

## O ROLI MYŚLENIA TECHNOLOGICZNEGO W PSYCHIATRII WSPÓŁCZESNEJ

– Andrzej Kapusta –

**Abstrakt.** Pojawienie się nowych technologii miało znaczący wpływ na rozwój współczesnej psychiatrii. Na sposób wyjaśniania natury zaburzeń psychicznych, klasyfikacji zaburzeń oraz roli i miejsca ekspertów od spraw zdrowia psychicznego wpływają dzisiejsze możliwości skanowania mózgu, badania biochemiczne, poszukiwanie markerów genetycznych oraz rozwój psychofarmakologii. Artykuł ma na celu przedstawienie konsekwencji myślenia technicznego w psychiatrii, podanie przykładów takiego myślenia oraz krytykę jednostronnie technicznego podejścia i wskazanie na etyczne aspekty technicznej wiedzy eksperckiej.

**Słowa kluczowe:** filozofia psychiatrii, technologia, rozum technologiczny, diagnoza, ekspertyza psychiatryczna, Martin Heidegger, James Phillips, John Sadler, Jeniffer Radden.

Pojawienie się nowych technologii miało znaczący wpływ na rozwój współczesnej psychiatrii. Na sposób wyjaśniania natury zaburzeń psychicznych wpływają możliwości skanowania mózgu, badania biochemiczne, poszukiwanie markerów genetycznych. Szczególne nadzieje lokuje się w rozwoju psychofarmakologii i postępach leczenia. W wyniku rozwoju statystycznych i epidemiologicznych metod badawczych, popularyzacji oraz intensyfikacji psychofarmakologii, a także zwiększenia możliwości wyjaśniania biologicznych podstaw zaburzeń, główny nurt dzisiejszej psychiatrii został zdominowany przez redukcyjne myślenie neurobiologiczne. To z kolei stało się powodem zmarginalizowania niejasnych i podejrzanych podejść terapeutycznych, często utożsamianych z terapią psychodynamiczną, które próbują zrozumieć szersze doświadczenie pacjenta oraz zinterpretować głębsze pokłady sensu jego doświadczeń. Psychiatria stara się więc wpisać w szerszy nurt współczesnej medycyny, wykazać swoją precyzję diagnostyczną i efektywność terapeutyczną<sup>1</sup>. Technologia biomedyczna poszukuje nowych farmaceutyków, procedur chirurgicznych, terapii genowej, czemu ma sprzyjać zwiększenie diagnostycznej dokładności oraz gromadzenie obiektyw-

---

<sup>1</sup> Kapusta [2010].

nych danych dotyczących choroby i funkcjonowania organizmu<sup>2</sup>. W tym kontekście również i lekarz staje się rodzajem terapeutycznego narzędzia, wykonawcą ściśle sprecyzowanych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Tego rodzaju technologiczna postawa budzi w obrębie psychiatrii szereg dyskusji i sporów, albowiem jej specyfika i obiekt zainteresowań nie pozwala na tak łatwe wpręgnięcie w wąski model technologii medycznych.

Artykuł ma na celu przedstawianie konsekwencji myślenia technicznego w psychiatrii, podanie przykładów takiego myślenia oraz krytykę jednostronnie technicznego podejścia i wskazanie na etyczne aspekty technicznej wiedzy eksperckiej.

### Rodzaje technologii

Zanim omówimy relacje między technologią i psychiatrią warto odnieść się do sposobu pojmowania samej technologii. Technologia to nie tylko zbiór narzędzi, którymi się posługujemy w naszym życiu, lecz również zmiana postrzegania świata i nas samych<sup>3</sup>. Słowo „technologia” określa się jako:

1. Zwiększenie możliwości manipulowania elementami naszego świata i sposób postrzegania otaczającego nas świata oraz innych ludzi jako rodzaju „towarów” realizujących nasze pragnienia i potrzeby. W psychiatrii rozwój psychofarmakologii, a szczególnie dyskusja wokół Prozaku<sup>4</sup>, pokazała jak nowe technologie medyczne mogą przededefiniować postrzeganie ludzkiego charakteru i przyczyniać się do myślenia na temat łatwej technologicznie modyfikacji ludzkich postaw i zachowań za pomocą mierzalnych i efektywnych narzędzi terapeutycznych.
2. Przedefiniowanie tego, co realne. Bardziej realne okazało się bowiem to, czego nie widać gołym okiem, ale staje się widoczne poprzez soczewki technologii. W psychiatrii wiąże się to z poszukiwaniem rzeczywistych przyczyn choroby w uwidocznionych przez neuroobrazowanie uszkodzeniach mózgu, czy poszukiwanie genetycznych markerów.
3. Sposób myślenia, technologiczną postawę. W psychiatrii wiąże się to z paradygmatyczną dominacją modelu biomedycznego i koncentracją na mierzalnych i manipulowanych aspektach diagnozy i terapii (np. rozwój tzw. *Evidence-based medicine*).

---

<sup>2</sup> Broome, Bortolotti [2009].

<sup>3</sup> Dreyfus [1991, 2005]; Phillips [2009].

<sup>4</sup> Healy [2004].

Specyfikę myślenia technologicznego w sposób bardzo obrazowy przedstawia Hubert Dreyfus<sup>5</sup>. Dla niego przykładem technologicznej postawy jest styropianowy kubek porównany z filiżanką chińskiej lub japońskiej porcelany. Styropianowy kubek i porcelanowa filiżanka reprezentują dwa odmienne sposoby odnoszenia się do rzeczy i czynienia użyteczności z narzędzi. Styropianowy kubek to przykład doskonałej użyteczności i funkcjonalności. Jest tani, dostępny, przenośny, nie wymagający szczególnej troski i zabiegów. Filiżanka zaś to przedmiot delikatny, niepowtarzalny, wymagający szczególnej troski, związany z pewną tradycją i typem relacji. Dreyfus podkreśla, że istnieje ścisły związek między postrzeganiem rzeczy, rozumieniem świata a budowaniem określonego typu społecznych relacji i obrazu siebie. Styropianowy kubek reprezentuje świat człowieka aktywnego, niezależnego, agresywnego, nieustannie dążącego do efektywności i realizacji własnych pragnień. Chińska porcelana to świat człowieka szanującego tradycję, wrażliwego na estetyczne niuanse, otwartego na społeczne kontakty i relacje. Inspirowana tekstami Heideggera krytyka technologii podkreśla dominację naszego myślenia na temat świata w kategoriach efektywności, kalkulacji, przewidywalności i kontroli. Nasze myślenie i działanie bliższe jest światu styropianowego kubka, niż światu chińskiej porcelany. Jak pisze Heidegger w eseju *Pytanie o technikę*: „Przemawia za tym rozpowszechnione mówienie o materiale ludzkim, o chorych jako materiale klinicznym”<sup>6</sup>.

Odwołując się do trójczłonowej definicji techniki Don Ihde<sup>7</sup> należy podkreślić, że technika to nie tylko artefakt (materialny element) oraz jego wykorzystanie do pewnego instrumentalnego celu, lecz także społeczne zakorzenienie i typ relacji społecznych towarzyszących korzystaniu z pewnych narzędzi. To właśnie ten typ relacji wydaje się szczególnie istotny w psychiatrii.

### **Rozumienie technologii w kontekście psychiatrii**

Odwołując się do powyższych analiz możemy rozróżnić trzy znaczenia technologii w psychiatrii: technologia jako narzędzie leczenia, technologia jako metoda badawcza, technologia jako sposób myślenia<sup>8</sup>.

1. Technologia jako narzędzie leczenia dotyczy przede wszystkim poszukiwania efektywnych procedur leczniczych, szczególnie zaś stosowania psychofarmakolo-

---

<sup>5</sup> Dreyfus [1995].

<sup>6</sup> Heidegger [2002] s. 19–20.

<sup>7</sup> Ihde [1990].

<sup>8</sup> Phillips [2009].

gii. Szerzej może także obejmować diagnostykę zredukowaną do jasno sprecyzowanych kryteriów i procedur.

2. Technologia jako narzędzie badawcze dotyczy poszukiwania przyczyn i mechanizmów chorobowych za pomocą wyrafinowanych instrumentów pozwalających na skanowanie mózgu, badania mikrofizjologiczne oraz poszukiwanie markerów genetycznych.

3. Technologia jako sposób myślenia to pewna całościowa postawa wobec świata i innych, a szczególnie wobec pacjenta i jego doświadczenia.

James Phillips określa dzisiejsze miejsce i rolę technologii w medycynie i psychiatrii (w opiece zdrowotnej), jako rozum techniczny, technologiczny lub instrumentalny<sup>9</sup>. Polega on na usystematyzowaniu wiedzy klinicznej według schematu, którego celem jest sprowadzenie problemów i doświadczenia indywidualnego pacjenta do przypadku ogólnego typu choroby. Konkretny problem pacjenta stanowi zawsze przypadek ogólniejszego typu. Wiedza ogólniejszego typu pozwala zaś na zastosowanie odpowiednio skonwencjonalizowanych środków i procedur, a ostatecznie na osiągnięciu celu, jakim jest rozwiązanie danego typu problemu. Techniczna diagnoza i leczenie przyjmuje często bardzo schematyczny charakter i przypomina ogólniejszą strategię naprawy jakiegokolwiek zepsutego przedmiotu<sup>10</sup>. Pacjent jest przede wszystkim przypadkiem pewnego typu choroby: np. schizofrenii lub depresji. Różnice między jednostkami są istotne, o ile pozwalają uporządkować pacjentów w określone podgrupy lub podtypy danej choroby. Leczący czy terapeuta również traci swoją indywidualność. Określony algorytm diagnozy i leczenia może być zastosowany przez każdego, kto otrzyma stosowne przeszkolenie. Również formy psychoterapii poznawczo-behawioralnej poprzez odwołanie do zbioru jasno sprecyzowanych wskazań i procedur wpisują się w myślenie instrumentalne.

Należy podkreślić, że krytyka rozumu technicznego/instrumentalnego nie oznacza naiwnej romantycznej idei powrotu do przednaukowych form wsparcia i pomocy. Phillips podkreśla, że trudno jest zakwestionować użyteczność technicznego podejścia w psychiatrii. Nauka nie stoi jednak w sprzeczności ze sztuką i profesjonalnym doświadczeniem. Rozum instrumentalny nie musi wyeliminować rozumu praktycznego. Algorytmy leczenia okazują się bardzo użyteczne. Pozwalają nam uporządkować i organizować nasze myślenie i działanie. Nie mogą

---

<sup>9</sup> Phillips [2002]; Kapusta [2010, 2013].

<sup>10</sup> Przykładem tego myślenia jest tytuł książki Nancy Andreasen *Złamany mózg (The Broken Brain)*. Warto podkreślić, że Andreasen w późniejszym okresie wycofała się z tej metaforyki, o czym świadczy tytuł jej kolejnej książki: *Fascynujący mózg*.

jednak zastąpić klinicznej oceny i doświadczenia. „To, czemu się przeciwstawiam – powiada Phillips – to raczej dominacja podejścia technicznego i iluzji technicznego władania”<sup>11</sup>.

Dominacja myślenia technologicznego pojawia się często pomimo świadomości jego ograniczeń. Krytyczny głos często pozostaje na marginesie głównego nurtu działań. Przykładowo, dokument często krytykowany za próbę wdrożenia schematycznego i zalgorytmizowanego podejścia do psychiatrii, podręcznik DSM<sup>12</sup>, we wstępie ostrzega czytelnika przed łatwością etykietyzacji pacjentów i naiwną wiarą w obiektywne istnienie sklasyfikowanych tam jednostek chorobowych:

W DSM-IV nie pojawia się założenie, że każda kategoria zaburzenia umysłu stanowi całkowicie dyskretną tożsamość z absolutnymi granicami oddzielającymi ją od innych zaburzeń umysłu. Nie pojawia się także założenie, że wszystkie jednostki opisane jako posiadające to same zaburzenie umysłu są do siebie podobne w jakiś istotny sposób. Klinicysta używający DSM-IV winien więc rozważyć fakt, iż jednostki posiadające wspólną diagnozę mogą być niejednorodne nawet w odniesieniu do definicyjnych cech diagnozy, a w przypadkach granicznych trudno będzie dokonać diagnozy, chyba że jedynie na zasadzie prawdopodobieństwa. Ta perspektywa pozwala na większą elastyczność w użyciu systemu [diagnostycznego], zachęca do szczególnej uwagi wobec przypadków granicznych i kładzie nacisk na potrzebę dodatkowych informacji wykraczających poza diagnozę<sup>13</sup>.

Amerykański psychiatra i filozof John Sadler również wskazuje na szereg cech myślenia technologicznego, które uwidaczniają się w technologicznie pojętej psychiatrii<sup>14</sup>. Technologia ma więc charakter skonwencjonalizowanej hermeneutyki, powoduje „znikanie” obiektów, posiada swoją „głębnię” oraz ma ambiwalentny charakter.

1. Skonwencjonalizowany charakter hermeneutyki oznacza, iż łatwo się do niej przyzwyczajamy, szybko zaczyna funkcjonować w tle naszej uwagi. Uwidacznia się zaś w momentach dysfunkcji i uszkodzenia, niczym młotek, który staje się przedmiotem naszej szczególnej uwagi w momencie własnego uszkodzenia. Kategorie i narzędzia diagnostyczne mogą łatwo stać się oczywistymi narzędziami

---

<sup>11</sup> Phillips [2002], tłumaczenie własne [A.K.].

<sup>12</sup> Sadler et al. [2004].

<sup>13</sup> APA, DSM-IV [1994] s. XXII.

<sup>14</sup> Sadler [2005].

klasyfikacji i diagnozy. Szczególnie jeśli są wykorzystywane w sposób bezkrytyczny i nawykowy.

2. Znikanie zjawisk jest efektem wpływu narzędzi i technologii na postrzeganie samej rzeczywistości. Nie tylko więc same narzędzia umykają naszej uwadze, lecz także elementy samej rzeczywistości przestają być dla nas widoczne. Technologiczna koncentracja na biologicznych aspektach zaburzeń powoduje „znikanie” psychologicznych i doświadczeniowych aspektów zdrowia i choroby. Koncentracja nad oznakach i symptomach zaburzeń powoduje zignorowanie innych aspektów życia pacjenta.

3. Zwielokrotnienie i redukcja ludzkiego doświadczenia to przede wszystkim szukanie elementów chorobowych, szukanie symptomów i zaburzeń, a zminimalizowanie innych aspektów doświadczenia pacjenta.

4. Technologiczna głębia przejawia się w „głębokim” wpływie technologii na ludzkie życie. Uwidacznia się to w psychiatrii w przywiązaniu terapeutów i samych pacjentów do własnych kategorii diagnostycznych jako w znacznym stopniu definiujących charakter diagnozowanych osób. W szerszym znaczeniu technologiczna głębia oznacza przyjęcie medykalizacyjnej perspektywy wobec trudnych doświadczeń i kryzysów człowieka. Wpływa na relacje lekarz–pacjent i w pewnym sensie redefiniuje naturę doznań pacjenta w kategoriach mniej lub bardziej rozregulowanego systemu biologiczno-informacyjnego.

5. Ambiwalencja technologii wskazuje na jednoczesne wady i zalety jej rozwoju. Nowe technologie przyczyniają się do zwiększenia technicznych możliwości komunikowania się i transportu, mają jednak negatywny wpływ na jakość społecznych i personalnych kontaktów. Rozwój medycyny dzięki postępom technologii wydaje się oczywisty, jednakże nadmierny entuzjazm co do możliwości rozwiązania naukowych i diagnostycznych problemów psychopatologii wydaje się nawianna, niekiedy zaś niebezpieczna.

### **Obszary myślenia technologicznego w psychiatrii**

Wpływ technologii na psychiatrię jest najczęściej dyskutowany w odniesieniu do diagnozy i leczenia, konkretnie zaś wobec tworzenia i stosowania współczesnych systemów klasyfikacyjnych<sup>15</sup> oraz możliwości przełomu w psychofarmakologii<sup>16</sup>.

Badania genetyczne chorób psychicznych ilustrują, jak rozwój nauki może przyczynić się do reklasyfikacji psychopatologii. Rozwój badań genetycznych mo-

---

<sup>15</sup> Sadler [2005].

<sup>16</sup> Stein [2008].

że przyczynić się do przetestowania wartości konwencjonalnych diagnoz<sup>17</sup>. Oczywiście trudno jest odnieść określoną sekwencję genów do poszczególnych cech organizmu oraz poszczególnych symptomów chorobowych. Ekspresja genu jest bowiem regulowana poprzez interakcję ze środowiskiem. Fenotypy genetyki psychiatrycznej rzadko odnoszą się do klasycznych kraepelinowskich syndromów czy poszczególnych symptomów (np. lęków czy kompulsji). Podobnie jak w przypadku medycyny somatycznej zaczęto spoglądać na czynniki genetyczne w kategoriach „złożonej genetyki”<sup>18</sup>, a na genom jako wskaźnik prawdopodobieństwa wystąpienia określonej choroby lub diagnozy (statystyczny predyktor). Model „złożonej genetyki” stara się objąć swym zainteresowaniem genotypy i fenotypy osób normalnie funkcjonujących, a będących krewnymi pacjentów. Punktem wyjścia badań z zakresu genetycznej nozologii jest przyjęcie zasady „etiologicznej heterogeniczności” – podobne symptomy czy podobnie wyglądające zaburzenia mogą posiadać całkowicie różne przyczyny. Z kolei ten sam lub podobny zestaw genów znajduje odmienny wyraz w postaci różnych objawów w wyniku genowej regulacji i ekspresji. Możemy wyodrębnić grupę genotypowo powiązanych symptomów, które pomimo różnic w przejawach tworzą wspólne spektrum zaburzeń. Przykładem jest schizofreniczne spektrum, które to zaburzenia nie mieszczą się w jednej kategorii we współczesnych klasyfikacjach, jednak mogą być genetycznie spokrewnione ze schizofrenią. Genetyczna nozologia może więc doprowadzić do powstania spektrów jednostek chorobowych, które na dotychczasowych klinicytach albo laikach mogą sprawiać wrażenie zawierających całkowicie różne jednostki chorobowe. Zaburzenia o charakterze spektrum domagają się alternatywnego „nie-fenomenologicznego” (ignorującego poziom doświadczenia pacjenta) podejścia do chorób, w którym jedynie wiarygodnym instrumentem diagnozy stają się naukowe i technologiczne narzędzia diagnostyczne, niczym radar sięgające poza neuro-fenotypowy poziom rzeczywistości. Podważenie fenomenologicznej pierwotności diagnostyki prowadzi do powstania odrębnego od potocznego doświadczenia języka opisu, wobec którego nawet fenomenologiczna „kryteriologia”<sup>19</sup> współczesnych systemów diagnostycznych wydaje się bliższa codziennemu światu pacjenta i klinicysty.

Oprócz technologii diagnostycznych przejawy myślenia technologicznego odnajdziemy w rozwoju psychofarmakologii. Debata na temat Prozaku oraz

---

<sup>17</sup> Porteri [2012].

<sup>18</sup> Sadler [2005].

<sup>19</sup> Sadler et al. [1994]; Ghaemi [2009].

innych leków antydepresyjnych<sup>20</sup> ujawniła ukryte założenia naszych postaw terapeutycznych<sup>21</sup>. Pojawili się bowiem sympatycy podejścia technologicznego – farmakologiczni hedoniści – którzy skłonni są wspierać farmakologiczne medykamenty jako narzędzia korzystnej zmiany i wspomaganie ludzkich nastrojów i zachowań. Przeciwnicy zaś, określani jako „farmakologiczni kalwiniści” nie zgadzają się na swoistą drogę na skróty w wysiłku własnej zmiany i samodoskonalenia. Jak Powiada Dan J. Stein:

Z perspektywy krytycznej technologicznej poprawy, poczynając od chirurgii kosmetycznej po kosmetyczną psychofarmakologię, wzmacniają poszczególne społeczne konstrukty i wartości. Obszar medycyny zawierający technologie poprawy jest spójny z jej rolą zmniejszania społecznych dewiacji, i jest problematyczny, o ile koncentruje się na patologii a ignoruje odporność, przecenia technologię a dehumanizuje ludzi oraz ignoruje nasz całkowity fizyczny, psychologiczny i duchowy dobrostan. Niektóre psychoterapie mogą być użyteczne w sprzyjaniu samowiedzy a nawet autotranscendencji, a niektóre środki psychotropowe mogą stać się przedmiotem zainteresowania, ponieważ pozwalają na badanie i dekonstrukcję „rzeczywistości”. Jednakże tak jak chirurgia kosmetyczna wzmacnia poszczególne wartości społeczne (np. zrównując wygląd kobiety z jej wartością), tak kosmetyczna psychofarmakologia działa przede wszystkim jako konserwatywna siła, promująca nieautentyczność i zakłócająca samorozumienie<sup>22</sup>.

### **Etyczne konsekwencje technologii i wiedza ekspercka**

Rozwój technologicznego myślenia ma również przełożenie na etyczne dyskusje dotyczące roli i miejsca samego psychiatry/terapeuty oraz optymalnej relacji między pacjentem i terapeutą. Wraz z rozwojem technologicznego podejścia rozpowszechnia się w psychiatrii pewien model technicznego eksperta<sup>23</sup>.

1. Pacjent pełni rolę konsumenta technicznego serwisu usług, podejmuje decyzje w sposób świadomy, wolny i autonomiczny oraz jest w stanie w pełni zrozumieć oferowane mu opcje terapii i ocenić wynikające z nich zarówno długotrwałe jak i krótkotrwałe konsekwencje.
2. Istnieje zrównoważona relacja władzy między pacjentem i terapeutą. Ekspert jest jedynie doradcą, którego diagnozy nie wywołują już stygmatyzujących

---

<sup>20</sup> Healy [2004].

<sup>21</sup> Stein [2008].

<sup>22</sup> Ibidem, s. 119, tłumaczenie własne [A.K.].

<sup>23</sup> Bloch et al. [1999]; Radden [2009].



i dyskryminujących konsekwencji.

3. Psychiatryczni konsumenci oraz eksperci realizują wspólne cele terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy pacjenta.

4. Relacja z ekspertem ma formę kontraktu, którego nierealizowanie niesie ze sobą jego zerwanie. Szczególnie gdy pacjent nie trzyma się wskazań i uzgodnień eksperta.

5. Wspomniany kontrakt opiera się na technicznej kompetencji i efektywności eksperta. Osobowość, doświadczenie i społeczna wrażliwość eksperta mają drugorzędny charakter. Liczy się przede wszystkim znajomość procedur i technicznych wymagań.

Powyższe cechy nowoczesnego eksperta wiążą się z pewną etyczną ambiwalencją. Z jednej strony ekspert jako ten, który wie lepiej, winien decydować o charakterze i formie świadczonej terapii i proponować najbardziej efektywne i bezpieczne jej formy. Z drugiej zaś strony relacja między terapeutą i klientem ma charakter równoważnej dwustronnej relacji. Pojawiają się dwie trudne do pogodzenia perspektywy: eksperckiego paternalizmu – preferowania rozwiązań technicznych, biomedycznych, produktywnych, najlepiej zgodnych z wskazaniami *EBM* oraz w niewielkim stopniu uwzględniających perspektywę i preferencję pacjenta (i jego bliskich), oraz eksperckiego autonomizmu – gdzie pacjent podejmuje własne decyzje jedynie w oparciu o uwagi i wskazania eksperta. Jeniffer Radden<sup>24</sup> twierdzi, że nowoczesny model ekspertyzy nie uwzględnia specyfiki terapii psychiatrycznej i społeczno-psychologicznej sytuacji pacjenta (szczególnie dotyczy to poważnych klinicznych przypadków) jako człowieka cierpiącego i oczekującego na pomoc. Radden mówi:

W opozycji do większości, chociaż nie całej praktyki medycznej, osoba, *persona*, praktykującego w psychiatrii jest często portretowana jako wchodząca w uzdrawiającą moc terapeutycznego związku między praktykującym a pacjentem. Ponieważ terapeutyczna skuteczność wydaje się na nim opierać, osobowość, *persona*, albo jaźń jest zwykle rozumiana jako warunek *sine qua non* terapeutycznego zaangażowania. [...] Rzeczywiście, skuteczne technologiczne podejście do ludzkich problemów, jak już na to wskazano, służy wykreśleniu zarówno indywidualności, jak i osobowości praktykującego<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> Radden [2009].

<sup>25</sup> Ibidem, s. 270.

Radden opowiada się za budowaniem pozytywnego wizerunku terapeuty jako osoby posiadającej specjalne osobiste kompetencje – wrażliwej, empatycznej i godnej zaufania, działającej zgodnie z określonym etosem i etyką charakteru<sup>26</sup>. Tego rodzaju postawa winna nieść za sobą rodzaj pluralizmu etycznego – otwartości na wartości pacjenta, które mogą zasadniczo różnić się od wartości uznanych przez samego eksperta.

### Podsumowanie

Psychiatria współczesna poszukuje swych naukowych i technologicznych podstaw<sup>27</sup>. W ten sposób wpisuje się w główny nurt dzisiejszej medycyny i w procesy medykalizacji oraz psychiatryzacji współczesnej kultury. Podejście technologiczne ujawnia często ukryte konceptualne założenia, za którymi kryją się określone społeczne konstrukty i wartości. Operacjonalizacja badań i procedur diagnostycznych oraz dogmatyczne i bezrefleksyjne wdrażanie technicznych procedur terapeutycznych może skutkować ignorowaniem doświadczeniowych i kulturowych uwarunkowań zaburzeń oraz osobowej i aksjologicznej perspektywy samego pacjenta. Obraz terapeuty jako obiektywnego i zdystansowanego eksperta może narzucać mu nierealistyczną postawę nieuwzględniającą rzeczywistych potrzeb i oczekiwań pacjentów i ich najbliższych.

### Bibliografia

- APA DSM IV [1994] – American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington 1994.
- Bloch et al. [1999] – S. Bloch, S. Green, P. Chodoff (eds.), *Psychiatric Ethics*, Oxford University Press, New York 1999.
- Dreyfus [1991] – H.L. Dreyfus, *Being-in-the-World. A Commentary on Heidegger's Being and Time. Division I*, MIT Press, Cambridge, MA 1991.
- Dreyfus [1995] – H.L. Dreyfus, *Heidegger on Gaining a Free Relationship to Technology*, [w:] *Technology and the Politics of Knowledge*, Andrew Feenberg, Alastair Hannay (eds.), Bloomington 1995.
- Ghaemi [2009] – N.S. Ghaemi, *Nosologomania. DSM & Karl Jaspers' Critique of Kraepelin*, „Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine” 10 (4) 2009.
- Healy [2004] – D. Healy, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York University Press, New York 2004.

---

<sup>26</sup> Radden, Sadler [2010].

<sup>27</sup> Murphy [2006].

- Heidegger [2002] – M. Heidegger, *Pytanie o technikę*, [w:] idem, *Odczyty i rozprawy*, tłum. J. Mizera, Technika i zwrot, Kraków 2002.
- Ihde [1990] – D. Ihde, *Technology and the Lifeworld: From Garden to Earth*, Indiana University Press 1990.
- Radden [2009] – J. Radden, *Thinking About the Repair Manual: Technique and Technology in Psychiatry*, [w:] *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry*, J. Phillips (ed.), Oxford University Press, 2009.
- Radden, Sadler [2010] – J. Radden, J. Sadler, *The Virtuous Psychiatrist: Character Ethics in Psychiatric Practice*, Oxford University Press, 2010.
- Kapusta [2010] – A. Kapusta, *Szaleństwo i metoda: granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2010.
- Kapusta [2013] – A. Kapusta, *Spór o pojęcie choroby psychicznej*, [w:] *Bioetyka*, J. Różyńska, W. Chańska (red.), Wydawnictwo Wolters Kluwer, 2013, s. 165–176.
- Murphy [2006] – D. Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*, MIT Press, Cambridge, MA 2006.
- Phillips [2002] – J. Phillips, *Managed Care's Reconstruction of Human Existence. The Triumph of Technical Reason*, „Theoretical Medicine” (23) 2002, s. 339–358.
- Phillips [2009] – J. Phillips (ed.), *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry*, Oxford University Press, 2009.
- Porteri [2012] – C. Porteri, *Genetics and psychiatry: a proposal for the application of the precautionary principle*, „Journal of Medicine, Health Care and Philosophy” 16 (3) 2012, s. 391–397.
- Broome, Bortolotti [2009] – M. Broome, L. Bortolotti (eds.), *Psychiatry as Cognitive Neuroscience: Philosophical Perspectives*, Oxford University Press, 2009.
- Sadler [2005] – J.Z. Sadler, *Values and Psychiatric Diagnosis*, Oxford University Press, 2005.
- Sadler et al. [1994] – J.Z. Sadler, O.P. Wiggins, M.A. Schwartz (eds.), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Classification*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 1994.
- Sadler [2002] – J.Z. Sadler (ed.), *Descriptions and Prescriptions: Values, Mental Disorders, and the DSMs*, Johns Hopkins University Press, Baltimore 2002.
- Stein [2008] – D.J. Stein, *Philosophy of Psychopharmacology*, Cambridge University Press 2008.