

ANDRZEJ KAPUSTA

Pojęcie choroby psychicznej w fenomenologicznej perspektywie

Wprowadzenie

Wyjaśnianie chorób wiąże się z poszukiwaniem przyczyn i mechanizmów odpowiedzialnych za ich powstanie, natomiast dla ich rozumienia konieczne jest uwzględnienie doświadczeń pacjenta, jego chorobowego postrzegania świata. Różnorodność poglądów na temat charakteru choroby umysłu wynika ze sposobu umiejscowienia norm, do których winna odwoływać się psychopatologia: czy są one zasadniczo biologiczne, czy społeczno-moralne? W ramach perspektywy biomedycznej źródeł choroby poszukuje się w biologicznych defektach i dysfunkcjach. Podejście społeczne wskazuje na funkcje psychiczne, które znajdują wyraz w społecznie nieakceptowanych zachowaniach.

Wielu badaczy poszukuje możliwości pogodzenia aspektu biologicznego z psychologicznym, społeczno-kulturowym lub egzystencjalnym. Niniejszy artykuł ma na celu prezentację bieżącej dyskusji wokół pojęcia choroby psychicznej, szczególnie zaś fenomenologicznych jej ujęć, które krytycznie oceniają biomedyczne podejścia oraz kryteriologiczno-klasyfikacyjne nozologie. Współczesne klasyfikacje psychiatryczne oraz naukowe analizy (biologiczne, psychologiczne) na ogół ignorują istotny wymiar chorobowego doświadczenia oraz nie postrzegają choroby jako niepowodzenia w codziennej ludzkiej aktywności. Nawiązanie do współczesnego sporu o naturę choroby psychicznej z teoriami Szasza, Boorse'a, Kendella, Fulforda pokazuje różnorodność i normatywny charakter tego pojęcia. Po-

mimo możliwości podjęcia różnych poziomów opisu patologii ludzkiego umysłu podkreśla się konieczność uchwycenia zaburzeń psychicznych poprzez uwzględnienie doznań i doświadczeń pacjenta. Koncepcja choroby Svenaesa pokazuje egzystencjalny i doświadczeniowy wymiar choroby, natomiast analizy jej cielesnego wymiaru ukazują, w duchu Merleau-Ponty'ego, brak możliwości postawienia ostrej granicy między ciałem i umysłem, a w konsekwencji – cielesny wymiar zaburzeń psychicznych.

Karla Jaspersa refleksje nad chorobą

Jaspers jest świadom trudności ze zdefiniowaniem pojęcia dolegliwości i choroby. Medycyna określa w sposób szczegółowy i empiryczny, czym są poszczególne rodzaje chorób, natomiast bardziej ogólne określenie, czym jest choroba, nie zależy od oceny lekarza, lecz od opinii samych pacjentów oraz języka norm danej kultury. Widać to dobrze na przykładzie chorób psychicznych. Ten sam stan psychiczny może być interpretowany jako wymagający medycznej interwencji przypadek kliniczny albo doprowadzić osobę do konfesjonatu w celu pozbycia się ciężkiego poczucia winy.

Wspólnym elementem wielu chorób jest, według Jaspersa, wartościująca ocena: dolegliwość niesie ze sobą coś szkodliwego, niechcianego i gorszego. Jeśli chcemy pozbyć się pojęć wartościujących, poszukujemy empirycznych określeń choroby. Temu zadaniu jest w stanie podołać określenie przeciętności (średniej statystycznej); zdrowiu ma odpowiadać to, co zgadza się z większością przypadków, natomiast choroba jest tym, co rzadkie i co odbiega od przeciętnej [Jaspers, 1996, s. 653].

Choroby somatyczne wydają się być definiowane w sposób w miarę prosty: pragnie się długiego życia, zdolności do prokreacji, fizycznej sprawności, siły, braku przemęczenia, minimalizacji i unikania bólu. Powyższe stany, jako oczywiste, łatwo są ignorowane, chociaż, będąc pożądanymi przez każdego, nadają pojęciu choroby somatycznej znaczną stabilność i oczywistość. Pojęcie średniej statystycznej napotyka jednak na teoretyczne problemy: większość ludzi w krajach rozwijających się ma w zębach próchnicę, ale mówi się o niej jako o chorobie. Istnieją także odstępstwa od śred-

niej w postaci ogromnej siły fizycznej i długości życia. Aby lepiej uchwycić pojęcie choroby, należy, według Jaspersa, odnosić je do pojęć idealnych. Pojęcie zdrowia odnosi się do standardów wartościujących. Nie możemy ich uchwycić poprzez badanie anatomiczne lub histologiczne, ale poprzez coraz lepszą wiedzę na temat naszych organów, ich funkcji i wzajemnych powiązań.

Wartościujące pojęcie zdrowia i choroby często wchodzi w konflikt z empirycznymi i medycznymi koncepcjami. Obiektywnym danym somatycznym czasem towarzyszy brak świadomości choroby (np. w początkowym stadium raka wątroby); wówczas jedynie lekarz może zwiększyć wgląd pacjenta. Znamy także przypadki poczucia choroby bez żadnych obiektywnych jej wskazań (np. hipochondria).

Jaspers podkreśla, że dyskusje na temat pojęcia choroby w medycynie somatycznej spotykają się ze względnie małym zainteresowaniem, oprócz tych osób, które fascynuje kwestia zasad i podstawowych pojęć medycznych. W psychiatrii problematyka ta niesie ze sobą teoretyczne i praktyczne konsekwencje. Istnieje tam konieczność odwoływania się do standardów odmiennych niż biologiczne, czyli utrzymania życia jednostki i gatunku oraz braku bólu. W takich sytuacjach należy określić społeczne przystosowanie, zdolności do bycia szczęśliwym i zadowolonym z życia, spójność osobowości, harmonię cech charakteru itp. Z powodu różnorodności i złożoności norm psychicznych bardzo trudno uchwycić jakieś całościowe pojęcie „chorej osoby”.

Karl Jaspers podkreśla, że wszelkie próby definiowania choroby psychicznej muszą uwzględnić postawę pacjenta wobec własnej choroby, poczucie bycia chorym. Świadomość choroby (albo tej świadomości brak) stanowi jej integralną część i nie można traktować jej jako czegoś dodatkowego, co łatwo technicznie poddać korekcie [Jaspers, 1996, s. 658].

Z perspektywy obserwatora w zetknięciu z chorobą pojawia się coś niezrozumiałego. Może być ono efektem zaburzenia sensownych powiązań przez patologiczne mechanizmy i jawić się jako radykalne zerwanie możliwości komunikacji i pojawienie się niezrozumiałych motywów. Diagnostyka różnicowa polega na odczytaniu odmiennych rodzajów „niezrozumiałego” [Jaspers, 1996, s. 659].

Jaspers krytykuje „jednostki chorobowe” jako trwałe struktury odzwierciedlające rzeczywiste procesy chorobowe o wspólnej etiologii, symptomach, przebiegu, leczeniu i rokowaniu. Nie odrzuca potrzeby ich stosowania, ale traktuje je jako umowne i praktyczne sposoby porządkowania i klasyfikowania złożonej rzeczywistości.

Nozologię psychiatryczną Jaspers [1996, s. 506] porównuje do botaniki; deskrypcja klinicznych obserwacji osób z problemami psychicznymi odpowiada opisowi charakterystycznych cech rośliny. Szersze pytanie: „Czym jest choroba?” jest trudniejsze i przypomina stawiane w botanice pytanie: „Czym jest roślina?”. O wiele łatwiej jest opisać konkretną roślinę niż naturę bycia rośliną. Autor *Psychopatologii ogólnej* twierdzi, że określona nozologia nigdy nie może być definitywnie i absolutnie wartościowa, ale nie sądzi, że jest nieużyteczna.

Jaspers postrzega choroby jako „typy idealne” (w ujęciu Maxa Webera). Zastosowanie tego terminu jest widoczne w jego klasyfikacji osobowości, gdzie typy osobowości są efektem podkreślenia i uwydatnienia pewnej zrozumiałej własności (lub grupy własności) jednostki, jej w miarę trwałych i stabilnych sposobów realizacji, ekspresji oraz ogólnego zachowania. Odniesienie takiej grupy własności do osoby jako całości ma pozwolić na sensowne powiązanie między jej doświadczeniami a zachowaniem. Typy idealne nie mówią o samej rzeczywistości, ale podkreślają te jej aspekty, które w innym przypadku zaginęłyby w gąszczu różnorodnych szczegółów. „Idealny” nie znaczy więc „najlepszy, lepszy niż konkretna rzeczywistość”. Mamy do czynienia z abstrakcją, konstruktem stworzonym na bazie konkretnej rzeczywistości. Diagnoza nie może być w związku z tym definitywna i kompletna, ale sformułowana ze względów praktycznych i dla działań naukowych. W odróżnieniu od roślin w herbarium, klasyfikacja chorób jest zawsze niepewna i czasowa; możliwe są różne schematy, w zależności od tego, jak różni badacze skonstruują schematy i hipotezy badawcze.

Współczesne spory o definicje chorób psychicznych

Analizy Jaspersa akcentują konieczność sięgania do doświadczenia pacjentów oraz ujawniają hipotetyczny i prowizoryczny charakter diagnoz, które służą zasadniczo uporządkowaniu i systematyzacji szeregu zachowań,

symptomów i postaw ludzi chorych. Niemożność obiektywizacji świata duchowego [Kapusta, 2010] nakłada na nas obowiązek podążania za rzeczywistym doświadczaniem samych pacjentów i postrzegania ich symptomów jako rodzaju potencjalności ludzkiej egzystencji, formy ekspresji świata ducha. Również współczesna dyskusja na temat charakteru i definicji chorób (także psychicznych) ujawnia niemożność naukowego opisu chorób psychicznych i ograniczenia biologicznego podejścia do zaburzeń [Kapusta, 2008].

Thomas Szasz traktuje chorobę psychiczną jako rodzaj mitu. Rzeczywistymi chorobami są dla niego stany odchylenia od norm anatomicznych i genetycznych, a nie, jak w przypadku zaburzeń psychiatrycznych, odejście od społecznych i moralnych norm, problemy życiowe i egzystencjalne. Według amerykańskiego prekursora ruchu antypsychiatrycznego pojęcie choroby psychicznej znalazło pierwotne wsparcie w takich zjawiskach, jak kiła mózgu, stany deliryczne, zatrucia. Pojawiają się w nich różne dziwne zjawiska psychiczne, zaburzenia myślenia oraz zachowania, nie można jednak mówić o chorobach umysłu, lecz mózgu. Szasz nie zgadza się z redukcyjnym podejściem, które zakłada, że wszystkie choroby psychiczne są chorobami mózgu i stanowią rodzaj bardzo subtelnych defektów neurologicznych, które wcześniej czy później zostaną odkryte i wyjaśnią różne rodzaje zaburzeń myślenia i zachowania:

[...] postawa ta sugeruje, że ludzie nie mogą mieć kłopotów – wyrażających się w tym, co zwie się teraz „chorobą umysłu” – spowodowanych różnicami w osobistych potrzebach, opiniach, społecznych aspiracjach, wartościach itd. Wszelkie problemy życiowe przypisane są procesom fizykochemicznym, które wraz z upływem czasu zostaną odkryte w badaniu medycznym. [Szasz, 1960, s. 113]

W świetle takiej interpretacji zaburzenia psychiatryczne nie różnią się zasadniczo od chorób somatycznych; te pierwsze dotyczą mózgu, pozostałe zaś – innych narządów ciała.

Podejście powyższe jest, według Szasza, błędne, i to z dwóch powodów. (1) Symptomy centralnego układu nerwowego nie ujawniają się w postaci emocji czy rodzaju zachowań. Odpowiednikiem uszkodzenia skóry lub złamania jest na poziomie mózgu ślepotą, paraliż, defekt neurologiczny, a nie problemy życiowe. Przekonania osoby (pomimo że są zakorzenione

w ludzkim mózgu) dotyczące wiary w chrześcijaństwo czy w komunizm albo bycie przekonanym, że własne ciało „gnije” lub że jest się „martwym”, nie mogą być wyjaśnione przez defekt układu nerwowego. Muszą być wytłumaczone w odmienny, bardziej interesujący sposób. (2) Drugi błąd ma naturę epistemologiczną. Wynika on z przyjęcia pozycji „symetrycznego dualizmu” między symptomami umysłowymi i somatycznymi. Pomimo zasadniczej różnicy w diagnostyce somatycznej i psychiatrycznej nie uważa się, że zaburzenia fizyczne dotyczą zasadniczo oznak (np. gorączki) lub symptomów (np. ból), natomiast „mówimy o symptomach umysłowych, kiedy odnosimy się do *komunikatów* pacjenta *o sobie, innych i świecie wokół niego*” [Szasz, 1960, s. 113]. Twierdzenie, że ktoś jest Napoleonem albo prześladowanym przez komunistów, staje się symptomem wówczas, kiedy obserwator nie wierzy w tego rodzaju stwierdzenie. Pojawia się wówczas element oceny i ukryte porównanie czy dopasowywanie idei, pojęć i przekonań pacjenta do wyobrażeń obserwatora i społeczeństwa, w którym żyje.

Szasz twierdzi, że określenie „choroba psychiczna” jest czymś innym niż pojęcie „choroba mózgu”. Służy ono zasadniczo identyfikacji i opisaniu pewnego rodzaju deformacji osobowości, traktowanej jako przyczyna ludzkiej dysharmonii. Błąd polega na

[...] wyabstrahowaniu „choroby psychicznej” jako przyczyny, nawet jeśli abstrakcja ta służyła pierwotnie jako skrót myślowy dla wyrażenia pewnego typu zachowań. [Szasz, 1960, s. 114]

Psychiatria zajmuje się więc odmiennym typem norm niż reszta medycyny. O ile w chorobach somatycznych chodziło o odchylenie od normy funkcjonalnej, o dezintegrację ludzkiego ciała, choroby umysłu są zasadniczo odchyleniem od norm psychospołecznych, etycznych i prawnych.

Szasz nie zgodziłby się z Jaspersowskim oddzieleniem prawdziwych chorób psychicznych od chorób mózgu oraz od zrozumiałych problemów psychicznych, egzystencjalnych i społecznych. W perspektywie amerykańskiego antypsychiatry traktowanie schizofrenii czy depresji jako choroby powinno nieść za sobą w konsekwencji ich redukcję do zaburzeń mózgu. Jeżeli nie można tego uczynić, to należy traktować symptomy jako problemy życiowe. Postawa autora *Psychopatologii ogólnej* wydaje się mniej

radykalna, nakazuje nam bowiem wychodzić od interpretacji wypowiedzi i zachowań pacjentów oraz wyraźnie oddzielać psychotyczne przypadki braku możliwości rozumienia od bardziej swojskich zachowań nerwicowych i zaburzeń osobowości.

Christopher Boorse [1975] pragnie zachować określenie „choroba psychiczna”, chociaż zgadza się z Szaszem, iż pojęcia zdrowia i choroby winny być definiowane wobec medycyny fizjologicznej. Wiedza na temat użyteczności medycznego rozumienia choroby w obszarze chorób psychicznych jest sprawą przeprowadzenia stosownych badań. Boorse chce zapobiec medykalizacji i nadmiernej ekspansji medycyny i psychiatrii poza obszar ich rzeczywistych kompetencji, pragnie ustanowić nienormatywną naukę o zdrowiu (podobnie jak Szasz i Kendall).

Autor klasycznego tekstu z filozofii medycyny, *On the Distinction Between Disease and Illness*, dokonuje podziału na *disease* – chorobę widzianą pod kątem naukowej teorii medycznej – oraz *illness* – dolegliwość, bycie chorym, poczucie (doświadczenie) choroby. Wyróżnia więc dwa znaczenia pojęcia choroby: teoretyczne i praktyczno-etyczne. Naukowo pojęta choroba medyczna posługuje się opisowymi i nie-wartościującymi pojęciami oraz odwołuje do „naturalnego projektu” naszego organizmu.

[...] biologia współczesna stosuje pewną wersję idei naturalnego projektu, który wydaje się idealny dla analizy zdrowia. Ważnym elementem w idei biologicznego projektu jest pojęcie naturalnej funkcji [...]. Organizmy stanowią szeroki zestaw systemów i podsystemów, które u większości członków danego gatunku pracują harmonijnie razem w taki sposób, aby osiągnąć hierarchię celów. [Boorse, 1975, s. 54]

Najwyższymi celami w tej biologicznej hierarchii są przetrwanie oraz reprodukcja.

W przypadku praktycznych aspektów zdrowia ma ono charakter wartościujący:

[...] nie tylko chcemy przetrwać i rozmnażać się, ale zaangażować się w te poszczególne aktywności, takie jak jedzenie i seks, poprzez które powyższe cele są zazwyczaj osiągnięte. [Boorse, 1975, s. 55]

Boorse odnosi pojęcia zdrowia i choroby do indywidualium, a nie do interesu społeczeństwa. Społeczne przystosowanie może być oznaką zdrowia,

wymaga to jednak badań empirycznych, nie można więc z góry wiązać z nim zdrowia psychicznego. Wzorcem dla pojęcia choroby jest zaburzenie somatyczne, dlatego trudno definiować chorobę umysłu w bezproblemowy sposób. Wartościujący aspekt języka psychologii i psychiatrii ma charakter tymczasowy i przypadkowy, dopóki nie zostanie podjęta odpowiednia nauka o umyśle. Boorse próbuje włączyć do pojmowania choroby potoczną jej percepcję (szczególnie w języku angielskim z podziałem na *disease* i *illness*) i pogodzić element wartościujący z podejściem naukowym, preferuje jednak techniczne użycie pojęcia, sugerując wyższość medycyny somatycznej nad psychologiczną, i wątpi w to, że choroba psychiczna może być niczym każda inna.

Robert E. Kendell [1975] nie zgadza się ze stwierdzeniem Szasza, iż „choroba psychiczna” nie jest chorobą. Tak jak Boorse, podkreśla istnienie podobieństw między zaburzeniami umysłowymi i somatycznymi. Istotną cechą choroby jest „niekorzyść biologiczna” (*biological disadvantage*, pojęcie wzięte od Scaddinga), która prowadzi do zwiększenia umieralności i ograniczenia płodności. Kendell poszerza użycie określenia „choroba” o przypadki zaburzeń umysłowych, o ile są wystarczająco poważne.

[...] mamy odpowiednie dowody, że schizofrenia i choroba maniakalno-depresyjna, a także niektóre zaburzenia seksualne i uzależnienia od leków niosą ze sobą z natury niekorzyść biologiczną, i na tej podstawie są w usprawiedliwiony sposób traktowane jak choroba, ale nie jest jasne, czy prawda ta odnosi się także do choroby neurotycznej oraz źle zdefiniowanego obszaru zaburzenia osobowości. [Kendell, 1975, s. 315]

Autor odróżnia chorobę od innych niechcianych stanów, jak: bieda, uprzedzenia rasowe, nieszczęście. Choroba psychiczna ma podobny skutek jak zaburzenie somatyczne, chociaż inny od udręki spowodowanej rasizmem, biedą, nieszczęściem. Chcemy pozbyć się niepożądanego elementu z naszego życia poprzez leczenie medyczne, nie zaś poprzez moralne kazania oraz finansowe czy przyjacielskie wsparcie.

Boorse i Kendell odwołują się do biologicznych kryteriów powstania choroby, jednocześnie rozpoznają jej społeczne i doświadczeniowe konsekwencje. Jaspers, Merleau-Ponty oraz Fulford podkreślają brak możliwości wyraźnego oddzielenia dysfunkcji biologicznej od nietypowych i ekstremalnych form ludzkiego doświadczenia.

Bill Fulford [1989] podkreśla odmienną definicję choroby przez wielu autorów pojęcia choroby somatycznej i pokazuje, jakie niesie to implikacje dla zrozumienia choroby psychicznej. Thomas Szasz i Robert E. Kendell przyjmują jako wzorcowe pojęcie choroby – chorobę somatyczną, jednak ją samą pojmują odmiennie. Dla Szasza stanowi ona zasadniczo rodzaj uszkodzenia tkanki, organu (lub ich funkcji). Kendell definiuje chorobę w kategoriach biologicznego defektu, rozumianego ewolucyjnie jako ograniczenie dla prokreacji i przeżywalności jednostki. Pojęcie choroby w ujęciu Kendella jest szersze i bardziej pojemne niż u Szasza, dlatego łatwiej mu zaakceptować fakt, że na przykład schizofrenia i depresja są rzeczywistymi chorobami, czego już nie jest w stanie zaakceptować Szasz. Ostatecznie Fulford (podobnie jak Jaspers) dochodzi do wniosku, że pojęcie choroby somatycznej często zbyt łatwo jest definiowane jako deskryptywne i w ten sposób przeciwstawione zaburzeniom psychiatrycznym, albowiem aspekt normatywny jest widoczny również w zaburzeniach somatycznych (w końcu choroba jest dla nas w ogromnej większości przypadków czymś niepożądanym). Autor *Moral Theory and Medical Practice* dokonuje więc krytyki rozróżnienia Boorse'a na *disease* i *illness*. Mówienie o projekcie gatunkowym zakłada rozróżnienie między rzeczami, które są „typowo-gatunkowe” (są częścią tego, co jest istotne dla danego gatunku), oraz tym, co jest przygodne, przypadkowe dla gatunku. Fulford ukazuje normatywne elementy w wielu sposobach mówienia o chorobie somatycznej. Przetwarzanie i reprodukcja organizmu nie są, według niego, celem zawartym w samym gatunku, lecz naszą oceną i sposobem wartościowania. Dlatego mówimy, że nerki wydalają „odpady” z organizmu. Podobne, oceniające użycie pojęcia choroby, autor znajduje u Boorse'a, który mówi o „brakach” w funkcjonalnej skuteczności ciała albo o „wrogim środowisku” chorobowym [Boorse 1975].

Pojęciowa struktura medycyny ma charakter pierwotnie oceniający, natomiast choroba jako *illness* jest pierwotna wobec choroby jako *disease*. Autor *Moral Theory and Medical Practice* wiąże *illness* z „niepowodzeniem w działaniu” w sytuacjach zwyczajnej, codziennej aktywności. Pacjenci nie są w stanie robić rzeczy, których normalnie można by od nich oczekiwać. Niezrealizowane normy mają charakter instrumentalny, a nie moralny czy estetyczny; osoba nie może być zasadniczo winiona za konse-

kwencje niepowodzenia w działaniu. Różnica między chorobą psychiczną i fizyczną polega na odmiennym niepowodzeniu w działaniu. W przypadku zaburzeń umysłu mamy do czynienia z bardziej problematycznymi i łatwiejszymi do zaobserwowania sytuacjami oceny. Istnieje o wiele więcej możliwości oceny lęku niż bólu. Ból jest raczej zgodnie uważany za coś bardziej jednoznacznie niekorzystnego niż lęk.

Według Fulforda to nie pojęcia (również zdrowia i choroby), lecz ich użycia mają charakter wartościujący. Pojęcia są definiowane faktycznie, niezależnie od tego, czy ich cechy są poddane wartościowaniu. Słowo „morderstwo” – świadome i nieuzasadnione odebranie komuś życia – może być zdefiniowane w sposób, co do którego jest powszechna zgoda, jego użycie jest jednak zawsze wartościujące. Nie możemy kogoś nazwać mordercą, jednocześnie go jakoś nie potępiając (dopóki nie założymy, że zabijanie może być w jakiś sposób uzasadnione). Analizy pojęciowe prowadzą brytyjskiego psychiatrę i filozofa do przekonania, iż „choroba” może być zdefiniowana za pomocą terminów obiektywnych – biologicznej dysfunkcji – określanej w terminach przetrwania i reprodukcji, z tego nie wynika jednak, że „choroba” jest określeniem neutralnym. Traktujemy zjawiska jako patologiczne, ponieważ cenimy przetrwanie i reprodukcję. W różnych kulturach ludzie zgodnie cenią własne przetrwanie, stan braku bólu. W odniesieniu do lęku, cierpienia, myślenia, poczucia własnej tożsamości i szeregu ludzkich norm dostrzegamy ich kulturozależny, i w pewnym sensie subiektywny, charakter. Jednocześnie w obrębie danej kultury może istnieć znaczna zgoda co do tego, czym jest przekonanie albo zachowanie racjonalne.

Z powyższych analiz wynika, że choroba psychiczna nie może być tylko szeregiem procesów, możliwych do uchwycenia jedynie w ramach teoretyczno-naukowego podejścia. Zaburzenia odzwierciedlają cechy ludzkiego świata, obecnych tam potrzeb, pragnień i norm [Kapusta, 2010]¹.

¹ Tym, co odróżnia jednak zmianę chorobową od odejścia od normy o innym charakterze, np. moralnej czy estetycznej, jest instrumentalny charakter tej normy. Osoby nie można bezpośrednio winić za to, że nie realizuje pewnych działań. Mówiąc językiem Culvera i Gerta [1982], dolegliwość jest „wewnętrznie spowodowana”, nie jest skutkiem wyboru i nie może być kontrolowana przez pacjenta. Różnica między chorobą umysłu i chorobą somatyczną polega, według Fulforda, na różnym rodzaju niepowodzenia w działaniu. W przypadku zaburzeń psychicznych odejście od normy jest bardziej problematyczne, a aspekt normatywny bardziej widoczny. Możliwości oceny negatywnego

Choroba i doświadczenie

Wobec braku optymistycznych przesłanek co do szybkiego odnalezienia istotnych mechanizmów powstawania zaburzeń psychiatrycznych i praktycznego wymiaru psychiatrii szczególnie cenne wydaje się podejście, które próbuje uchwycić sposób odczuwania świata przez pacjentów oraz jest w stanie uzgodnić sposoby doświadczania siebie i świata z neurokognitywnymi koncepcjami, które wskazują na ukryte mechanizmy ujawniające się w przypadku zaburzeń.

Z perspektywy fenomenologicznej klasyfikacje psychiatryczne mogą wydawać się dosyć kontrowersyjne ze względu na wątpliwe, ideologiczne i polityczne, motywacje, dotyczące niektórych typów diagnoz [Bracken, Thomas, 2005]. Jeffrey Poland [2007] twierdzi, że pojęcie schizofrenii nie jest w stanie odzwierciedlić rzeczywistych zjawisk oraz nie jest wystarczająco użyteczne:

[...] program badawczy zapoczątkowany przez pojęcie [schizofrenii – A.K.] nie wykazał swojej efektywności, i staje się coraz bardziej jasne, że kategorie diagnostyczne, jak schizofrenia (i szczególnie schizofrenia), nie odgrywają użytecznej roli ani w ocenie klinicznej, ani w projektowaniu oraz implementacji efektywnego planu leczenia dla ludzi z poważną, wywołującą niepełnosprawność chorobą psychiczną [...]. [Poland, 2007, s. 183]

Poland nie kwestionuje faktu, że ludzie cierpią i że mają poważne problemy, nie odrzuca też potrzeby budowania heurystycznych modeli zaburzeń, które pozwolą na skuteczną terapię oraz badania naukowe. Kwestionuje jedynie użyteczność pojęcia schizofrenia we współczesnej psychiatrii.

Krytyczna postawa wobec fundamentalnych pojęć psychopatologii może przyczyniać się do poszukiwań lepszych opisów doświadczenia pacjentów i niechęci do hipotez, które nie odwołują się do sposobu przeżywania świata schizofrenicznego czy depresyjnego. Ostatecznie, punktem wyjścia analiz Jaspersa było empatyczne rozumienie fenomenów psychicznych oraz świata sensownych doświadczeń pacjenta. Natomiast był on bardzo podejrzliwy

aspektu są mniej jednoznaczne w odniesieniu do lęku niż do samego „ból”, który jest ewidentnie czymś złym, niekorzystnym, godnym uśmierzenia.

wobec metafizycznych i naukowych spekulacji [Jaspers, 1993]. Zwolennicy fenomenologicznych analiz zaburzeń psychiatrycznych, jak Kraus [1994], Fuchs [2005], Sass [Sass, Parnas, 2007] i Ratcliffe [2008], poszukują doświadczenia charakterystycznego dla schizofrenii, przejawiającego się odrębnym rodzajem „zmiany egzystencjalnej”. Ratcliffe krytykuje jednak postawę wielu badaczy, którzy przyjmują szerokie kategorie diagnostyczne jako oczywiste:

[...] takie kategorie są oparte na symptomach, które klinicyści mogą wyczytać z zachowań pacjentów bez namysłu nad tym, coź miałyby oznaczać zmieniony sens przynależności albo zmiany odczucia rzeczywistości. [Ratcliffe, 2008, s. 208]

Autor podkreśla, że uznanie istotności sposobów przeżywania chorobowego doświadczenia świata przyczyni się do podważenia dotychczasowych opisów symptomów. Diagnozy odnoszą się do zmienionych odczuć egzystencjalnych, jednakże w postaci uproszczonych opisów typu „zmniejszenie afektu” i bez włączenia w nie adekwatnych opisów fenomenologicznego zrozumienia. Chung, Fulford i Graham w przedmowie do książki *Reconceiving Schizophrenia* wskazują na moralne i psychiczne konsekwencje bezosobowego podejścia do choroby:

[...] bezosobowe rozumienie jest narzędziem o wielkiej sile, ujawniającym się w teoretycznych i technologicznych sukcesach fizyki, chemii i nauk przyrodniczych. Jednakże bezosobowość jest także potencjalnie tępy i lekceważącym instrumentem. Brak odniesienia do osoby, która jest podmiotem choroby, może być psychologicznie szkodliwe i obraźliwe moralnie. [Chung, Fulford, Graham, 2007, s. 3]

Ogólna strategia podejścia fenomenologiczno-egzystencjalnego oraz hermeneutycznego w psychiatrii polega na podkreślaniu hipotetycznego charakteru kategorii diagnostycznych i podważeniu możliwości obiektywnego opisu zaburzeń psychicznych. W konsekwencji docenia się społeczne, kulturowe oraz doświadczeniowe aspekty chorób.

Kiedy Szasz podkreślał, że zaburzenia psychiczne są w istocie problemami o charakterze społecznym, życiowym czy egzystencjalnym, wciąż trzymał w zanadru właściwe pojęcie choroby somatycznej, które także mogło stać się użyteczne w psychiatrii. Może bowiem się okazać, że to, co

określamy jako zaburzenie międzyludzkiej komunikacji albo postrzegamy jako efekt społecznej represji, ujawni u swego podłoża jakiś defekt neurofizjologiczny. Podejście fenomenologiczno-egzystencjalne nie kwestionuje biologicznego zakorzenienia ludzkich zachowań, jednakże dostrzega specyficznie ludzki wymiar dolegliwości. Wyraźne oddzielenie biologicznego (deskryptywnego) i normatywnego (preskryptywnego) wymiaru choroby (Boorse) wydaje się czymś sztucznym i niemożliwym do utrzymania [Kapusta, 2008]. Dlatego też Fulford dostrzega w zwykłych, codziennych działaniach (funkcjonowaniu) punkt wyjścia do definiowania zaburzeń.

Fenomenologiczna koncepcja choroby Svenaeusa

Przykładem filozoficznej koncepcji choroby, uwzględniającej fenomenologiczno-egzystencjalną wizję człowieka i jego relacji do siebie i innych, jest podejście Fredrika Svenaeusa [2000, 2000a]. Opierając się na tekstach Freuda i Heideggera, dostrzega on w poczuciu obcości i nieswojskości istotny element bycia człowiekiem. Ludzkie istoty są z natury bezdomne. Według Freuda objawia się to w postaci procesu znajdującego się poza świadomą kontrolą, brakiem możliwości samopoznania i nieprzezroczystości ludzkiego umysłu. Dla Heideggera niezadomowienie ludzkiej egzystencji wyraża się poprzez bezdomne „bycie-w-świecie” [Heidegger, 1994]. Być człowiekiem to nie być całkiem u siebie. Świat, w którym żyjemy, nie jest do końca nasz, nie daje się w pełni kontrolować. Bezdomność jest rodzajem bycia w świecie, która przybiera na sile i narzuca się nam w chorobie. Nieprzejrzystość nie dotyczy, jak u Freuda, obszaru psychiki, lecz naszej obecności w świecie, własnego „bycia-w-świecie”.

Svenaeus [2000a] polemizuje z podejściem psychiatry Medarda Bossa, który wykorzystał język Heideggera, aby opisać stany psychotyczne i psychosomatyczne w terminach egzystencjalnej wolności i autentycznej postawy wobec siebie i świata. Choroba była dla Bossa wynikiem braku wolności i przejawem nieautentycznej formy egzystencji. Szwedzki badacz traktuje jednak takie podejście jako zbyt radykalne, albowiem codzienna, nieautentyczna postać egzystencji oraz filozoficzne, autentyczne istnienie stanowią dopełniające się sposoby ludzkiego życia. Według Sve-

naeusa „zadomowienie w świecie” lub jego brak stanowią lepsze określenia dla opisu zdrowia i choroby niż pojmowanie choroby psychicznej jako nieautentycznej postaci ludzkiego bytowania.

Momenty, kiedy świat staje się obcy i nieistotny, kiedy brakuje mu sensu i ujawnia się ukryta struktura naszej egzystencji, nie trwają zwykle zbyt długo i pozwalają na dokonanie nowych wglądów, a także zmianę dotychczasowych relacji do siebie i innych. W chorobie postawa wycofania i alienacji trwa dłużej i wiąże się z niemożnością jej przewyciężenia, przekroczenia; chociaż czasami również istnieje możliwość głębszego wglądu. Heidegger podkreślał, iż lęk może otworzyć ukrytą strukturę naszego świata. Svenaeus wskazuje na to, że element patologiczny pojawia się wówczas, kiedy lęk przejmuje kontrolę nad całym światem pacjenta i owocuje atmosferą paraliżu i brakiem relacji z innymi.

Choroba może być ogólnie scharakteryzowana jako nastroyenie do bycia bezdomnym, które nie musi mieć charakteru lęku; odkąd nastroyowość znaczy zawsze dla Heideggera rozumienie nastroyone jako rodzaj bycia w świecie, znajdujemy tutaj szkic dla konceptualizowania choroby nie tylko jako odczucia, ale jako, w tym samym czasie, sposobu rozumienia. Być chorym znaczyłoby doświadczać stałego poczucia narzucającej się bezdomności we własnym byciu-w-świecie [Svenaeus, 2000a, s. 10].

W przypadku choroby nie chodzi o nieswojskość jako taką, lecz wywołaną przez pewien biologiczny defekt. Fakt, iż choroba jest przyczynowo związana z cielesnym defektem – chorobą jako *disease* – nie znaczy, że należy koncentrować się jedynie na biologicznym badaniu i terapii:

[...] choroby [diseases] są zawsze przeżywane przez indywidualne osoby w poszczególnych i konkretnych sytuacjach, i w ten sposób zdobywają znaczenie jako odmienne rodzaje bezdomności w osobistym byciu-w-świecie. [Svenaeus, 2000a, s. 11]

W chorobach o przewlekłym charakterze możliwości naprawy organizmu są znacznie ograniczone, dlatego wiedza na temat życiowej sytuacji pacjenta jest niezbędna dla przekształcenia jego bezdomnego bycia w świecie pacjenta. Choroba jest więc rodzajem rozumienia świata, uczestnictwem w sensownych aktywnościach – rozmowach, porannym wstawaniu, rozmyślaniami o przyszłych zdarzeniach, jednakże zawroty głowy czy dotkliwy ból zabarwiają i określają pojmowanie świata chorej osoby.

W przypadku chorób psychicznych objawy somatyczne nie są bezpośrednio (albo w sposób jawny) widoczne, jednakże Svenaeus [za: Fuchs, 2005] podkreśla, że również one mają zakorzenienie w dysfunkcji cielesnej. Depresja stanowi przykład braku cielesnego rezonansu, pierwotnej formy intencjonalności, która wspiera wyższe formy aktywności poznawczych. Ciało żywe staje się wówczas *korporifiziert* – wyobcowane, usztywnione i ciężkie; jest ono podatne jedynie na pewnego typu odczucia i emocje i nie jest w stanie przeżywać pełnego zestawu nastrojów. Podejście fenomenologiczne poszukuje powiązań między symptomami, które klasyfikacje psychiatryczne jedynie wyszczególniają (np. DSM). Szczególnie chodzi o związki między obecnością bolesnych odczuć, zmianą ucieleśnienia oraz odseparowaniem zaangażowaniem w świat [Svenaeus, 2007, s. 156].

Ucieleśnienie, choroba i perspektywa fenomenologiczna

Choroba stanowi niekorzystną zmianę w życiu pacjenta i wiąże się z jego chęcią powrotu do stanu przedchorobowego. Niesie cierpienie, poczucie obcości (*Unheimlichkeit*) i braku zakorzenienia w świecie. Z perspektywy fenomenologiczno-egzystencjalnej poczucia obcości i niezadomowienia stanowią istotny wymiar ludzkiej egzystencji. Stan bezdomności pojawia się również w trakcie choroby. Bycie dla siebie kimś nieprzezroczystym, niejawnym, nie stanowi, jak u Freuda, jedynie własności psychiki, lecz – jak u Heideggera – odnosi się do postawy poczucia braku swojskości wobec świata [Svenaeus, 2000]. Ta egzystencjalna cecha człowieka może również ujawnić się pod wpływem choroby. Jednocześnie stan chorobowy nie pokrywa się z nieautentyczną, anonimową formą egzystencji, czasami wręcz wzmacnia to, w czym Heidegger widzi przepojoną lękiem autentyczność. Chorobę najczęściej odnosimy do ciała pojmowanego w tradycji fenomenologicznej jako wyjątkowy rodzaj narzędzia, warunek możliwości wszelakiej narzędziowości. Jeżeli jest ono specyficznym rodzajem narzędzia, to dzięki ścisłej relacji z jaźnią i możliwością panowania nad sobą i światem. W przypadku choroby ujawnia się „inność” ciała, chorobowa bezdomność różna od kryzysu egzystencjalnego czy zjawiska nudy i egzystencjalnej „mdłości”. Pacjent w znacznym stopniu utożsamia się ze swoim ciałem i granica między umysłem a fizykalnością jest jedynie umowna. Zaburzenia

psychiatryczne wiążą się z cielesnością jako warunkiem poczucia samego siebie i świata. Ciało przeżywane (*Leib*) pełni funkcje podmiotowe, stanowi narzędzie, poprzez które odbieramy i za pomocą którego odczuwamy siebie i świat.

Czym jednak różni się stan chorobowy od zwykłego zmęczenia i obniżonego nastroju? W przypadku choroby stan obcości i braku poczucia swojskości jest długotrwały i występuje poza możliwością jego zmiany przez pacjenta. Jednostka traci kontrolę nad własnym życiem, jej sposoby transcendencji i rozjaśnienia świata stają się niejasne i niezrozumiałe. Pacjent nie może uczestniczyć w swych dotychczasowych formach aktywności. Nie tylko jest skazany na pomoc innych osób, ale stopniowo ulegają zaciemnieniu jego otwartość na samego siebie i wgląd we własne stany. Dojrzewanie, starzenie się, menstruacja, ciąża, smutek po stracie bliskiej osoby wydają się częścią normalnego rytmu życia. Trudno jest je opisywać jako jednoznacznie dobre lub niekorzystne, chorobowe czy wskazujące na stan zdrowia. Smutek nie musi wiązać się z chorobowym nastrojem, nie musi przeszkadzać w podejmowaniu własnej transcendencji ku światu. Kiedy mówimy o chorobie, patologii czy dolegliwościach, na ogół zakładamy, że można je poddać medycznej i naukowej interpretacji, jednakże sam fakt wystąpienia patologii nie podważa wartości tego rodzaju doświadczeń i ich wglądu w sens rzeczywistości czy własnej egzystencji. To, co wydaje się zasadniczo patologiczne, może mieć dla pacjenta także postać religijnego doświadczenia. Niektóre doznania ściśle związane z chorobą nie muszą mieć błędnego charakteru, mogą prowadzić do dobrego i trafnego wglądu. Odczucia oddzielenia i alienacji stanowią czasami znak rozpoznawczy czyjegoś niedomagania. Choroba ujawnia również podatność na zranienie i kruchość ludzkiej egzystencji. Doświadczenie poczucia braku zadomowienia w świecie jest częścią normalnego, aczkolwiek kłopotliwego położenia, może przyczynić się do większego wglądu pacjenta we własną sytuację egzystencjalną. Autentyczne, egzystencjalne rozumienie, przeciwstawione codziennemu, zwykłemu zadomowieniu w świecie, niekoniecznie oznacza bycie osobą zdrową.

Również analizy fenomenologiczne wskazują na zmianę przestrzeni życiowej pacjenta – jego poczucia siebie i świata, jako skutek ujawnienia się „podskórnych” mechanizmów, czyli ukrytego tła normalnego działania

i poznania. Z perspektywy fenomenologicznej psychopatologia reprezentuje rodzaj ograniczenia oraz deformacji przestrzeni życiowej pacjenta. Zaburzenia psychiczne dotyczą załamania szeregu dotychczasowych aktywności człowieka, szczególnie zawodowych, oraz utraty więzi i relacji z innymi. Przypomina to czasami inwazję treści nieświadomych poprzez repetycję nieakceptowanych myśli i działań. Jednakże z fenomenologicznej perspektywy nieświadomość nie stanowi zbioru obiektów w postaci obrazów czy reprezentacji ukrytych w ciemnych rejonach psychiki. Jest raczej czymś na kształt tendencji, skłonności i potencjalności w zachowaniach pacjenta. Przypomina to nabyte nawyki i schematy działania oraz nieświadome sposoby uczenia się i bezrefleksyjną aktywność oraz nieuświadomiane unikanie określonych działań. Ukryta pamięć ciała przejawia się w ogólnym stylu egzystencji. Doświadczenia traumatyczne nie są ukryte w wewnętrznym świecie psyche, jako zaburzenia i ograniczenia świata pacjenta manifestują się w postaci „białych plam”, przerw i krzywizn jego przestrzeni życiowej [Fuchs, 2007].

Z perspektywy umysłu ucieleśnionego [Kapusta, 2009] nasza egzystencja jako podmiotów wypływa z przedpoznawczej i przedoosobowej egzystencji cielesnej. Jesteśmy świadomi siebie w wyjątkowych momentach, jednocześnie nasza działalność nie jest pracą instynktu. Nawyki działania stanowią skutek decyzji bardziej refleksyjnych, które po pewnym czasie zostają włączone w schemat zachowań stereotypowych oraz pozostają w głębi i w tle naszych aktualnych działań. Choroba psychiczna w ramach takiego ujęcia ma częściowo charakter intencjonalny, różni się od choroby somatycznej tym, że ta druga wywołana jest przez czynniki niezwiązane bezpośrednio z umysłem (jaźnią), to stan niebędący skutkiem wyboru danej osoby. W przypadku choroby psychicznej możemy wskazywać na wzór zachowania, który odwołuje się do racji, jakimi kieruje się podmiot (do intencjonalności), jednocześnie nadal możemy traktować ją jako kondycję chorobową. Osoba chora wymaga bowiem raczej pomocy i współczucia niż modlitwy i potępienia. Zaburzenia psychiczne wiążą się z ludzkim działaniem i wyborami, kiedy to jednostka nie jest w stanie rozwiązać pewnych problemów i podjąć w pełni świadomych decyzji².

² Jak stwierdza Matthews: „Trudności pojawiają się, kiedy z jakiegoś powodu – silnych emocji związanych z poszczególnymi problemami, brakiem wystarczającej zdolności radzenia

Niepowodzenia w definiowaniu pojęcia choroby psychicznej wynikają z trudności jasnego rozróżnienia między sposobami, w jakie myśli, emocje i zachowania mogą odbiegać od społecznie uznanych norm, od ekscentrycznych zachowań, działań kryminalnych czy niemoralnych. Ludzki świat jest tak bogaty i różnorodny, że wszelakie próby jasnego odgraniczenia tego, co normalne, od tego, co patologiczne, muszą budzić wątpliwości i sprzeciw [Fulford, Thornton, Graham, 2006].

Dolegliwości cielesne zmieniają nasze codzienne bycie w świecie. Choroba nie tylko wpływa na nasze ciało, ale też na nasze cielesne doświadczenie, czego efektem jest odmienna reakcja na innych ludzi oraz zmiana stosunku do świata. Również choroba psychiczna ma swój cielesny komponent, dlatego w znacznym stopniu poddaje się leczeniu oraz interwencjom farmakologicznym. Różnica między zaburzeniem somatycznym a psychicznym (o ile da się takowe rozróżnienie dokładnie przeprowadzić) dotyczy rodzaju zmiany „bycia-w-świecie” pacjenta. W przypadku zaburzeń somatycznych mamy do czynienia z ograniczeniem długości życia, osłabieniem aktywności organizmu i jego organów, w przypadku zaburzeń psychiatrycznych pojawiają się zasadniczo problemy w relacji z innymi ludźmi oraz wobec przedmiotów, problemy z radzeniem sobie w świecie³.

Efektom wadliwego funkcjonowania mózgu mogą być braki w normalnym funkcjonowaniu umysłu – zaburzenia pamięci, problemy z kontrolą własnego zachowania, co prowadzi ostatecznie do radykalnej zmiany sposobu „bycia-w-świecie”. Głębokie problemy z pamięcią owocują ostatecznie zaburzeniami tożsamości oraz zdolności interakcji i komunikowania się z innymi ludźmi. Zaburzenie psychiczne nie wyklucza obecności jego neurologicznego podłoża. Choroba Alzheimera jest skutkiem organicznej choroby mózgu, dlatego nie może być postrzegana jedynie jako problem radzenia sobie w życiu, natomiast sama psychoterapia (czy socjoterapia) nie może tutaj przynieść jakiegokolwiek radykalnej poprawy. Zespół Tourette’a jako organiczne schorzenie mózgu, które charakteryzuje się licznymi tikami,

sobie, czy nawet skutkiem uszkodzenia mózgu – przeszłe usiłowania rozwiązania problemów zostają włączone w nawykowe odpowiedzi, których ktoś nie jest do końca świadom i które zostają odizolowane od normalnej ścieżki rozwoju” [Matthews, 2007, s. 132].

³ W psychopatologii cielesny wymiar zaburzeń określa się jako synestezje, trudne do opisania, na ogół patologiczne doznania cielesne [Jenkins, Roehricht, 2007].

zaburzeniem koncentracji, nadpobudliwością oraz utrudnioną kontrolą nad odruchami, również stanowi problem społecznej komunikacji oraz interakcji z innymi ludźmi, szczególnie w przypadku niekontrolowanego wypowiedziania przez pacjenta nieprzyzwoitych słów oraz przekleństw do obcych. Obie powyższe kondycje, pomimo istotnego komponentu psychicznego, lepiej definiuje się jako zasadniczo zaburzenia neurologiczne. Pozwala to na większą skuteczność leczenia i na utrzymanie lepszego wizerunku pacjenta jako (somatycznie) chorego. Z kolei autyzm dziecięcy, stanowiący zespół upośledzenia rozwoju, w którym ważną rolę odgrywają upośledzenie mózgu, a także uwarunkowanie genetyczne, lepiej traktować, z powodu istotnych objawów społecznych oraz trudności w komunikacji, jako typ osobowości, którego specyfika winna być powszechnie rozpoznawana i akceptowana. W przypadku zaburzeń typu depresyjnego czynnik neurologiczny nie jest tak oczywisty i łatwy do rozpoznania. Stany depresyjne ulegają poprawie pod wpływem leczenia farmakologicznego, nie znaczy to jednak, że są bezpośrednio spowodowane brakiem biochemicznej równowagi, chociaż leczenie lekami antydepresyjnymi pokazuje, jak istotny jest czynnik biologiczny choroby. Możliwości wpływu psychoterapeutycznego (np. w ramach terapii kognitywnej), powodujące zmiany myślenia i zachowań pacjentów, sugerują, że neurofizjologia nie jest w stanie ujawnić całej prawdy o depresji [Matthews, 2007].

Powyższe analizy wskazują więc konieczność odwoływania się do ludzkiej intencjonalności oraz podejścia łączącego w sobie doświadczenie i niższe poziomy funkcjonowania ludzkiego organizmu. Nie wystarczy rozpoznanie zmiany, wykroczenia poza normę biologiczną, aby stwierdzić, że mamy do czynienia ze zmianą chorobową. Choroba stanowi pojęcie holistyczne i dotyka całej osoby – „żywej istoty w strumieniu życia” [Hacker, 1997, s. 5]. Nie można powiedzieć, że choruje ciało czy mózg. Choroba jest doświadczana, rozpoznawana i opisywana przez cierpiącą jednostkę i na tej podstawie lekarz poszukuje jej przyczyn i formułuje terapię. Pacjent cierpi, ma pewnego rodzaju odczucia (nieswojskość, alienacja). Cierpieniu na ogół towarzyszy niepełnosprawność, lecz niepełnosprawności nie zawsze towarzyszy cierpienie. Szczególnie w zaburzeniach, w których ma miejsce brak wglądu pacjenta w swój stan.

Bibliografia

- Boorse C., (1975), „On the Distinction Between Disease and Illness”, *Philosophy and Public Affairs*, 5, s. 49–68.
- Bracken P., Thomas P., (2005), *Postpsychiatry*, Oxford, Oxford University Press.
- Chung M., Fulford B., Graham G., (2007), *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford, Oxford University Press.
- Culver C.M., Gert B., (1982), *Philosophy in Medicine*, New York, Oxford University Press.
- Davidson L., (2003), *Living Outside Mental Illness. Qualitative Studies of Recovery Schizophrenia*, New York-London, New York University Press.
- Fuchs T., (2005), „Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia”, *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 12(2), s. 95–107.
- Fuchs T., (2007), „Psychotherapy of the Lived Space. A Phenomenological and Ecological Concept”, *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), s. 423–439.
- Fulford K.W.M., (1989), *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Fulford K.W.M., Thornton T., Graham G., (2006), *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press.
- Hacker P.M.S., (1997), *Wittgenstein on Human Nature*, London, Phoenix.
- Heidegger M., (1994), *Bycie i czas*, tłum. B. Baran, Warszawa, PWN.
- Jaspers K., (1993), *Autobiografia filozoficzna*, tłum. S. Tyrowicz, Toruń, Comer.
- Jaspers K., (1996), *Allgemeine Psychopathologie*, wyd. 8, Berlin-Heidelberg, Springer.
- Jenkins G., Rohricht F., (2007), „From Cenesthesias to Cenesthopathic Schizophrenia”, *Psychopathology*, 40(5), s. 361–368.
- Kapusta A. (2008), „Pojęcie ‘choroby psychicznej’. Współczesne spory o definicję”, *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 3–4(177–178), s. 269–284.
- Kapusta A., (2009), „Cielesność i zaangażowanie w perspektywie epistemologicznej”, *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 1(179), s. 69–106.
- Kapusta A., (2010), „Can Mental Illness be Naturalised?”, [w:] *Beyond Description. Normativity In Naturalised Philosophy*, [eds] M. Miłkowski, K. Talmont-Kamiński, London, College Publications, s. 261–275.
- Kendell R.E., (1975), „The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry”, *British Journal of Psychiatry*, 127, s. 305–315.
- Kraus A., (1994), „Phenomenological and Criteriological Diagnosis”, [w:] *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*, [eds] J.S. Sadler, O.P. Wiggins, M.A. Schwartz, Baltimore, Johns Hopkins University Press, s. 148–162.
- Matthews E., (2007), *Body-Subjects and Disordered Mind. Treating the ‘Whole’ Person in Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press.

- Poland J., (2007), „How to Move Beyond the Concept of Schizophrenia”, [w:] *Reconceiving Schizophrenia*, [eds] M.C. Chung, K.W.M. Fulford, Graham G., Oxford, Oxford University Press, s. 167–191.
- Ratcliffe M.J., (2008), *Feelings of Being. Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*, Oxford, Oxford University Press.
- Sass L., Parnas J., (2007), „Explaining Schizophrenia. The Relevance of Phenomenology”, [w:] *Reconceiving Schizophrenia*, [eds.] M.C. Chung, K.W.M. Fulford, G. Graham, Oxford, Oxford University Press, s. 63–95.
- Svenaesus F., (2000), „The Body Uncanny – Further Steps Towards a Phenomenology of Illness”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(2), s. 125–137.
- Svenaesus F., (2000a), „Das Unheimliche – Towards a Phenomenology of Illness”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3(1), s. 3–16.
- Svenaesus F., (2007), „Do Antidepressants Affect the Self? A Phenomenological Approach”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(2), s. 153–166.
- Szasz T., (1960), „The Myth of Mental Illness”, *American Psychologist*, 15, s. 113–118.

The Concept of Mental Illness in Phenomenological Perspective

ABSTRACT. The article presents ongoing discussions on the concept of mental illness, especially its phenomenological approach. The point of departure is Karl Jaspers' *Allgemeine Psychopathologie* – important inspiration for the critics of the contemporary psychiatric classifications and biomedical explanations (biological, psychological) that, in general, ignores essential dimensions of morbid experience and don't regard illness as an action failure of „ordinary doing”. Present-day dispute over the nature of mental illness with such names as Szasz, Boorse, Fulford reveals a diversity of mental symptoms and its normative character. In spite of the possibilities of multilevel analysis of human's psychopathology we consider patient's feelings and experience. Svenaesus' understanding of mental disorder is presented to demonstrate existential and experiential dimensions of disorder. The analysis of embodied (inspired by Merleau-Ponty's research) aspects of disorders attempt to overcome the limits between mental and somatic elements of psychiatric disorder.

KEY WORDS: mental illness, Karl Jaspers, phenomenology, embodiment

dr hab. Andrzej Kapusta, Instytut Filozofii UMCS, pl. Marii Curie-Skłodowskiej 4, 20-031 Lublin, andrzej.kapusta@poczta.umcs.lublin.pl

