

## Czy fenomenologia jest psychiatrii potrzebna?<sup>1</sup>

Andrzej Leder, Instytut Filozofii i Socjologii PAN

Kiedy psychiatrzy podejmują dyskusję o diagnozie i decydują się zasięgnąć opinii filozofa, to zwykle filozofem tym będzie fenomenolog. Musi więc być po temu jakiś poważny powód. W moich rozważaniach będę więc zastanawiał się – po pierwsze – nad tym, dlaczego panuje przekonanie, że fenomenologia ma coś do powiedzenia w sprawie psychiatrycznej diagnozy. A po drugie, czy przekonanie to jest racjonalnie uzasadnione.

Można podejrzewać, że istotną rolę odgrywa tu tradycja. Od czasów Karla Jaspersa – psychiatry i filozofa – przyjęto, że jest istotny związek pomiędzy podejściem fenomenologicznym a rozumieniem pacjenta. Do dzisiaj w niektórych podręcznikach psychiatrii używa się określenia „fenomenologiczny” w sposób sugerujący wagę rozumienia ludzkiego dylematu pacjenta dla leczenia. Co jednak autorzy mają na myśli odwołując się do fenomenologii?

Nie jest to wcale oczywiste. Przede wszystkim nie ma jednej fenomenologii. Są różne i to na tyle różne, że czasem dziwi łączenie ich jednym pojęciem. Pierwszą część mojego wystąpienia poświęcę więc omówieniu tych nurtów fenomenologii, które wydają się być najważniejsze dla problematyki psychiatrycznej. Mam tu na myśli fenomenologię Husserla, Heideggera, Jaspersa i Lévinasa.

Twórcą XX wiecznej fenomenologii jest Edmund Husserl. Jego teoria powstała nie dla jakiegokolwiek celu praktycznego, a jako myśl ściśle filozoficzna, mająca poprzedzać i ugruntowywać wszelkie nauki. Husserl występował przeciwko przekonaniu, że logika może być uwarunkowana przez przebieg realnych procesów umysłowych, przez psychologię, przekonaniu popularnemu na przełomie XIX i XX wieku. Wychodząc od stwierdzenia, że  $2 \times 2 = 4$  niezależnie od tego, jak skonstruowany jest mózg, który to myśli, głosił autonomię, samoistny sens zjawisk, czyli

1 Tekst stanowi konspekt referatu wygłoszonego w ramach Otwartych Seminariów Filozoficzno-Psychiatrycznych.

fenomenów. Ów sens miał być niezależny od wszelkich procesów i czynników, które mogłyby owe fenomeny warunkować.

Aby sięgnąć do samoistnego sensu zjawisk dokonywał operacji, którą nazywał redukcją transcendentálną. Ów myślowy zabieg miał mu pozwolić „zawiesić” wszelkie tezy o istnieniu lub nie-istnieniu postrzeganych przez nas zjawisk. Fenomeny przyjmujemy tak, jak nam się jawią, niezależnie od przekonania o ich istnieniu czy nieistnieniu, albo o takich czy innych przyczynach ich zjawiania się. Wyobrażony gryf jest dla fenomenologa równie ważny jak postrzeżony pies.

Jest oczywiście coś atrakcyjnego dla psychiatrów w takim podejściu. Badania specyfiki zjawisk – takich jak określona halucynacja czy urojenie – niezależnie od tego, że wiemy, że to tylko fenomeny psychiki, potencjalnie mogłoby, tak się wydaje, wiele wносить do rozumienia chorób psychicznych.

Już tutaj pojawiają się jednak istotne problemy metodologiczne. Pierwszy z nich związany jest ze słowem „badanie”. Badanie fenomenologa to opis. Opis jednak zawsze odsyła nas poza fenomen. Wobec tego postulat opisu bezzałożeniowego wydaje się trudny do utrzymania. Drugi problem wiąże się z pytaniem, czyje zjawisko psychiczne bada psychiatra, kiedy stara się dać fenomenologiczny opis jakiejś psychopatologii.

W filozofii zauważenie pierwszego problemu dało impuls fenomenologii Martina Heideggera. Ustalił on, że specyfika określonego zjawiska, kiedy próbujemy uchwycić ją w opisie, odsyła nas do struktury pewnego „świata”, w którym danemu człowiekowi jawi się ten fenomen. Stąd heideggerowskie pojęcie bycia-w-świecie, jako prymarnego dla wszelkiego opisu zjawiska.

W psychiatrii koncepcję tę rozwinęli Medard Boss i Ludwig Biswänger. W szczególności ten ostatni uważał, że specyfika objawów każdego pacjenta wynika ze specyficznego dla tej osoby sposobu konstytuowania świata i próbował ten szczególny sposób wyłaniać, używając ogólnych kategorii, takich jak ciągłość, nieciągłość itp. Czy coś z tego wynika dla psychiatrii, a w szczególności dla psychiatrycznej diagnozy? Do pytania tego zaraz wrócę, choć już teraz powiem coś takiego: stosunkowo mała obecność myśli poheideggerowskiej w psychiatrii wskazuje, że nie jest ona szczególnie atrakcyjna dla praktyki.

Linia krytyki husserlowskiej fenomenologii wyznaczona przez Heideggera została zradykalizowana przez jago francuskich kontynuatorów. Rzeczywiście, opis fenomenu zawsze odsyła – tak mówią również Jacques Lacan i Jacques Derrida – ale nie do jakiegoś mgławicowego „świata”, tylko do pewnej struktury dyskursu, czyli reguł języka, w którym o fenomenie się mówi (lub pisze). Ba, nie ma żadnego fenomenu samoistnego, każdy jest produktem określonej struktury dyskursywnej. Jeśli

zdefiniujemy odpowiednią matematykę, to  $2 \times 2$  będzie równało się 5. Czyli – samo przeżycie „czyste” jest całkowicie niedostępne, nawet dla własnej świadomości, a jego refleksyjne uświadomienie kształtuje struktura języka, którym jest dana świadomość.

To natychmiast odsyła nas do drugiego problemu, o którym mówiliśmy w kontekście Husserla, to znaczy pytania, czyje zjawisko opisuje psychiatra, kiedy próbuje opisywać „specyfikę” świata pacjenta. Przecież pisze o czymś, co ukształtował w swoim umyśle na podstawie pewnych wypowiedzi, zachowań i gestów pacjenta. Jeśli jednak kształt doświadczenia, przeżycia, zawsze określony jest przez pole językowe charakterystyczne dla danej świadomości, to zapewne wyobrażenie o „przeżyciach” pacjenta bliższe jest światu psychiatry niż człowieka, który siedzi naprzeciw niego. Czyją więc „rzeczywistość psychiczną” opisuje lekarz? Swoją, pacjenta, czy – o zgrozo – jakąś nieokreśloną mieszankę jednego i drugiego?

Fenomenologia Jaspersa mogłaby być rozumiana jako próba rozwiązania tego problemu. Obiektywnej obserwacji objawów pacjenta miało towarzyszyć poznanie ich subiektywnego sensu osiąganego przez wczucie. Empatia miała stać się narzędziem poznania pozwalającym uchwycić naocznie sens zjawiska w innej świadomości.

Tej myśli można postawić dwa zarzuty. Jeden z pozycji wewnątrz-fenomenologicznej, drugi z pozycji zewnętrznej wobec fenomenologii i związanej z praktyką. Z punktu widzenia klasycznej husserlowskiej fenomenologii strategia Jaspersa jest absurdalna: mamy tylko i wyłącznie dostęp do fenomenów ukonstytuowanych przez naszą świadomość. Dotyczy to również świadomości psychiatry. Poczucie „empatycznego wczucia” w przeżycia pacjenta jest schlebaniem sobie. Zawsze mamy do czynienia tylko z naszym wyobrażeniem tego, co dzieje się w innym. Wtórzuje tu poststrukturalistyczna krytyka fenomenologii. Wrażenie przeżycia, które tworzy sobie w głowie jaspersowski psychiatra, jest konstruktem, dokonującym się w ramach jego struktury dyskursywnej, w której wysoko wartościowane jest właśnie „współodczuwanie”. W gruncie rzeczy ma to niewiele wspólnego z doświadczeniami pacjenta.

Z perspektywy pozafenomenologicznej, czysto praktycznej i związanej z realiami pracy lekarza w klinice, można zadać inne pytanie. Jaki miałyby być sens takiego „wczuwania się w specyfikę przeżyć pacjenta”? Czy rzeczywiście może ono nam w czymkolwiek pomóc, kiedy podejmujemy decyzję o sposobie działania podejmowanego wobec chorego?

Sprawa jest niebagatelna. W istocie bowiem głęboka specyfika przeżycia każdego człowieka – nawet zgodnie z założeniami jaspersowskiego humanizmu – jest nieredukowalna do przeżyć innych ludzi. Im głębiej w nią wnikamy, tym trudniej nam wrócić do pewnych generalnych reguł ludzkiego funkcjonowania. Pytanie więc – do czego to oddalenie od tego, co ogólne, miałyby nam być potrzebne?

Jak sądzę, odpowiedź różni się radykalnie, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z psychoterapią czy psychiatrą medyczną.

Większość – choć nie wszystkie – kierunki psychoterapii zakładają, że uświadomienie pacjentowi specyfiki jego funkcjonowania psychicznego ma działanie terapeutyczne. Im bliżej tego, co dla niego szczególne, co charakteryzuje jego przeżycia w ich całej niepowtarzalności, tym większe szanse powodzenia. Dlatego terapeuta winien rozumieć i tym rozumieniem dzielić się z pacjentem. Niezależnie od tego, czy założenie to jest słuszne, czy nie, jest ono spójne w ramach psychoterapeutycznej strategii. Działanie terapeuty – słowo – ma być bliskie w swoim sensie sensu przeżycia.

Psychiatra leczący lekami musi działać inaczej. Nawet jeśli mógłby uchwycić absolutną specyfikę przeżycia pacjenta – co jak wyżej mówiłem, jest w ogóle wątpliwe – to w gruncie rzeczy nic mu to nie daje. „Absolutna specyfika” nie jest żadną wskazówką co do tego, jaki lek podać pacjentowi. Psychiatra musi wykonać drogę powrotną od „absolutnej specyfiki” do takiego poziomu obiektywizacji i standaryzacji, który pozwoli mu wybrać jedną z – powiedzmy – dziesięciu czy piętnastu strategii farmakologicznych, które ma do swojej dyspozycji.

Wyrażając tę sytuację bardziej formalnie: musi przenieść pacjenta pomiędzy dwoma polami dyskursywnymi, które mają zupełnie różną strukturę. Pierwsze to pole określone przez subiektywne, podmiotowe przeżycia chorego; drugie – pole wiążące pewne zestandaryzowane zespoły objawów ze strategiami leczenia farmakologicznego, które działają na człowieka całkowicie poza jego podmiotowością. Pomostem są tu kryteria, które zlewają i stapiają ze sobą szerokie i różnorodne spektrum doświadczeń w jedno dające się zdefiniować pojęcie.

Strategie farmakologiczne związane są ze zestandaryzowanymi kryteriami stosowania. Diagnoza psychiatry musi więc polegać nie tyle na „wczuciu” się w całkowitą specyfikę przeżycia pacjenta, co, znacznie upraszczając, na:

po pierwsze, utworzeniu całościowego obrazu pacjenta;

po drugie, wyłonieniu najbardziej znaczących cech tego obrazu przez porównanie z listami kryteriów;

po trzecie, wyeliminowaniu cech nieznaczących, czyli właśnie tych najbardziej specyficznych i szczególnych. Zwróćmy bowiem uwagę, że to, co czyni człowieka, a więc też pacjenta, najbardziej różnym od innych ludzi, zwykle u tych innych nie występuje, a więc nie mieści się na żadnych listach;

po czwarte, znalezieniu tej listy, której kryteria odpowiadają znaczącym u pacjenta.

Nawet, jeśli czasem nazywa się to „fenomenologią”, to z fenomenologią niewiele ma to wspólnego. Co więcej, uwzględnienie absolutnej specyfiki pacjenta uniemożli-

wiłoby zastosowanie kryteriów diagnostycznych. W istocie Jaspersowska diagnostyka fenomenologiczna rozsądziłaby diagnostykę „kryteriologiczną”.

Czy wobec tego fenomenologia nie ma nic do zaoferowania diagnostyce psychiatrycznej? Sądzę, że niewiele. Jeśli jednak jest nurt fenomenologii, który miałby coś do powiedzenia na temat relacji pacjenta i psychiatry, to jest to fenomenologia Emmanuela Lévinasa.

Podstawą tej myśli jest prymat relacji etycznej nad poznawczą. Zwróćmy uwagę, że we wcześniejszych koncepcjach, nawet tych najbardziej humanistycznych, zawsze występował prymat poznania: wpierw tak czy inaczej „poznawaliśmy” to, co się dzieje, potem jakoś się do tego nastawialiśmy. U Lévinasa prymat etyki traktowany jest bardzo mocno. Rdzeń jego filozofii tkwi w tym, że cała aktywność poznawcza, łącznie z treścią poznawaną, wywodzi się z rodzaju relacji etycznej, w którą wchodzimy z drugim człowiekiem. Najogólniej – ta relacja warunkuje naszą mowę, ta mowa – strukturę świata, w którym operujemy, ta struktura – sposób jawienia się zjawisk, które poznajemy.

Levinas nie jest jednak naiwnym moralizatorem. Przede wszystkim doskonale zdaje sobie sprawę ze wszystkich przedyskutowanych wyżej trudności. Nie wierzy w możliwość „wczucia” się w innego. Wręcz odwrotnie, fundamentem jego myśli jest to, że Inny w swej inności jest całkowicie niepoznawalny, w zupełności wykracza poza mój świat. Relacja etyczna wyprzedza poznawczą również dla tego, że Innego poznać nie mogę jako innego, poznając sprowadzam go do siebie. To, jak to robię, określone jest właśnie etycznie. Ja pozostaje ja, Inny – innym, ale Ja ma służyć innemu.

Nie znaczy to, że Levinas zaleca jakieś trwanie w oniemiałym zachwycie wobec Innego. Służba ma charakter praktyczny. I dlatego, jak sądzę, ta myśl może być atrakcyjna dla psychiatrii. Bowiern jeśli Levinas ustanawia prymat wymiaru etycznego nad poznawczym, to w obszarze psychiatrycznym mówi, mniej więcej coś takiego: Tak, wygłaszając diagnozę wartościuję, a nie „neutralnie i naukowo” opisuję. Pod aktem poznawczym zawsze kryje się wartościowanie. Tu mówi jak antypsychiatry. Ale inaczej niż oni, nie proponuje porzucenia opisu i zastąpienia go powszechnym wczuciem i rewolucją społeczną. Mówi raczej: bardzo dobrze, musimy wartościować, tak zbudowane jest nasze myślenie, nie wartościować to znaczy – nie myśleć. Ale musimy wiedzieć, jak i dlaczego wartościujemy, a przede wszystkim wybierać taki sposób, w którym służymy Innemu.

Jeśli więc poważnie potraktować Levinasa, to nie chodzi o to, żeby zmieniać strategię diagnozy „kryteriologicznej” na jakąś inną. Chodzi raczej o to, żeby stale i w każdej chwili pamiętać, po co ją stosujemy. To zmieni samą treść diagnozy. Jak

sądzę, Levinas twierdziłby, że wtedy diagnozy stawiane przez psychiatrów byłyby lepsze, a w każdym razie lepsze dla pacjentów.

### **Bibliografia**

- Biswänger Ludwig, *Being-in-the-World. Selected Papers of Ludwig Biswänger*, trans. Jacob Needleman, New York, Harper and Row 1963.
- Boss Medard, *Psychoanalyse und Daseinanalytik*, Bern 1957.
- Heidegger Martin, *Bycie i czas*, przeł. B. Baran, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1994.
- Heidegger Martin, *List o humanizmie*, w: *Budować, mieszkać, myśleć*, przeł. J. Tischner, Warszawa, Czytelnik 1977.
- Husserl Edmund, *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii. Ks. 1*, przeł. D. Gierulanka, Warszawa 1975.
- Husserl Edmund, *Badania logiczne. T. 2. Badania dotyczące fenomenologii i teorii poznania. Cz. 1-2*, przeł. J. Sidorek, Wydawnictwo Naukowe PWN 2000.
- Jaspers Karl, *Reason and Existenz*, trans. W. Earle. New York, Noonday Press 1955.
- Lévinas Emmanuel, *Całość i nieskończoność*, przeł. M. Kowalska, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1998.