

Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog w Warszawie

Sprawozdanie z wykładu prof. Nancy Andreasen w trakcie konferencji „Rewolucja w psychoterapii. Nowe idee, badania i praktyka”

Warszawa 11 czerwca 2016 roku

Wykład Prof. Nancy C. Andreasen, który wygłosiła podczas II Międzynarodowej Konferencji Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej w Warszawie (10–12.06.2016 roku), wymaga, moim zdaniem, upamiętnienia i naprawdę głębokiej refleksji. Treść jej prezentacji nie była dla mnie zaskoczeniem, ponieważ znałem pewne poruszone w nim wątki z wcześniejszej publikacji Prof. Andreasen (*DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences*. Schizophrenia Bulletin 2007; 33: 108–112). Mimo to wywarł on na mnie olbrzymie wrażenie — siłą swojego przekazu pokazującego globalne i nieoczekiwane skutki działań podjętych przed 45 laty po drugiej stronie Oceanu Atlantyckiego. Prof. Andreasen jest badaczką w dziedzinie psychiatrii i neuropsychiatrią, osobą która wywarła olbrzymi wpływ na myśl psychiatryczną w skali całego świata. W 2000 roku została uhonorowana przez Prezydenta Stanów Zjednoczonych Billa Clintona najwyższym naukowym odznaczeniem amerykańskim, Narodowym Medalem Nauki (*National Medal of Science*).

W skrócie, we wspomnianej pracy, Prof. Andreasen pisze o działaniach grupy ekspertów, którzy postanowili zmienić oblicze amerykańskiej psychiatrii. Grupa ta, która przyczyniła się do powstania klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM III, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publikacja w 1980 roku) pochodziła z kilku amerykańskich uczelni, a jej uczestnicy określali się jako „Mid-Atlantics”. W jej skład wchodziły: Washington University w St. Louis, Johns Hopkins w Baltimore, Iowa Psychiatric Hospital w Iowa City oraz New York Psychiatric Institute w Nowym Jorku. Jako szefa grupy mającej stworzyć nowy DSM powołano w latach 70. XX wieku Boba



Spitzera, dyrektora wydziału biometrii w nowojorskim Instytucie Psychiatrii, który oparł zespół tworzący DSM III właśnie na „Mid-Atlantics”.

Badacze z tych instytucji opracowali koncepcje znanych obecnie w psychiatrii narzędzi, jak na przykład badawcze kryteria diagnostyczne i skale oceny psychopatologii (np. *Research Diagnostic Criteria and Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, Thought, Language, and Communication and Affect Rating Scales*). Chcieli oni utrzymać związek między psychiatrią angielską i kontynentalną, ponieważ, jak pisze Prof. Andreasen, w wieku XIX i początkach wieku XX psychiatria amerykańska dzieliła wiele intelektualnych tradycji i wartości ze Starym Kontynentem, w XX wieku wpływ myślenia psychoanalitycznego był jednak tak duży, że oderwała się ona od tych tradycji. Wyniki badań przeprowadzonych w latach 60. i 70. XX wieku pokazały jej zdaniem, że to psychoanalityczne podejście zaszło już zbyt daleko, prowadząc do braku precyzji, jeśli chodzi o diagnostykę chorób psychicznych i do pomijania oceny objawów psychopatologicznych. W tym kontekście, na podstawie

Adres do korespondencji:
dr n. med. Sławomir Murawiec
Centrum Terapii Dialog
ul. Słomińskiego 19/523, 00–195, Warszawa

prac wspomnianych wyżej instytucji, opracowano DSM III. Celem tej nowej odsłony amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych było stworzenie całościowego systemu diagnozowania i oceny pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, który stanowiłby podstawy rzetelnej i powtarzalnej diagnostyki chorób i zaburzeń psychicznych. Cel ów został osiągnięty, ale po latach doprowadził do wielu nieoczekiwanych rezultatów, które bynajmniej nie były zamierzone przez twórców rewolucyjnej koncepcji DSM III. Miał on być wyrazem „najstaranniejszej możliwej próby przybliżenia się do celu”, a stał się „świętą prawdą”, co nie było zamiarem jego twórców. Zyskał totalną władzę, jeśli chodzi o programy nauczania psychiatrii w Stanach Zjednoczonych oraz stał się podstawą decyzji administracyjnych w dziedzinie zdrowia psychicznego. Spowodowało to postępujący upadek nauczania psychopatologii w USA, zaniechanie uważnej oceny klinicznej i dostrzegania kontekstu pojedynczej osoby (indywidualnego i społecznego). Jak pisze Prof. Andreasen, od lekarzy oczekuje się „wykucia” DSM na pamięć, natomiast nie są oni uczeni psychopatologii, na podstawie jej dotychczasowego dorobku i długoletniej tradycji. Stąd tytuł przytaczanej tu pracy „Śmierć psychopatologii w USA”, która zdaniem Prof. Andreasen nastąpiła około roku 2005.

Prof. Andreasen zadaje w cytowanym tu tekście pytanie „Co poszło źle („What went wrong?”). Wskazuje, że chociaż autorzy DSM-III wiedzieli, że dokonują małej rewolucji, nie zdawali sobie sprawy, że zmieni ona definitywnie naturę i praktykę psychiatrii. Kolejne wydania DSM stały się uniwersalnie i bezkrytycznie przyjmowanymi ostatecznymi autorytetami w dziedzinie psychopatologii i stawiania diagnozy. Ponieważ przyjęto je za podstawę kształcenia, stały się poprzez to fundamentem wiedzy i sposobu myślenia lekarzy praktyków i badaczy. Prof. Andreasen wskazuje na paradoks: badania fenomenologii i nozologii, które legły u podstaw system DSM, nie są już spostrzegane jako ważne i znaczące. Co najistotniejsze, uległ kompletnemu zapomnieniu kluczowy fakt, że kryteria diagnostyczne zawierają tylko niektóre charakterystyczne objawy danego zaburzenia, ale nigdy nie było ich intencją dokonanie pełnego opisu tegoż zaburzenia. To raczej „strażnicy” diagnozy, opis minimalnych kryteriów pozwalających na jej postawienie, a nie opis psychopatologiczny i kontekstu zaburzenia. Zdaniem Prof. Andreasen DSM ma też dehumanizujący wpływ na praktykę psychiatrii. Ocena w psychiatrii jest według tej klasyfikacji oparta na sprawdzaniu listy symptomów, co zniechęca, jej zdaniem, klinicystę do poznawania pacjenta, a w zamian forsuje suche podejście empiryczne (cytując dosłownie: „DSM discourages clinicians from getting to know the patient as an indivi-

dual person because of its dryly empirical approach”) Na tym tle zwraca uwagę, że DSM daje badaczom wspólną nomenklaturę, prawdopodobnie niewłaściwe jest jednak już tylko rozciągnięcie tych wniosków ze sfery praktyki klinicznej na sferę badań.

Co prof. Andreasen dodała do tych myśli, występując w Warszawie prawie 10 lat po opublikowaniu zacytowanej tu pracy? W zgodności z wyżej przedstawionymi wyżej тезami, jej wykład zatytułowano: „The patient as a person: beyond psychopharmacology” („Pacjent jako osoba — poza psychofarmakologią”). Zaczynał się od trzech slajdów obrazujących proste prawdy: każdy pacjent jest wyjątkową jednostką ludzką, każdy żyje w swoim unikalnym kontekście społecznym, każdy ma swoją niepowtarzalną historię życia. Następnie prof. Andreasen przedstawiła swoją własną historię życia oraz tragiczne wydarzenie (sepsa w wieku 25 lat), które skierowało jej drogę życiową na zupełnie nowe tory. W roku, w którym opublikowała książkę o Johnie Donne (poecie wczesnego baroku) pomyślała, że skoro włożyła tyle energii i talentu w napisanie jej, mogłaby je wykorzystać w innym celu, na przykład w badaniach biomedycznych, aby wynaleźć dla ludzi coś równie użytecznego jak penicylina.

Prof. Andreasen przywołała w swoim wystąpieniu wielkich reformatorów i humanistów psychiatrii (Philippe Pinela [brytyjski humanizm], Vincenzo Chiarugiego, Benjamin Rusha) oraz podstawy psychiatrii wspólne dla Europy, Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych: godność osoby chorej, znaczenie „leczenia moralnego” (czyli wczesnych form psychoterapii), znaczenie uważnej obserwacji w celu zrozumienia przyczyn choroby i jej postępów, integrację „umysłu”, „mózgu” i „ducha”. Finałowa część jej wykładu odnosiła się do tematyki poruszonej już wyżej. Nosiła podtytuł „Jak, dlaczego i kiedy psychiatria zaczęła odchodzić od tych wspólnych wartości” oraz „DSM i historia niezamierzonych konsekwencji”. Omówiła historię „Mid-Atlantics” przytoczoną powyżej, wskazując, że sama była jedną z ośmiu osób powołanych do tworzenia nowej DSM, które zmieniły świat psychiatrii.

W czasach dominacji psychoanalizy w psychiatrii amerykańskiej diagnoza przestała być sprawą kluczową, nastąpił odwrót od uważnej obserwacji symptomów psychopatologicznych, co więcej, ich znaczenie było negowane, ponieważ psychoanalityk miał za zadanie dotrzeć do tego co „pod” nimi, do treści ukrytych pod zasłoną symptomów i do głębokich ukrytych znaczeń. W związku z tym znaczenie zarówno objawów, jak i wywiadu klinicznego zostało, zdaniem prof. Andreasen zanegowane. Ten trend został zakwestionowany przez publikację *Being sane in insane places* (David Rosenhan, Science 1973) i przez wyniki badań porównujących diagnozowanie schizofrenii w 9 krajach, w tym USA

i Wielkiej Brytanii. Pokazało to, że diagnozy amerykańskich psychiatrów nie są wiarygodne i że nadmiernie często rozpoznają oni choroby psychiczne. Stało się to podstawą myślenia o konieczności totalnej rewizji DSM-II na rzecz zupełnie nowego sposobu konstrukcji DSM-III („At our first meeting there was universal consensus that DSM-II should be totally revised” — powiedziała Prof. Andreasen o pierwszym spotkaniu Task Force mającym tworzyć DSM-III). Nowe podejście miało być wysoce rzetelne, oparte na kryteriach diagnostycznych (a nie generalnych opisach zaburzeń) oraz udokumentowane wynikami badań. Znamy to podejście z obecnie istniejących systemów klasyfikacyjnych w psychiatrii, których używa się na co dzień.

Co poszło więc źle? Klasyfikacja DSM stał się uniwersalnym i bezkrytycznie akceptowanym wyznacznikiem opisu psychopatologii i stawiania diagnozy. Tworzy podstawę nauczania w psychiatrii, zarówno przed jak i podyplomowego. Znajomość kryteriów stała się fundamentem większości egzaminów profesjonalnych. Ale poprzez to zanikła wiedza na temat psychopatologii i jej klasyków, takich jak Karl Jaspers, Emil Kraepelin i Eugen Bleuler. Nastąpiła agonía wręcz śmierć badań nad psychopatologią. Niestety, wprowadzenie DSM-V, pomimo ambitnych założeń nie poprawiło tej sytuacji. Prof. Andreasen wskazała problemy wynikające z tej sytuacji: Kryteria obejmują wyłącznie pewne charakterystyczne objawy danego zaburzenia.

Osoby w trakcie edukacji profesjonalnej nie wiedzą w związku z tym o istnieniu tych objawów zaburzeń, które nie są ujęte w klasyfikacji.

Wywiad z pacjentem został zredukowany do sprawdzenia listy objawów obecnych w DSM.

Takie podejście zniechęca do poznania pacjenta jako indywidualnej osoby.

Wspólna nomenklatura dla badaczy stała się faktem, ale być może jest ona oparta na błędzie.

W związku z tym, mimo że celem DSM było stymulowanie badań, diagnozy tam zawarte nie są zbyt dobrą podstawą do ich prowadzenia.

Jej zdaniem realny postęp w medycynie powinien się opierać na pewnych konkretnych etapach:

- wyodrębnieniu specyficznego zespołu chorobowego,
- zidentyfikowaniu jego patofizjologii,
- wynalezieniu leków które niwelują jego symptomy,
- znalezieniu sposobów zapobiegania wystąpieniu danej choroby,

Jako przykład sukcesu w tej dziedzinie podała neurosyfilis. Choroba ta ma różnorodne manifestacje oraz kilka stadiów. Jej objawy są bardzo różnorodne i manifestuje się odmiennie u różnych osób i w różnych etapach. Odkrycie przyczynowej roli *T. pallidum* pozwoliło jednak na połączenie tak różnorodnych objawów i obrazów klinicznych, wprowadzenie skutecznego leczenia oraz rzeczywistej prewencji.

To, co skłania do myślenia w kontekście opisanych tu procesów (czyli odchodzenia przy tworzeniu systemów klasyfikacyjnych od myślenia psychoanalitycznego w kierunku biologii), to wypowiedź prof. Andreasen na temat ryzyka wystąpienia efektów przeciwnych i w pewnym sensie odwrotnych od zamierzonych. Chodzi o niebezpieczeństwo nadmiernej biologizacji wszystkiego w psychiatrii i uproszczenia posuniętego do absurdu. To ryzyko symplifikacji opisu mechanizmów powodujących zaburzenia psychiczne, a więc redukcjonizmu prowadzącego do na przykład do opisu depresji jako „choroby serotoniny”; ryzyko braku rozpoznawania roli osobistych doświadczeń życiowych pacjenta i w rezultacie: „utrata umysłu jeśli będziemy patrzeć tylko i wyłącznie na mózg”. Może to prowadzić do opisanych wyżej konsekwencji, jak utrata zainteresowania konkretnym pacjentem, koncentrowanie się tylko na sprawdzeniu zoperacjonalizowanej listy objawów, podejścia zakładającego że istnieje pigułka na każdy rodzaj problemu, że istnieje farmakologiczna kosmetyka umysłu i w ostateczności utraty humanistycznego podejścia, które leży u podstaw współczesnej psychiatrii.

W moim odczuciu historia ta, opisana przez jedną z najważniejszych współtwórczyń prawdziwej światowej rewolucji w psychiatrii, jest niezwykle pouczająca. Daje także perspektywę patrzenia na obecny stan psychiatrii, w którym przyszło nam wykonywać swój zawód. Pokazuje ona, jak działania podjęte w dobrej wierze mogą prowadzić do niezamierzonych i nieoczekiwanych konsekwencji. Potwierdza także popularną tezę, że rozwój ma swoje fazy i niekiedy odbywa się metodą kolejnych „przechylów” — w jednym okresie historycznym nadmiernego akcentowania pewnych postaw, w innym postaw przeciwnych. Pokazuje także, jak to, co obecnie traktujemy jako nieuchronne ramy istnienia psychiatrii, jest w istocie tylko etapem jej rozwoju, a nie niepodważalną i niepodlegającą refleksji obiektywną rzeczywistością. Co być może najważniejsze — wskazuje, że możliwa jest refleksja nad skutkami własnych działań, a jej dokonanie przez Prof. Nancy Andreasen jest czymś niezwykle cennym.