiger, N. Walker, Polity, Cambridge 1996.

¹⁸ S. S o n t a g, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Karakter, Warszawa 1999, s. 7.

¹⁹ A. K ę p i ń s k i, *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1978, s. 16.

²⁰ J. S i e r a d z a n, *Szaleństwo w religiach świata. Szamanizm, religia starogrecka, judaizm, chrześcijaństwo, hinduizm, buddyzm, islam*, Inter Esse – Wydawnictwo Wanda, Kraków 2005, s. 56.

²¹ Zob. W. B r o d n i a k, *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.

się tendencję do obiektywizacji choroby psychicznej poprzez szczegółową identyfikację i opis zmian dotyczących zachowania, a więc nacisk na kwestie patofizjologiczne²², dużo miejsca w diagnostyce zajmują kwestie społeczne, kulturowe i psychologiczne²³.

Jak pisze Kępiński, „nie tylko nie umiemy określić, czym jest norma i patologia w psychiatrii, lecz też nie wiemy, jak przebiega granica między nimi”²⁴. Normy nie sposób zatem traktować jako pewnego uniwersalnego i obiektywnego stanu, gdyż warunkowana jest ona w znaczącej mierze kulturowo i zwykle opisuje zachowania zgodne z powszechnymi zwyczajami. Trafnie ujmował ów stan socjolog i antropolog Ralph Linton: „W naszym społeczeństwie prawie każdy jada trzy razy dziennie, a jeden posiłek przypada mniej więcej w południe. Jednostki, które nie przestrzegają tej rutyny, są uważane za dziwaków”²⁵. Ponadto, jak zauważa Sieradzan, kategorie normy i patologii stają się jeszcze bardziej problematyczne w związku z istnieniem wielu odmiennych podejść interpretacyjnych: „Nie sposób jednoznacznie określić, co jest normą (bądź regułą), a przez to również, co jest anormalne. Uznanie kogoś za normalnego to kwestia konwencji, ta zaś zależy od czynników kulturowych, które są względne”²⁶.

O ile jednak pojęcie normy nie jest problematyczne i zwykle okazuje się czytelne w przypadku norm medycznych, o tyle ulega ono komplikacji w przypadku definiowania norm o charakterze kulturowym, etycznym czy moralnym. Etnopsycholodzy wykazali, że coś, co w pewnych kulturach uznawane jest za normalne, w innych traktowane bywa jako odbiegające od normy, bądź też neurotyczne²⁷. Uświadomienie sobie tego faktu sprawia, iż dość łatwo uznać kogoś za znajdującego się „poza kręgiem ludzi normalnych”²⁸. Kępiński zwraca uwagę, że cech, które mogą powodować nasze wykluczenie czy stygmatyzację, jest bardzo wiele i że łatwo stają się one powodem odrzucenia: „Często wystarczy drobny szczegół: inny kolor skóry, haczykowaty nos, odmienny krój ubrania, obcy język itd., aby dany człowiek był postawiony poza granicami

²² Zob. E.R. K a n d e l, *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, „American Journal of Psychiatry” 155(1998) nr 4, s. 457-469.

²³ Por. T. N a s i e r o w s k i, *Zarys dziejów psychiatrii. Kierunki w psychiatrii*, w: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1992, s. 42.

²⁴ K ę p i ń s k i, dz. cyt., s. 18.

²⁵ R. L i n t o n, *Kulturowe podstawy osobowości*, tłum. A. Jasińska-Kania, PWN, Warszawa 1975, s. 33.

²⁶ S i e r a d z a n, dz. cyt., s. 41.

²⁷ Por. B. O ł s z e w s k a - D y o n i z i a k, *Człowiek – kultura – osobowość. Wstęp do klasycznej antropologii kultury*, Universitas, Kraków 2001, s. 211.

²⁸ K ę p i ń s k i, dz. cyt., s. 13.

tego, co bliskie i zrozumiałe, stał się obcy, a nieraz wrogi”²⁹. Kępiński dostrzega zatem w człowieku skłonność do wykluczania tych, którzy wydają się z jakichś względów odmienni³⁰. Inność zwykle łączy się z negatywną oceną, a nawet odrzuceniem.

Normy nie stanowią uniwersaliów, trudno je zatem traktować jako coś zobiektywizowanego, a ich charakter pozostaje niejednorodny i ograniczony terytorialnie (kulturowo). Ponadto normy kulturowe podlegają ewolucji, redefinicji i przewartościowaniu, trudno zatem uważać je za pewnego rodzaju stałą. Są one też zróżnicowane: „Definiowanie dewiacji jest zawsze uzależnione od danej kultury i nie ma zachowania tzw. dewiacyjnego, które byłoby powszechnie potępiane. Nawet tak skrajne, ekstremalne zachowania, jak zabójstwo i kazirodztwo, nie są potępiane w niektórych kulturach”³¹.

Zwróćmy uwagę, jak dalece normy podlegają transformacji, czego egemplifikację stanowi zmiana podejścia do homoseksualizmu, który jeszcze w latach siedemdziesiątych dwudziestego wieku traktowany był jako jednostka chorobowa: „Wcześniejsze edycje tego samego podręcznika [*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*] – pisze Thomas S. Szasz – sytuowały homoseksualizm na liście chorób, następnie został on z niej wykreślony. W aktualnym wydaniu dodano nowe choroby, jak na przykład uzależnienie od nikotyny. Krótko mówiąc, choroby najpierw się «wykrywa», a następnie nazywa, choroby psychiczne natomiast się «wymyśla», by następnie nadać im nazwy”³². Trafnie proces kulturowego uwikłania jednostek ujmowała antropolożka Ruth Benedict, która uważała, że nikt nie patrzy na świat absolutnie „czystym” spojrzeniem, gdyż w jego odbiorze zawsze pośredniczy określony zespół zwyczajów, instytucji i sposobów myślenia³³. Benedict zauważa na przykład, że w niektórych społeczeństwach pieniądź stanowi jedną z kluczowych wartości, podczas gdy w innych nie ma on żadnego znaczenia – co nam, zanurzonym w gospodarce kapitalistycznej i hiperkonsumpcjonizmie, wydaje się trudne do pomyślenia.

Zwyczajowo pojęcie choroby psychicznej konstruowane jest poprzez odniesienie do stanu pozytywnego, pożądanego, czyli zdrowia. Inaczej mówiąc, zdrowie psychiczne rozumie się jako niewystępowanie u jednostki objawów psychopatologicznych, jej ogólny stan dobrego samopoczucia oraz harmonijne funkcjonowanie w środowisku. Twórca koncepcji dezintegracji pozy-

²⁹ T e n z e, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1994, s. 45.

³⁰ Tamże.

³¹ B r o d n i a k, dz. cyt., s. 34.

³² T.S. S z a s z, *Is Mental Illness a Disease?*, Foundation for Economic Education, 1 XI 1999, <https://fee.org/articles/is-mental-illness-a-disease/>. Jeśli nie podano inaczej, tłumaczenie fragmentów prac obcojęzycznych – M.S.

³³ P o r. R. B e n e d i c t, *Wzory kultury*, tłum. J. Prokopiuk, Spectrum, Warszawa 2002, s. 79.

tywnej, Kazimierz Dąbrowski, zdrowie psychiczne pojmował jako „zdolność do rozwoju jednostki w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego”³⁴.

Jacek Sieradzan poddał weryfikacji koncepcje zdrowia psychicznego i czynniki się nań składające. Analiza niemal dwustu koncepcji pochodzących z rozmaitych szkół naukowych utwierdziła badacza w przekonaniu, że wypracowanie powszechnie akceptowanej koncepcji zdrowia psychicznego jest w praktyce niemożliwe ze względu na wielość różnorodnych, niejednokrotnie wykluczających się poglądów psychiatrów i psychologów w tym zakresie. Dokonany przez niego przegląd pozwolił wyróżnić aż dwadzieścia cztery różne definicje choroby psychicznej³⁵.

Podając tematycznie kontekst psychiatrii, nie sposób pominąć stanowiska związanego z tak zwanym nurtem antypsychiatrii. Prąd ten najintensywniej rozwijał się w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych dwudziestego wieku, postulując przede wszystkim odrzucenie powszechnie obowiązującego w psychiatrii modelu medycznego. Sympatycy antypsychiatrii formułowali pogląd, zgodnie z którym leczenie psychiatryczne przynosi więcej szkody niż korzyści. Przekonywano, że terapia opierająca się o farmakologię i przymusową hospitalizację jest nie tylko nieefektywna, lecz także szkodliwa dla pacjentów, stanowiąc formę przemocy wobec leczonych przymusowo³⁶. Niebagatelny wpływ na sposób myślenia antypsychiatrów miał Erving Goffman³⁷, który uznał zakłady psychiatryczne za instytucje totalne³⁸, sprawujące kontrolę nad jednostką oraz izolujące ją od społeczeństwa w sposób analogiczny do więzień. Zdaniem Goffmana instytucje totalne są przestrzeniami przymusowej modyfikacji osobowości, a każda z nich stanowi formę brutalnego eksperymentu na naturze. Odizolowana od świata instytucja totalna staje się światem samym w sobie, rządzącym się własnymi regułami, dla którego charakterystyczna jest dehumanizacja, uprzedmiotowienie, hierarchizacja, formalizacja, ścisły podział na personel i podwładnych, zorientowanie na zadania, nie zaś na jednostkę³⁹.

³⁴ K. Dąbrowski, *Wprowadzenie do higieny psychicznej*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1979, s. 39.

³⁵ Por. Sieradzan, dz. cyt., s. 66.

³⁶ Zob. L. Grzesiuk, K. Krawczyk, *Rozmowy o tajemnicach psychoterapii*, Eneteia, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008.

³⁷ Zob. E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, GWP, Sopot 2011.

³⁸ Pierwowzorem i w pewnym sensie typem idealnym instytucji totalnej jest panoptikon służący nadzorowaniu ludzi (zob. tamże).

³⁹ Por. tenże, *Charakterystyka instytucji totalnych*, w: *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, red. W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki, PWN, Warszawa 1975, 150n.

W szpitalu psychiatrycznym pojawiają się wielorakie formy piętnowania i dyscyplinowania⁴⁰, które uzasadnia się dyskursywnie poprzez regulaminy, zasady, tak zwane dobro pacjenta (lub innych pacjentów). Szpital psychiatryczny to instytucja totalna, gdyż jedynym dysponentem władzy w tym mikrokosmosie jest jego personel⁴¹.

Zwolennicy antypsychiatrii uważali, że model medyczny nie powinien być traktowany jako obowiązujący w odniesieniu do zaburzeń psychicznych, różnią się one bowiem znacząco od chorób somatycznych: zaburzony nie jest organizm człowieka, lecz przedmiotem zaburzenia są jego relacje z otoczeniem⁴². Wielu przedstawicieli tego nurtu wyrażało też przekonanie, że skoro umysł nie jest organem cielesnym, nie może być chory, a metody nauk przyrodniczych nie są adekwatne do wyjaśniania, jak powstają zaburzenia, procesy myślowe niedostępne są bowiem bezpośredniej obserwacji. Dlatego uważali oni, że trafne zrozumienie zaburzeń psychicznych wymaga uwzględnienia ich tła społecznego, etycznego, a nawet politycznego. Naznaczanie zaś jednostki etykietą chorego ma na celu jej dyscyplinowanie⁴³.

Pojęcie antypsychiatrii zawdzięczamy Davidowi G. Cooperowi⁴⁴. Po raz pierwszy kategoria ta pojawiła się w pracy *Gramatyka życia*, gdzie rozumiana jest jako potrzeba „ważnej nie-interwencji”⁴⁵. Cooper zabiegał o odrzucenie tradycyjnej diagnostyki, przymusowego leczenia i niesymetryczności relacji lekarz–pacjent. Jako jeden z pierwszych zajął się zaburzeniami w komunikacji

⁴⁰ Goffman zwrócił uwagę na trzy rodzaje działań mające na celu dyscyplinowanie pacjentów. Pierwszy z nich obejmuje tak zwany stripping, czyli obnażanie pacjentów poprzez zabieranie im prywatnych ubrań i nałożenie na nich obowiązku noszenia piżam oraz konieczność uzyskiwania przez nich zgody na jakiekolwiek działania, nawet tak niepozorne, jak wysłanie listu do rodziny (co zdaniem Goffmana sprzyja usuwaniu dawnej tożsamości pacjentów). Drugi typ dyscyplinowania to sprawowanie władzy i kontroli nad wszystkim, co dotyczy pacjenta i szpitala. Trzecia zaś forma oddziaływań polega na ograniczaniu poruszania się chorego, który nie może opuszczać oddziału czy szpitala (zob. G o f f m a n, dz. cyt.).

⁴¹ Zob. A. M i l l e r, *Szpital jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013.

⁴² Zob. E.F. T o r r e y, *Czarownicy i psychiatrzy*, tłum. H. Bartoszewicz, PIW, Warszawa 1981.

⁴³ Por. D. S e m p l e, R. S m y t h, J. B u r n s, R. D a r j e e, A. M c I n t o s h, *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*, tłum. J.J. Grzywa, Czelej, Lublin, 2007, s. 23.

⁴⁴ Cooper był nie tylko teoretykiem antypsychiatrii, lecz także jej praktykiem. Założył i prowadził pierwszy antyszpital (ang. anti-hospital), eksperymentalny oddział psychiatryczny funkcjonujący pod nazwą „Villa 21”. Według jego koncepcji, działalność antyszpitala miała obejmować złożoną z trzydziestu do czterdziestu osób społeczność, w której nie występowałby sztywny i opresyjny podziału na lekarzy i pacjentów. Doświadczenia Coopera skłoniły wielu antypsychiatrów do uznania, że opiekę psychiatryczną należy rozwijać poza państwowym systemem instytucjonalnym. Wnioski dotyczące deinstytucjonalizacji psychiatrii zostały zrealizowane we Włoszech za sprawą Franca Basagliego i powołanego przez niego ruchu Psychiatrii Demokratycznej (wł. Psichiatria Democratica). Zob. D.G. C o o p e r, *The Grammar of Living*, Penguin Books, Harmondsworth 1976.

⁴⁵ Por. tamże, s. 56n.

międzyludzkiej, które jego zdaniem mogą prowadzić do rozwoju chorób psychicznych⁴⁶. Uważa na przykład, że w przypadku schizofrenii nawarstwianie się różnego rodzaju trudności komunikacyjnych stawia osobę ich doświadczającą w sytuacji bez wyjścia. Standardowe terapie są wówczas niewłaściwe, gdyż poprzez przymusową izolację jednostki pogłębiają jej poczucie wyobcowania i niezrozumienia. Nie rozwiązują zatem problemów pacjenta i jego środowiska rodzinnego, do którego zwykle powraca on po pewnym czasie i w którym odtworzone są wcześniejsze schematy postępowania. Cooper postuluje natomiast poświęcenie uwagi sytuacji społecznej pacjenta, co pozwoli zrozumieć jego doświadczenia i perspektywę, i – podobnie jak inny przedstawiciel antypsychiatrii, Ronald D. Laing – uważa, że regres, który dotyka jednostkę doświadczającą choroby psychicznej, nie musi mieć charakteru definitywnego ani ostatecznego. Regres taki może natomiast prowadzić do zmian o charakterze pozytywnym, inicjując formowanie się nowej, bogatszej osobowości. Doświadczenie psychotyczne może wręcz umożliwić pacjentowi do wejścia wejście na wyższy poziom rozwoju – przejście od fazy rozbicia do fazy odrodzenia.

Znaczący wpływ na rozwój antypsychiatrii wywarł Gregory Bateson, który zwracał uwagę na rodzinne uwarunkowania schizofrenii, a także Michel Foucault, w szczególności przez dokonanie dekonstrukcji kategorii choroby psychicznej⁴⁷. Foucault zwracał uwagę, że medycyna, którą znamy i która praktykowana bywa do dzisiaj, jest głęboko uwikłana w sferę religii i polityki i chociaż na gruncie naukowym i akademickim stanowi przejaw humanizmu, troski wobec słabszego, chorego człowieka, niejednokrotnie jej praktyki przeczą tym ideom: „Można stwierdzić, że wszelka wiedza wiąże się z pewnymi formami okrucieństwa – zgłębianie szaleństwa nie jest tutaj wyjątkiem”⁴⁸. Francuski filozof i socjolog wskazuje, że na przykład mania twórcza sytuuje się na granicy zdrowia i choroby, a kategorie te są silnie uzależnione od systemu, w obrębie którego funkcjonują. Wprawdzie cywilizacja znajduje – jego zdaniem – coraz skuteczniejsze sposoby radzenia sobie z chorobami, lecz im bardziej jest złożona, tym intensywniej ulega wynaturzeniu⁴⁹. W *Narodzinach kliniki* Foucault pisze: „Lekarz szpitalny widzi tylko mętne, zmienione choroby, całą teratologię tego, co patologiczne”⁵⁰, a umyka mu człowiek, jego historia i doświadczenie. W dziele tym analizowane jest tak krytykowane przez antypsychiatrów sprowadzanie choroby do podłoża czysto fizjologicznego:

⁴⁶ Zob. t e n ż e, *Psychiatry and Anti-psychiatry*, Tavistock Publishers, London 1967.

⁴⁷ Zob. M. F o u c a u l t, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1987.

⁴⁸ T e n ż e, *Choroba umysłowa a psychologia*, tłum. P. Mrówczyński, Wydawnictwo KR, Warszawa 2000, s. 112.

⁴⁹ Zob. t e n ż e, *Narodziny kliniki*, tłum. P. Mrówczyński, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.

⁵⁰ Tamże, s. 37.

„Poznanie fizjologiczne zaś, które dla lekarzy było niegdyś wiedzą marginalną i czysto teoretyczną, przesuwa się teraz [...] w samo centrum całej refleksji medycznej”⁵¹. W refleksji Foucaulta uwidacznia się coś, co później wybrzmiewa w pracach wielu antypsychiatrów, postulujących leczenie antyszpitalne w środowisku możliwie naturalnym, bliskim domowemu.

Nie sposób pominąć znaczenia dla antypsychiatrii prac Ronalda D. Lainga, według którego choroba psychiczna stanowi odmianę ludzkiego doświadczenia⁵². To właśnie Laing spopularyzował *Historię szaleństwa w dobie klasycyzmu*, która w środowisku antypsychiatrycznym została uznana za jedną z najważniejszych dla tego ruchu publikacji, wręcz za pozycję „kanoniczną”. Kluczowe w pracach Lainga są kategorie wyjaśnienia i zrozumienia. W *Podzielnym „ja”* wyjaśnienie związane jest z wiedzą naukową, która pomija cechy jednostkowe, by uzyskać perspektywę uniwersalną, rozumienie natomiast ma charakter subiektywny, uwzględnia perspektywę jednostkową. Według szkockiego antypsychiatry jest to perspektywa osobowa, pozwalająca wczuć się w doświadczenie pacjenta i poznać jego perspektywę. Zrozumienie zatem stanowi przeciwieństwo bezosobowego wyjaśnienia i oparte jest na empatii⁵³.

Stosowanie takich samych narzędzi poznawczych w przypadku leczenia organizmu i w przypadku leczenia osoby to – zdaniem szkockiego psychiatry – wypaczenie, nie sposób bowiem pomóc pacjentowi bez zrozumienia go jako osoby wraz jej relacją do samej siebie i środowiska, w którym funkcjonuje. Diagnozowanie pacjenta oparte na podejściu wyłącznie biologicznym jest zdaniem Lainga błędem, gdyż pominięcie wymiaru społecznego i kulturowego prowadzi do nieprawidłowości w leczeniu. Co ważne, nie podważa on biologicznego podłoża zaburzeń psychicznych, postulując jedynie uwzględnianie w procesie leczenia kontekstu kulturowego i społecznego.

W pracy *Polityka doświadczenia* Laing zaproponował rozumienie schizofrenii jako podróży w głąb siebie⁵⁴. Przekonywał, że schizofrenia może zainicjować proces zdrowienia, po którym będzie się formować lepiej rozwinięta osobowość. Podobny sposób myślenia odnajdujemy w koncepcji Kazimierza Dąbrowskiego⁵⁵, który wskazywał na wielowymiarowość choroby. Uznawał on, że istota choroby nigdy nie jest jednoznaczna, gdyż nosi ona w sobie za-

⁵¹ Tamże, s. 56.

⁵² Zob. R.D. Laing, *Podzielone „ja”*. Egzystencjalistyczne studium zdrowia i choroby psychicznej, tłum. M. Karpiński, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1999; tenże, *Ja i inni. Relacje a zaburzenia psychiczne*, tłum. B. Mizia, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1998.

⁵³ Por. tenże, *Podzielone „ja”*, s. 41-44.

⁵⁴ Por. tenże, *Polityka doświadczenia*, w: tenże, *„Polityka doświadczenia”*. „Rajski ptak”, tłum. A. Grzybek, Wydawnictwo KR, Warszawa 1996, s. 125-132.

⁵⁵ Zob. K. Dąbrowski, *O dezintegracji pozytywnej. Szkic teorii rozwoju psychicznego człowieka poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice*, PZWL, Warszawa 1964; por. tenże, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, PWN, Warszawa 1996, s. 92-101.

również pierwiastki pozytywne, jak i negatywne. Dąbrowski był przeciwnikiem stawiania szybkiej diagnozy, piętnując „śpieszący się zdrowy rozsądek”⁵⁶.

Jako jeden z pierwszych Dąbrowski stwierdza, że kryzys psychiczny, dezintegracja, może być wartością, niosąc w sobie potencjał rozwojowy⁵⁷. Rozpad psychiki traktuje on, zwłaszcza w przypadku jednostek wybitnie uzdolnionych, jako szansę ponownej integracji na wyższym poziomie. Idea dezintegracji pozytywnej w znaczący sposób zmieniła sposób myślenia o stanach, które wcześniej traktowano jako patologiczne, a dzięki temu spojrzeniu zostały one docenione jako pełniące ważną rolę w rozwoju człowieka. Dąbrowski dostrzega w wielu chorobach psychicznych pozytywny potencjał rozwojowy, a samo pojmowanie przezeń choroby i zdrowia ma charakter unikalny na tle innych propozycji definicyjnych. Jego zdaniem zdrowie psychiczne to „zdolność do wszechstronnego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego poprzez procesy dezintegracji pozytywnej i cząstkowej integracji wtórnej w kierunku całościowej integracji wtórnej”⁵⁸, a choroba psychiczna stanowi zablokowanie możliwości rozwoju, cofnięcie się: „Choroba psychiczna wyraża niezdolność do rozwoju psychicznego oraz obecność ciężkich chronicznych objawów inwolucyjnych czy dyssolucyjnych”⁵⁹. Zdrowie psychiczne wyraża się zatem, według Dąbrowskiego, w możliwości wykorzystywania własnego potencjału przez jednostkę mimo kryzysów i trudności, jakie napotyka ona w swoim rozwoju, choroba psychiczna zaś – w stagnacji jednostki i jej niezdolności do rozwoju.

Jeden z najbardziej wpływowych reprezentantów nurtu antypsychiatrii, Thomas S. Szasz, twierdził, że choroba psychiczna to stworzony przez psychiatrów mit: „chory umysł, podobnie jak chora gospodarka, jest tylko metaforą”⁶⁰, a sama psychiatria formą inkwizycji⁶¹. Szasz – jak i wielu zwolenników antypsychiatrii – uznawał psychiatrię za pseudonaukę i zwracał uwagę na problematyczność i wysoki stopień subiektywizmu diagnostyki psychiatrycznej, która w znaczącej mierze opiera się na odczuciach i opiniach pacjenta, nie zaś, jak w przypadku choroby somatycznej, wymiernych i mierzalnych zmianach w obrębie organizmu. Zdaniem Szasza orzekanie o chorobie psychicznej zawsze wiąże się z dokonywaniem ocen. Dane zachowanie czy cecha zostają zinterpretowane jako nieprawidłowe, gdy nie mieszczą się w obrębie ogólnie

⁵⁶ Cyt. za: F. Maj, *O rozumieniu reguł „dezintegracji” i „dekonstrukcji”* (Kazimierz Dąbrowski i Michel Foucault, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo” 17(2011), s. 187.

⁵⁷ Por. tenże, *Dezintegracja pozytywna*, PIW, Warszawa 1979, s. 6-15.

⁵⁸ Tenże, *Zdrowie psychiczne*, PWN, Warszawa 1985, s. 29.

⁵⁹ Tamże, s. 31.

⁶⁰ Szasz, *Is Mental Illness a Disease?*, s. 38n.

⁶¹ Por. tenże, *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization*, Routledge & Kegan Paul, New York 1974, s. 2.

nie przyjętych, lecz wyznaczonych przez innych ludzi schematach. Ponieważ zaburzenia psychiczne są w sposób istotny różne od zaburzeń o charakterze somatycznym, lekarz nie jest – zdaniem reprezentantów antypsychiatrii – kompetentny, by oceniać i prawidłowo rozpoznawać zaburzenia psychiczne. Szasz domagał się oddzielenia psychiatrii od aparatu państwowego, a tym samym zaprzestania przymusowego leczenia chorych psychicznie, zniesienia sankcjonowanego prawnie orzekania niepełności, a także zakazu pozbawiania osób chorujących psychicznie praw przysługujących każdemu obywatelowi. Jego zdaniem, gdy medycyna stanowi część aparatu państwowego, funkcjonuje jako quasi-religia⁶².

Właśnie w antypsychiatrii uwidacznia się kulturowy kontekst psychiatrii, gdyż jego zwolennicy uważają, że choroba psychiczna *par excellence* nie istnieje, występują raczej określone zachowania, które w danej kulturze oceniane są jako niemieszające się w normie i powszechnie przyjętych wzorcach⁶³. Podobnie chorobę psychiczną opisywał Michael Foucault w klasycznej pracy *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*⁶⁴. Roy Porter zwrócił uwagę, że według Foucaulta „chorobę umysłową należy rozumieć nie jako fakt naturalny, lecz jako twór kulturowy, nieustannie podtrzymywany przez sieć praktyk administracyjnych i medyczno-psychiatrycznych”⁶⁵. Zdaniem Marcina Czerwińskiego pogląd ten wskazuje, że ludzie żyjący wewnątrz formacji kulturowej są jej więźniami: „Jest to wielka pułapka i tylko poprzez katastrofę dochodzi do zmiany jednej pułapki na inną, tzn. do przejścia od stylu do stylu”⁶⁶.

Skrajni reprezentanci nurtu antypsychiatrii uważali nawet za konieczne zlikwidowanie zawodu psychiatry i zastąpienie go profesją specjalisty w zakresie zachowania człowieka. Specjalista ów winien, w przekonaniu antypsychiatrów, łączyć kompetencje psychologa, socjologa oraz antropologa kulturowego. Jak zauważał Erving F. Torrey, opisując koncepcje charakterystyczne dla antypsychiatrii, większość zaburzeń psychicznych stanowi wypadkową problematycznych relacji z innymi ludźmi, a także z samym sobą. Kulturowe uwikłanie wszelkiego rodzaju zaburzeń psychicznych przejawia się, zdaniem Torreya, w tym, że choroby psychiczne mają ograniczony kulturowo zasięg, co z kolei

⁶² Zdaniem Szasza edukacja medyczna stanowi obszar kontrolowany przez państwo, począwszy od finansowania studiów medycznych, przez akceptację programów studiów medycznych przez ministerstwa zdrowia, aż po udzielanie prawa wykonywania zawodu lekarza i związanych z nim licencji. Por. S z a s z, *Is Mental Illness a Disease?*, s. 38n.

⁶³ Por. tamże.

⁶⁴ Por. F o u c a u l t, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, s. 159n.

⁶⁵ R. P o r t e r, *Szaleństwo. Rys historyczny*, tłum. J. Karłowski, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2003, s. 15.

⁶⁶ Por. M. C z e r w i ń s k i, *O granicach w myśleniu teoretycznym o kulturze*, w: *Przedmiot i funkcje teorii kultury. Materiały konferencji naukowej*, red. S. Pietraszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1982, s. 112.

pozostaje skutkiem faktu, że kulturowo ograniczony jest system ich klasyfikacji. Inaczej mówiąc, kultury wyznaczają odmienne skrypty, za pomocą których interpretujemy i rozumiemy świat. I to właśnie pojęcia i wartości przyswojone dzięki funkcjonowaniu w danej kulturze „stanowią nieuświadomioną matrycę pojęć i wartości kształtujących się później”⁶⁷.

Wieloletnie badania w zakresie etiologii i patogenezy chorób psychicznych nie przynosiły ostatecznych rozstrzygnięć, a zastrzeżenia formułowane przez antypsychiatrów, podające w wątpliwość istnienie chorób psychicznych, nie znalazły potwierdzenia w badaniach z zakresu genetyki, psychofarmakologii i epidemiologii⁶⁸, choć wielu badaczy nadal podtrzymuje stanowisko o niskiej skuteczności czy wręcz szkodliwości stosowania farmakoterapii w leczeniu psychiatrycznym. Postulaty antypsychiatrów zostały przez wielu badaczy – teoretyków, ale i praktyków – uznane za błędne i szkodliwe, odegrały jednak ważną rolę w szerokiej debacie dotyczącej problemów osób z zaburzeniami psychicznymi. Choć często krytykowane, zalecenia antypsychiatrów miały znaczący wpływ na zmniejszenie opresyjności psychiatrii, a przede wszystkim na ograniczenie w wielu krajach przymusowej hospitalizacji bez zgody pacjenta⁶⁹.

Interesujących wniosków dostarcza eksperyment przeprowadzony przez psychologa Davida Rosenhana w roku 1972 w celu zweryfikowania trafności rzetelności diagnoz stawianych przez psychiatrów⁷⁰. Ośmiu pseudopacjentów⁷¹, z których żaden nie skarżył się na problemy ze zdrowiem psychicznym, w trakcie wywiadu medycznego zadeklarowało, że „słyszą głosy” i zostało poddanych leczeniu szpitalnemu. U siedmiu osób zdiagnozowano schizofrenię, u jednej – zaburzenia maniakalno-depresyjne. Poza złożoną w trakcie wywiadu deklaracją dotyczącą „słyszania głosów” uczestnicy eksperymentu podczas pobytu szpitalnego nie przejawiali żadnych objawów psychopatologicznych, zachowując się „normalnie” oraz zgłaszając poprawę swojego stanu zdrowia („niesłyszanie głosów”). W czasie hospitalizacji całej grupy eksperymentalnej, której członkowie przebywali w szpitalu od siedmiu do aż pięćdziesięciu dwóch dni, nikt z personelu nie zauważył, że pacjenci są osobami zdrowymi. We wszystkich ośmiu przypadkach uznano, że to ho-

⁶⁷ Tamże, s. 51.

⁶⁸ Por. P. Wright, J. Stern, M. Phelan, *Psychiatria*, t. 1, *Sedno*, tłum. D. Bibulowicz, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005, s. 11.

⁶⁹ Por. J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka, *Psychiatria*, t. 1, *Podstawy psychiatrii*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.

⁷⁰ Zob. D.L. Rosenhan, *O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu*, tłum. A. Kołyszko, w: *Przełom w psychologii*, tłum. K. Jankowski i in., red. K. Jankowski, Czytelnik, Warszawa 1978, s. 49-82.

⁷¹ W eksperymencie wzięli udział: student psychologii, trzech psychologów, pediatra, psychiatra, malarz i gospodyni domowa. Poza fałszywymi imionami i nazwiskami oraz miejscem zatrudnienia pozostałe dotyczące informacje ich były prawdziwe (por. tamże, s. 52).

spitalizacja spowodowała wyleczenie. Co ciekawe, niczego nieświadomy personel nie dostrzegł czegoś, co dość szybko odkryli inni pacjenci, którzy uznali, iż mają do czynienia z dziennikarzami lub osobami prowadzącymi jakieś badania. Wniosek ten pojawił się, ponieważ pseudopacjenci spędzali dużo czasu, sporządzając notatki. Psychiatrzy tymczasem interpretowali ów fakt jako „kompulsywne pisanie” i przepisywali tym osobom leki antypsychotyczne. Rosenhan starał się dowieść, że granica między uznaniem kogoś za osobę zdrową a diagnozą zaburzeń psychicznych jest płynna i trudna do precyzyjnego ustalenia⁷².

Warto w tym miejscu przywołać ważny, choć rzadko omawiany w literaturze przedmiotu podział na kultury socjocentryczne i egocentryczne. Te pierwsze tworzą postawy allocentryczne, związane z troską o innych, wysokim stopniem uspołecznienia i przejawianiem zachowań, których celem jest zaspokojenie potrzeb innego człowieka. Zwykle allocentryzm postrzega się jako zorientowanie na innych ludzi, właściwe dla kultur kolektywnych. Jednostki myślące allocentrycznie są współzależne, zwykle definiują siebie w ramach grupy, do której należą, dzieląc przekonania jej członków. Postrzegają siebie jako przedłużenie swojej grupy, pozwalając by „ja” grupy dominowało nad ich „ja” prywatnym⁷³. Kolektywizm przejawiający się na poziomie jednostki w postawach allocentrycznych wiąże się z dużą troską o innych, dążnością do kooperacji, równości i uczciwości⁷⁴. Jest to postawa, która zwykle wiąże się z większą uważnością wobec innych, i konsekwentnie – z większą wrażliwością społeczną. Kultury egocentryczne natomiast sprzyjają postawom idiocentryzmu. Jest on zwykle sprzężony z niezależnością, emocjonalną obojętnością i poleganiem głównie na sobie⁷⁵. Obserwowany coraz częściej na poziomie jednostkowym indywidualizm⁷⁶ (idiocentryzm) sprzyja większej

⁷² Eksperyment Rosenhana wielokrotnie próbowano podważać, zwracając uwagę na incydentalny i przypadkowy charakter wyników jego badania. Jeden ze szpitali zwrócił się do niego z prośbą o powtórzenie eksperymentu. Badacz zadeklarował, że w ciągu trzech miesięcy wyśle tam kolejnych pseudopacjentów, czego jednak nie uczynił. Pomimo to w trakcie trwania tego okresu na stu dziewięćdziesięciu trzech nowo przyjętych pacjentów aż czterdziestu dwóch uznano za „podejrzanych”, prawdopodobnie uczestniczących w eksperymencie. Zob. R.L. Spitzer, *On Pseudoscience in Science, Logic in Remission, and Psychiatric Diagnosis: A Critique of Rosenhan's „On Being Sane in Insane Places”*, „Journal of Abnormal Psychology” 84(1975) nr 5, s. 442-452.

⁷³ Zob. K. Konarzewski, G. Żychlińska, *Psychologiczne zróżnicowanie i spostrzegane podobieństwo innego człowieka do siebie a zachowanie allocentryczne*, „Psychologia Wychowawcza” 21(1978) nr 5, s. 519-525.

⁷⁴ Zob. K. Skarżyńska, *Człowiek a polityka. Zarys psychologii politycznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005; t.ż., *Czy jesteśmy prorozwojowi? Wartości i przekonania ludzi a dobrobyt i demokratyzacja kraju*, w: *Jak Polacy przegrywają. Jak Polacy wygrywają*, red. M. Drogoz, GWP, Gdańsk 2005, s. 69-92.

⁷⁵ Por. A. Grzywa, *Kultura a zaburzenia psychiczne*, „Psychiatria” 14(2017) nr 3, s. 129.

⁷⁶ Zob. M. Szpunar, *Kultura cyfrowego narcyzmu*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2016.

koncentracji na własnej perspektywie i bardziej pragmatycznemu podejściu do życia⁷⁷. Rozróżnienie to jest istotne w niniejszych rozważaniach, gdyż wskazuje, w jaki sposób kultura i promowane w niej wzorce mogą stanowić wsparcie dla jednostki, jak to ma miejsce w przypadku kultur socjocentrycznych, bądź takiego wsparcia nie udzielać, pozostawiając jednostkę samą sobie, jak to ma miejsce w przypadku kultur egocentrycznych.

W przekrojowej monografii *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* Allan V. Horwitz i Jerome C. Wakefield dokonują interesującego przeglądu kryteriów diagnozowania melancholii i depresji na przełomie wieków. Z przeprowadzonej przez nich analizy wynika, że już od czasów Hipokratesa, aż po współczesność, zdominowaną przez kryteria diagnostyczne zawarte w kolejnych edycjach *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, diagnozowanie opiera się na analizie nie tyle objawów (które traktowane były jedynie pomocniczo), ile biografii i kontekstu społecznego, w jakim funkcjonuje chorująca jednostka⁷⁸. Ważnym wymiarem, który próbuje uchwycić psychiatria kulturowa, jest etiopatogenetyczna rola środowiska kulturowego i fizycznego, sposobów wyrażania emocji oraz związanego z nimi reagowania emocjonalnego w sytuacjach trudnych, będących źródłem stresu⁷⁹. Trzeba wyraźnie zaznaczyć, że kultura stanowi ważny czynnik patoplastyczny, a także czynnik wyzwalający różnego rodzaju zaburzenia psychiczne⁸⁰. Modele patoplastyczne wskazują, że przedchorobowe funkcjonowanie osobowości może wpływać na ekspresję, przebieg czy dotkliwość zaburzeń, ale i na reakcję na proces leczenia. Zwraca się na przykład uwagę, że zwiększone prawdopodobieństwo samobójstwa występuje zwykle u osoby, u której zdiagnozowano depresję i równocześnie wykryto niski poziom hamowania neuronalnego⁸¹.

Psychiatria kulturowa stara się uwypuklić istnienie związku między sferą kultury a występującymi w jej obrębie zaburzeniami psychicznymi oraz zwraca uwagę na to, że rozumienie kategorii zarówno normy, jak i patologii psychicznej powinno uwzględniać odniesienie do konkretnej kultury.

Ważne wydaje się rozróżnienie psychiatrii transkulturowej, psychiatrii porównawczej i etnopsychiatrii, gdyż kategorie te bywają stosowane zamien-

⁷⁷ Zob. M. Czerniawska, *Postawy „pragmatyczne” versus postawy „wrażliwości społecznej” i ich aksjologiczne uwarunkowania*, „Prakseologia” 2016, nr 1(158), s. 137-159.

⁷⁸ Por. A. Horwitz, J.C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, New York 2012.

⁷⁹ Por. Grzywa, dz. cyt., s. 129.

⁸⁰ Zob. C. Barrio, *Culture and Schizophrenia: A Cross-Ethnic Growth Curve Analysis*, „The Journal of Nervous and Mental Disease” 189(2001) nr 10, s. 676-684.

⁸¹ Zob. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, *Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych*, w: *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej*, red. L. Cierpiałkowska, E. Soroko, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017, s. 15-33.

ne, faktycznie jednak nie są tożsame. Psychiatria transkulturowa zajmuje się przede wszystkim zaburzeniami, które mają charakter wspólny dla wielu kultur⁸², psychiatria porównawcza szuka tego, co specyficzne, unikalne dla odmiennych kręgów kulturowych i charakteryzujących je psychopatologii⁸³, etnopsychiatria zaś próbuje ustalić zależności między etnicznością a zaburzeniami psychicznymi⁸⁴. Niektórzy badacze są zdania, że początków psychiatrii kulturowej można się doszukiwać już w średniowieczu i pochodzących z tego okresu przekazach dotyczących zaburzeń psychicznych, o których donosili podróżnicy i misjonarze⁸⁵. Niebagatelną rolę w rozwoju psychiatrii kulturowej odegrała również antropologia kulturowa, a szczególnie badania dotyczące wpływu kultury na proces kształtowania się osobowości⁸⁶.

Interesujących wniosków w tym obszarze dostarczają badania Jane M. Murphy i Alexandra H. Leightona, wskazujące, że możemy mówić o formowaniu się pewnych typów osobowości szczególnie podatnych na zranienie psychiczne. Ich zdaniem szybkie przemiany kulturowe, trudności z adaptowaniem się do zmian, a także migracje sprzyjać mogą powstawaniu zaburzeń psychicznych. Autorzy ci zwrócili uwagę również na to, że ważną rolę w procesie powstawania zaburzeń mogą odgrywać określone sankcje społeczne, które poprzez system nagród i kar mogą nie tylko sprzyjać zachorowalności, ale też wyzwać czynniki zaburzenia. Można zatem mówić o pewnych typowych dla określonego kręgu kulturowego zaburzeniach psychicznych, które w innym kręgu nie pojawiają się niemal w ogóle bądź też występują w odmiennej formie⁸⁷.

Ciekawe ujęcie omawianej problematyki prezentują nozologie ludowe, które mniejsze znaczenie przypisują cechom dystynktywnym choroby niż jej społecznym i kulturowym uwarunkowaniom⁸⁸. Istotność elementu kulturowego uwidacznia się w terminologicznym rozróżnieniu „disease” i „illness”. Pierwszy z tych terminów oznacza zwykle patologiczną zmianę w organizmie, przejawiającą się pewnym stałym, biologicznie uwarunkowanym stanem chorobowym tego organizmu, „illness” odnosi się natomiast do tego, co uwarun-

⁸² Zob. J. K r z y ż o w s k i, *Psychiatria transkulturowa*, Medyk, Warszawa 2002; *Transcultural Psychiatry*, red. R. de Reuck, R. Porter, Ciba, London 1965; A. K i e v, *Transcultural Psychiatry*, Penguin Books, Harmondsworth 1972.

⁸³ Zob. *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry*, red. J.M. Murphy, A.H. Leighton, Cornell University Press, Ithaca 1965; *Cross-Cultural Psychiatry*, red. A.C. Gaw, Wright-PSG, Boston 1982.

⁸⁴ Zob. A. S t y p u ł a, *Kultura a choroba psychiczna. Rola czynników kulturowych w postrzeganiu, przebiegu i leczeniu zaburzeń psychicznych*, Nomos, Kraków 2012.

⁸⁵ Por. J a k u b i k, dz. cyt., s. 134.

⁸⁶ Zob. B e n e d i c t, dz. cyt.; L i n t o n, dz. cyt.

⁸⁷ Zob. J.M. M u r p h y, A.H. L e i g h t o n, *Cross-Cultural Psychiatry*, w: *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry*, s. 3-20.

⁸⁸ Por. P e n k a ł a - G a w ł e c k a, dz. cyt., s. 7.

kowe kulturowo i zmienne⁸⁹. Interesujące odróżnienie „disease” jako pojęcia należącego do paradygmatu biomedycznego od „illness”, charakteryzującego paradygmat humanistyczny, znajdujemy w pracy *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna* Tomasza Rakowskiego, a rekapitulację płynących z niej wniosków przedstawiono w tabeli 1. Istotność substratu kulturowego w procesie chorobowym potwierdza funkcjonowanie w języku takich kategorii, jak „choroby ludowe” (ang. folk illnesses) czy „choroby kulturowe” (ang. cultural illnesses), których występowanie nie pozwala na redukcję choroby do jej wymiaru biomedycznego⁹⁰.

Tabela 1. Rozróżnienie „disease” i „illness”

Disease	Illness
Paradygmat biomedyczny	Paradygmat humanistyczny
Najistotniejsze są obiektywne wyniki badania fizykalnego oraz naukowa racjonalność.	Kluczowe znaczenie mają subiektywne sensory i objawy choroby, a także podmiotowość pacjenta.
Kluczowe znaczenie mają parametry fizyczne i biochemiczne.	Ważne jest uznanie tego, jaki sens nadaje życiu i chorobie pacjent.
Dualizm ciała i umysłu.	Przekroczenie dualizmu ciało–umysł.
Choroba jako konkretna jednostka.	Choroba jako pochodna i wypadkowa doświadczeń społecznych.
Ciało rozumiane jest głównie poprzez procesy biologiczne, fizjologiczne, psychiczne.	Bezpośrednio doświadczane ciało wyznacza sposób rozumienia siebie i świata.
Historia pacjenta to historia jego choroby, epizodów, zastosowanej terapii i uzyskanych efektów.	Historia choroby stanowi ważny wymiar biografii pacjenta.
Choroba pacjenta ma charakter indywidualny, dotyczy wyizolowanej społecznie jednostki.	Sposób rozumienia choroby i jej historia wykraczają poza samego chorego, uwzględniając także jego otoczenie i relacje rodzinne.
Szpital jako miejsce o określonych rygorach społecznych, konieczność podporządkowania się obowiązującym normom szpitalnym (np. obowiązek noszenia piżamy).	Pacjent jako osoba znajdująca się w sytuacji odsłonięcia się, konieczność delimitacji bariery wstydu i własnych granic.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: T. Rakowski, dz. cyt.

⁸⁹ Zob. H. F a b r e g a, *Medical Anthropology*, „Biennial Review of Anthropology” 7(1971), s. 167-229.

⁹⁰ Zob. T. R a k o w s k i, *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna*, w: *Antropologia stosowana*, red. M. Ząbek, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW, Warszawa 2013, s. 355-374.

O tym, jak ważną rolę dla kondycji psychicznej pełnią kultura i środowisko, w którym funkcjonuje człowiek, przekonuje Allan V. Horwitz w monografii pod wymownym tytułem *Creating Mental Illness* [„Tworzenie choroby psychicznej”]. Wieloletnie badania Horwitza, prowadzone od lat siedemdziesiątych dwudziestego wieku, wykazały, że kartoteki lekarskie osób zgłaszających się do psychiatrii w jednym z ośrodków zdrowia w Stanach Zjednoczonych pomijały trudności rodzinne i środowiskowe osób szukających pomocy psychiatrycznej. Dotykające te osoby trudności życiowe, takie jak samotność, zdrady małżeńskie, nadużywanie alkoholu czy konflikty rodzinne, nie były uwzględniane w stawianych przez psychiatrów diagnozach. Z drugiej strony, dość typowe trudności egzystencjalne traktowane były jako symptomy różnego rodzaju zaburzeń psychicznych, nie zaś jako wypadkowa trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej⁹¹.

O wadze społeczno-ekonomicznej kondycji jednostki dla jej ogólnego dobrostanu psychicznego świadczą badania, które wykazały, że osoby o najniższym poziomie bezpieczeństwa socjalnego są siedmiokrotnie bardziej narażone na wystąpienie depresji niż osoby z najwyższych szczebli drabiny społecznej⁹². Pomijanie czy też lekceważenie tych wymiarów stanowią kolejne dowody niedoceniania roli warunków społeczno-kulturowych dla ogólnej kondycji psychicznej jednostki. Postawa ta prowadzi również do obarczania odpowiedzialnością za własny dobrostan psychiczny wyłącznie poszczególnych osób, które traktuje się, jak gdyby były niepoddającymi się wpływom środowiska, niezależnymi „atomami”. Taki sposób myślenia charakteryzuje kulturę neoliberalną, w której całą odpowiedzialność za sytuację, w jakiej znajduje się jednostka, w tym za jej komfort psychiczny, przypisuje się wyłącznie jej własnej sprawczości, dynamizmowi, chęci rozwoju, pomija się natomiast warunki, w jakich się ona wychowała, kapitał społeczny, jakim dysponuje, czy specyficzne cechy osobowościowe, jakie ją charakteryzują.

Obecnie nie sposób myśleć o psychiatrii ani jej uprawiać bez głębokiej refleksji kulturowej. Niezwykle ważną kwestią w procesie rozwiązywania problemów psychicznych wydaje się uwzględnianie rozmaitych niedoborów otoczenia społecznego i kulturowego. Pomoc w tym zakresie powinna być jednak udzielana raczej przez instytucje wsparcia społecznego niż przez samą psychiatrię, która w obszarze niedoborów społecznych pozostaje bezradna. Nie sposób zatem mówić o psychiatrii, odwołując się wyłącznie do jednostki, gdyż w wielu przypadkach zaburzenia indukowane są społecznie i kulturowo, a nie-

⁹¹ Zob. A.V. H o r w i t z, *Creating Mental Illness*, The University of Chicago Press, Chicago–London 2002.

⁹² Por. A.V. H o r w i t z, J.C. W a k e f i e l d, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford University Press, New York 2012, s. 37.

uwzględnianie tego faktu działa na szkodę cierpiącej osoby, procesu jej leczenia i zdrowienia. Kategorie zdrowia i choroby nie są ostre ani jednoznaczne: „dryfują” między tym, co fizyczne, a tym co psychiczne, tym, co dostrzegalne, a tym, co niedostrzegalne, tym, co funkcjonalne, a tym, co dysfunkcjonalne, odsłaniając dualizm, ale i uwikłanie tych kategorii, które bez wzajemnej interferencji nie istnieją. Obecnie działalność ruchu antypsychiatrycznego poddana została ostrej krytyce, a jego postulaty uznano za szkodliwe. Jednakże zwolennicy antypsychiatrii w znaczący sposób wpłynęli na praktykę psychiatryczną, sposób postrzegania zaburzeń psychicznych i sposoby ich leczenia, a także – co nie mniej ważne – na społeczny odbiór osób chorujących psychicznie i ich miejsce w społeczeństwie.

BIBLIOGRAFIA / BIBLIOGRAPHY

- Barrio, Concepción. “Culture and Schizophrenia: A Cross-Ethnic Growth Curve Analysis.” *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189, no. 10 (2001): 676–84.
- Bendelow, Gillian. “Sociology and Concepts of Mental Illness.” *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 11, no. 2 (2004): 145–6.
- Benedict, Ruth. *Wzory kultury*. Translated by Jerzy Prokopiuk. Warszawa: Spectrum 2002.
- Bolton, Derek. “What Is Mental Illness?” In *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Edited by K.W.M. Fulford et al. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- Brodniak, Włodzimierz. *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2000.
- Cierpiałkowska, Lidia, and Emilia Soroko. “Zaburzenia osobowości w modelach medycznych i w psychologii różnic indywidualnych.” In *Zaburzenia osobowości: Problemy diagnozy klinicznej*. Edited by Lidia Cierpiałkowska and Emilia Soroko. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2017.
- Cioran, Emil. *O niedogodności narodzin*. Translated by Ireneusz Kania. Warszawa: Aletheia, 2008.
- Cooper, David. *Psychiatry and Anti-psychiatry*. London: Tavistock Publishers, 1967.
- . *The Grammar of Living*. Harmondsworth: Penguin Books, 1976.
- Czerniawska, Mirosława. “Postawy ‘pragmatyczne’ versus postawy ‘wrażliwości społecznej’ i ich aksjologiczne uwarunkowania.” *Prakseologia*, no. 1(158) (2016): 137–59.
- Czerwiński, Marcin. “O granicach w myśleniu teoretycznym o kulturze.” In *Przedmiot i funkcje teorii kultury: Materiały konferencji naukowej*. Edited by Stanisław Pietraszko. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1982.
- Dąbrowski, Kazimierz. *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: PIW, 1979.

- . *O dezintegracji pozytywnej. Szkic teorii rozwoju psychicznego człowieka poprzez nierównowagę psychiczną, nerwowość, nerwice i psychonerwice*. Warszawa: PZWL, 1964.
- . *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: PWN, 1996.
- . *Wprowadzenie do higieny psychicznej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 1979.
- . *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PWN, 1985.
- Fabrega, Horacio. "Medical Anthropology." *Biennial Review of Anthropology* 7 (1971): 167–229.
- Foucault, Michael. *Choroba umysłowa a psychologia*. Translated by Piotr Mrówczyński. Warszawa: Wydawnictwo KR, 2000.
- . *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*. Translated by Helena Kęszycka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1987.
- . *Narodziny kliniki*. Translated by Piotr Mrówczyński. Warszawa: Wydawnictwo KR, 1999.
- Fuchs, Thomas, and Jann E. Schlimme. "Embodiment and Psychopathology: A Phenomenological Perspective." *Current Opinion in Psychiatry* 22, no. 6 (2009): 570–75.
- Fulford, Kenneth, Giovanni Stanghellini, and Matthew Broome. "What Can Philosophy Do for Psychiatry?" *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* 3, no. 3 (2004): 130–5.
- Gadamer, Hans-Georg. *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Translated by Jason Gaiger and Nicholas Walker. Cambridge: Polity, 2004.
- Gaw, Albert C., ed. *Cross-Cultural Psychiatry*. Boston: Wright and PSG, 1982.
- Gert, Bernard, Charles M. Culver, and K. Danner Clouser. *Bioetyka – ujęcie systematyczne*. Translated by Marek Chojnacki. Gdańsk: słowo/obraz terytoria, 2009.
- Goffman, Erving. "Charakterystyka instytucji totalnych." In *Elementy teorii socjologicznych: Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*. Edited by Włodzimierz Derczyński, Aleksandra Jasińska-Kania, and Jerzy Szacki. Warszawa: PWN, 1975.
- . *Instytucje totalne: O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Translated by Olena Waśkiewicz and Jacek Łaszcz. Sopot: GWP, 2011.
- Grzesiuk Lidia, and Krzysztof Krawczyk. *Rozmowy o tajemnicach psychoterapii*. Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury, 2008.
- Grzywa, Anna. "Kultura a zaburzenia psychiczne." *Psychiatria* 14, no. 3 (2017): 129–34.
- Herder, Johann G. *Myśli o filozofii dziejów*. Vol. 1. Warszawa: PWN, 1962.
- Horwitz, Allan V. *Creating Mental Illness*. Chicago and London: University of Chicago Press, 2002.
- Horwitz, Allan V., and Jerome C. Wakefield. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press, 2012.

- Jakubik, Andrzej. "Kultura a zaburzenia psychiczne." *Studia Psychologica* 4 (2003): 133–50.
- Kandel, Eric R. "A New Intellectual Framework for Psychiatry." *American Journal of Psychiatry* 155, no. 4 (1998): 457–69.
- Kendell, Robert. "What Are Mental Disorders?" In *Issues in Psychiatric Classification: Science, Practice and Social Policy*. New York: Human Sciences Press, 1986.
- Kępiński, Antoni. *Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii*. Warszawa: PZWL, 1978.
- . *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie, 1994.
- Kiev, Ari. *Transcultural Psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Books, 1972.
- Kirmayer, Laurence J., and Daina Crafa. "What Kind of Science for Psychiatry?" *Frontiers in Human Neuroscience*, no. 8 (435) (2014), <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2014.00435/full>.
- Kirmayer, Laurence J., and Maxwell J. D. Ramstead. "Embodiment and Enactment in Cultural Psychiatry." In *Embodiment, Enaction, and Culture: Investigating the Constitution of the Shared*. Edited by Christoph Durt, Thomas Fuchs, and Christian Tewes. Cambridge and London: The MIT Press, 2017.
- Kirmayer, Laurence J., and Allan Young. "Culture and Somatization." *Psychosomatic Medicine* 60, no. 4 (1998): 420–30.
- Konarzewski, Krzysztof, and Grażyna Żychlińska. "Psychologiczne różnicowanie i spostrzegane podobieństwo innego człowieka do siebie a zachowanie allocentryczne." *Psychologia Wychowawcza* 2, no. 5 (1978): 519–25.
- Krzyżowski, Janusz. *Psychiatria transkulturowa*. Warszawa: Medyk, 2002.
- Laing, Ronald D. „Ja” i inni: *Relacje a zaburzenia psychiczne*. Translated by Bogdan Mizia. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 1998.
- . *Podzielone „ja.”* Translated by Maciej Karpiński. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 1995.
- . "Polityka doświadczenia." In Laing, *Polityka doświadczenia. Rajski ptak*. Translated by Agnieszka Grzybek. Warszawa: Wydawnictwo KR, 1996.
- Linton, Ralph. *Kulturowe podstawy osobowości*. Translated by Aleksandra Jasińska-Kania. Warszawa: PWN, 1975.
- MacLachlan, Malcolm. *Embodiment: Clinical, Critical, and Cultural Perspectives on Health and Illness*. Maidenhead: Open University Press, 2004.
- Maj, Filip. "O rozumieniu reguł 'dezintegracji' i 'dekonstrukcji' (Kazimierz Dąbrowski i Michel Foucault)." *Humanistyka i Przyrodoznawstwo* 17 (2011): 175–87.
- Miller, Adam. *Szpital jako instytucja totalna: Socjologiczne studium przypadku*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 2013.
- Murphy, Jane M., and Alexander H. Leighton. "Cross-Cultural Psychiatry." In *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry*. Edited by Jane M. Murphy and Alexander H. Leighton. Ithaca: Cornell University Press, 1965.
- Murphy, Jane M., and Alexander H. Leighton, eds. *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry*. Ithaca: Cornell University Press, 1965.

- Nasierowski, Tadeusz. "Zarys dziejów psychiatrii: Kierunki w psychiatrii." In *Psychiatria: Podręcznik dla studentów medycyny*. Edited by Adam Bilikiewicz and Włodzimierz Strzyżewski. Warszawa: PZWL, 1992.
- Olszewska-Dyoniziak, Barbara. *Człowiek – Kultura – Osobowość: Wstęp do klasycznej antropologii kultury*. Kraków: Universitas, 2001.
- Penkala-Gawęcka, Danuta. "Antropologiczne spojrzenie na chorobę jako zjawisko kulturowe." *Medycyna Nowożytna* 1, no. 2 (1994): 5–16.
- Porter, Roy. *Szaleństwo: Rys historyczny*. Translated by Jan Karłowski. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 2003.
- Rakowski, Tomasz. "Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna." In *Antropologia stosowana*. Edited by Maciej Ząbek. Warszawa: Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UW, 2013.
- de Reuck, Ruth, and Ruth Porter, eds. *Transcultural Psychiatry*. London: Ciba, 1965.
- Rosenhan, David. L. "O ludziach normalnych w nienormalnym otoczeniu." Translated by Anna Kołyszko. In *Przełom w psychologii*. Translated by Kazimierz Jankowski et al. Edited by Kazimierz Jankowski. Warszawa: Czytelnik, 1978.
- Rybakowski, Janusz, Stanisław Pużyński, and Jacek Wciórka. *Psychiatria*. Vol. 1. *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010.
- Semple, David, et al. *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*. Translated by Jolanta J. Grzywa et al. Lublin: Czelej, 2007.
- Sieradzan, Jacek. *Szaleństwo w religiach świata: Szamanizm, religia starogrecka, judaizm, chrześcijaństwo, hinduizm, buddyzm, islam*. Kraków: Inter Esse and Wydawnictwo Wanda, 2005.
- Skarżyńska, Krystyna. *Człowiek a polityka: Zarys psychologii politycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.
- . "Czy jesteśmy prorozwojowi? Wartości i przekonania ludzi a dobrobyt i demokracja kraju." In *Jak Polacy przegrywają: Jak Polacy wygrywają*. Edited by Marek Drogosz. Gdańsk: GWP, 2005.
- Sontag, Susan. *Choroba jako metafora: AIDS i jego metafory*. Translated by Jarosław Anders. Warszawa: Karakter, 1999.
- Sowa, Julia. *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. Warszawa: PWN, 1984.
- Spitzer, Robert L. "On Pseudoscience in Science, Logic in Remission, and Psychiatric Diagnosis: A Critique of Rosenhan's 'On Being Sane in Insane Places.'" *Journal of Abnormal Psychology* 84, no. 5 (1975): 442–52.
- Stawiszyński, Tomasz. *Ucieczka od bezradności*. Kraków: Znak, 2021.
- Stawski, Filip. "Czy psychiatria jest nauką humanistyczną? Problem rozumienia środowiska zewnętrznego w psychiatrii." In *Doświadczenie, dyskurs, akademia*. Vol. 2. Edited by Agnieszka Ścibior. Kraków: Petrus 2020.
- Stypuła, Anna. *Kultura a choroba psychiczna: Rola czynników kulturowych w postrzeganiu, przebiegu i leczeniu zaburzeń psychicznych*. Kraków: Nomos, 2012.
- Szasz, Thomas S. "Is Mental Illness a Disease?" Foundation for Economic Education. November 1, 1999. <https://fee.org/articles/is-mental-illness-a-disease/>.

- . *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization*. New York: Routledge & Kegan Paul, 1974.
- Szpunar, Magdalena. *Kultura cyfrowego narcyzmu*. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2016.
- . „Narcystyczna kultura: O kondycji człowieka ponowoczesnego w kulturze zdominowanej przez narcyzm.” *Zarządzanie Mediami*, no. 3 (2020): 183–99.
- Tatarkiewicz, Władysław. *O szczęściu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Torrey, Erving F. *Czarownicy i psychiatrzy*. Translated by Hanna Bartoszewicz. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, 1981.
- Wright, Pádraig, Julian Stern, and Michael Phelan. *Psychiatria*. Vol. 1. *Sedno*. Translated by Daniel Bibułowicz. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2005.
- Zalta, Edward N., ed. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, s.v. “Mental Disorder (Illness)” (by Jennifer Radden). <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/mental-disorder/>.

ABSTRAKT / ABSTRACT

Magdalena SZPUNAR – Niewidoczna kultura. O znaczeniu i wartości podejścia kulturowego w psychiatrii

DOI 10.12887/35-2022-2-138-10

Jednym z głównych problemów psychiatrii jest redukovanie pacjenta do jego biologii, a pomijanie kontekstu kulturowego i społecznego, w którym on funkcjonuje. Przedstawiciele antypsychiatrii zwracają uwagę, że dysfunkcje psychiczne mają raczej źródła egzystencjalne niż wewnątrzustrojowe. Rozumienie tego rodzaju mechanizmów patogennych prowadzi do ograniczenia autorytaryzmu związanego z rolą lekarza-psychiatry. Kompleksowa opieka nad chorym psychicznie domaga się przede wszystkim wniknięcia w istotę kontekstu socjologiczno-psychologicznego, szacunku wobec chorego i jego godności, niezależnie od stanu, w jakim się on znajduje, a także uwzględnienia jego doświadczenia stanu patologicznego. Do ważnych osiągnięć antypsychiatrii zaliczyć należy rewizję kategorii zdrowia i choroby, dostrzeżenie ich niejednoznaczności i usytuowania między tym, co fizyczne, a tym, co psychiczne, odrzucenie redukcjonizmu biologicznego, zmiany w postrzeganiu zaburzeń psychicznych, a także ewolucję w podejściu do leczenia i farmakoterapii jako dominującej metody leczenia.

Słowa kluczowe: psychiatria, antypsychiatria, podejście kulturowe, Zeitgeist, kultury socjocentryczne

Kontakt: Instytut Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Śląski,
ul. Bankowa 11, 40-007 Katowice
E-mail: magdalena.szpunar@us.edu.pl
<https://www.magdalenaszpunar.com>

Magdalena SZPUNAR, The Invisible Culture: On the Meaning and Value of the Cultural Approach to Psychiatry

DOI 10.12887/35-2022-2-138-10

Among the main problems faced by psychiatry is the tendency to reduce patients to their biology by disregarding the cultural and social contexts in which they function. The followers of anti-psychiatry movement point out that mental dysfunctions are rooted in the existential context of an individual rather than in the structure of the human organism. Such an approach to pathogenic mechanisms makes it possible to reduce the authoritarian attitude inherent in the role played by the psychiatrist. Comprehensive care for the mentally ill requires, above all, an in-depth understanding of the patients' sociological and psychological context as well as respect for their dignity, regardless of their mental health problems. Their experience of the pathological condition also needs consideration. Important achievements of anti-psychiatry include a revision of the categories of health and disease, a recognition of the vague character of such a classification, combined with the understanding of health and disease as conditions in-between the physical and the mental, a rejection of biological reductionism, and a change in the perception of mental disorders and in the approach to medication as the dominant treatment method.

Keywords: psychiatry, anti-psychiatry, cultural approach, *Zeitgeist*, sociocentric cultures

Contact: Instytut Socjologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Śląski, ul. Bankowa 11, 40-007 Katowice, Poland

E-mail: magdalena.szpunar@us.edu.pl

<https://www.magdalenaszpunar.com>