

**SPÓR O DEPRESJĘ.
CZY FENOMENOLOGICZNIE ZORIENTOWANA
FILOZOFIA PSYCHIATRII ROZWIĄŻE PROBLEMY
PSYCHIATRII REDUKCJONISTYCZNEJ?¹**

– Maja Białek –

Abstrakt. Celem artykułu jest zarysowanie sporu dotyczącego trudności w diagnozowaniu, definiowaniu i leczeniu depresji toczącego się w ramach redukcjonistycznej psychiatrii biologicznej, a także odpowiedź na pytanie, czy nowe podejście do zaburzeń psychicznych oferowane przez filozofów psychiatrii wywodzących się z nurtu fenomenologicznego i paradygmatu ucieleśnionego poznania rozwiązuje owe trudności. Problematyczne zagadnienia związane ściśle z depresją przedstawiam w kontekście głównych wskazywanych obecnie problemów psychiatrii redukcjonistycznej. Po tym wprowadzeniu prezentuję enaktywistyczne, fenomenologiczne i ucieleśnione koncepcje dotyczące depresji, w tym terapii depresji. Na koniec rozważam, na ile owe koncepcje istotnie wykraczają poza nurty już obecne w psychiatrii. Wskazuję również, pod jakimi względami omawiane koncepcje w filozofii psychiatrii mogą okazać się pożyteczne, nawet jeśli z różnych względów nie rozwiązują wielu ze wskazanych problemów psychiatrii redukcjonistycznej.

Słowa kluczowe: filozofia psychiatrii, depresja, fenomenologia, ucieleśnione poznanie, redukcjonizm, antypsychiatria, T. Fuchs, M. Ratcliffe, S.N. Ghaemi, L. Sass.

Published online: 31 March 2019

Problem depresji, jej diagnozowanie, rozumienie, możliwości leczenia to jedne z najważniejszych zagadnień rozważanych przez filozofię psychiatrii i nietrudno zrozumieć dlaczego. Z danych raportu *Global Burden of Disease* 2015 wynika, że depresja to choroba nie tylko coraz powszechniejsza, ale i niezwykle obciążająca dla społeczeństw na całym świecie, a autorzy komentarza do raportu² podkreślają, że niezbędne są nowe strategie i działania na rzecz poprawy funkcjonowania instytucji odpowiedzialnych za zdrowie psychiczne. Filozofia psychiatrii stawia sobie za cel nie tylko stosowanie przykładów z obszaru psychopatologii w stricte filozoficznych analizach zjawisk takich jak przekona-

Maja Białek
Uniwersytet w Białymstoku
ul. Świerkowa 20 B
15-328 Białystok
e-mail: majasbialek@gmail.com

¹ Artykuł powstał w ramach projektu Maestro 4 (nr 2013/08/A/HS1/00079) pt.: „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej”, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

² Kleinman et al. (2016).

nia czy emocje, ale również dostarczanie psychiatrom inspiracji teoretycznych – płynących w ostatnim czasie przede wszystkim z teorii o rodowodzie fenomenologicznym – a także prowadzenie takiej pracy pojęciowej, która może mieć praktyczny wymiar. W obliczu trudności i sporów wokół kryteriów diagnostycznych stosowanych w psychiatrii, a także skuteczności różnych metod i słuszności dominujących w niej paradygmatów, ta druga rola może okazać się szczególnie istotna. Warto zatem rozważyć, na ile może być ona spełniona, na przykładzie choroby, która jako wyjątkowo rozpowszechniona budzi szczególnie wiele uwagi zarówno filozofów, jak i psychiatrów.

1. Spór o kryteria diagnostyczne depresji i jego źródła w ogólniejszych debatach na temat psychiatrii

Depresję, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, diagnozuje się na podstawie opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD 10, a także kryteriów diagnostycznych DSM proponowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (obecnie obowiązujące 5. edycja DSM). W obu dokumentach przedstawia się listę możliwych symptomów, takich jak osłabienie koncentracji i uwagi, pesymistyczne widzenie przyszłości czy też zmniejszony lub zwiększony apetyt – i jeśli odpowiednia liczba określonych symptomów utrzymuje się powyżej dwóch tygodni, można przypisać choremu konkretny typ zaburzeń nastroju. W przypadku ICD muszą wystąpić dwa z trzech kluczowych objawów, w przypadku DSM V jeden z dwóch (zarówno w ICD, jak i w DSM-5 do kluczowych objawów należy obniżenie nastroju oraz anhedonia). Przygotowaniom kolejnych wersji ICD oraz DSM, w których poszczególne listy kryteriów diagnostycznych, a także nazwy i klasyfikacje zaburzeń ulegały zmianom³, zawsze rzecz jasna towarzyszyły dyskusje. W ostatnich latach jednak znów nasilają się nie tylko spory między samymi psychiatrami o konkretne rozwiązania, definicje czy proponowane zmiany (np. po krytyce⁴ decyzji o rezygnacji z klauzuli dotyczącej żałoby – por. przyp. 3 – umieszczono dodatkowy przypis w tej sprawie, który jednak bywa oceniany jako niejednoznaczny⁵), ale również i wątpliwości co do ogólnego kierunku zmian (wyraża się m.in. obawę, że obecnie stosowane kryteria mogą prowadzić do nazbyt częstego diagnozowania zaburzeń psychicznych – por. szczególnie burzliwą dyskusję wokół wypowiedzi i książki Allena Francesa⁶, przewodniczącego komisji odpowiedzialnej za wydanie DSM IV⁷), jak również co do metodologicznych zmian w nozologii (Shorter⁸).

³ Na przykład w wersji 5 DSM usunięto klauzulę wyłączającą objawy depresji z listy potencjalnych symptomów potwierdzających diagnozę, jeśli wystąpiły one w okresie żałoby po utracie bliskiej osoby, nieprzekraczającej jednak 2 miesięcy.

⁴ Wakefield i First (2012).

⁵ Uher et al. (2013).

⁶ Frances (2013).

⁷ Najbardziej kontrowersyjną tezę Francesa jest twierdzenie, że zmiany w psychiatrii prowadzą do traktowania wielu normalnych zachowań, reakcji czy problemów jako chorób. Łatwo zrozumieć, jak chociażby zmiana wspomniana przeze mnie w przypisie nr 3 mogła wpłynąć na tego rodzaju obawy.

⁸ Por. Shorter (2015), szczególnie w sprawie kluczowej przemiany, która dokonała się w trzeciej wersji DSM i doprowadziła do wyrugowania miększych, ugruntowanych w psychoanalizie metod diagnostycznych.

Podobne dyskusje nie dotyczą jednak wyłącznie depresji, wręcz przeciwnie: wypływają z ogólniejszych obaw co do kierunków rozwoju współczesnej psychiatrii. W dwóch artykułach opublikowanych w „Lancet Psychiatry” i wyrażających wątpliwości szerokiego zespołu autorów⁹ mówi się, że ta gałąź medycyny stoi przed co najmniej 17 kluczowymi problemami (lista ma charakter otwarty), które autorzy dzielą na trudności dotyczące klasyfikacji i diagnozowania, a także patogenezy i etiologii. Większość wymienionych problemów wiąże się z jednym kluczowym zagadnieniem: psychiatrii brak całościowych, szczegółowych, eksponujących mechanizmy zjawisk wyjaśnień, łączących szereg poziomów analizy (od poziomu komórkowego, przez komputacyjne modele działania umysłu, po interakcje między genami a środowiskiem), które jasno determinowałyby zarówno rozumienie etiologii chorób, jak i rozstrzygnięcia dotyczące klasyfikacji, diagnostyki, terapii, a także strategii w ramach profilaktyki. Jeden z kluczowych problemów dotyczy statusu symptomów – które, zdaniem autorów, w psychiatrii nie mogą być źródłem stabilnych i godnych zaufania schematów diagnostycznych, są zbyt zmienne w czasie, zbyt mało specyficzne, a także nie oferują jasnych wskazówek co do leczenia¹⁰. Coraz więcej lekarzy skłania się zatem do podejścia wymiarowego (por. badanie opinii psychiatrów polskich w sprawie projektu ICD-11¹¹), w ramach którego nie stosuje się sztywnych kategorii diagnostycznych, a przyjmuje istnienie ciągłej skali występowania pewnych symptomów i znosi się dychotomie nawet między rodzajami zaburzeń, które dotychczas bywały ściśle rozgraniczane (jak zaburzenia nastroju i schizofrenia).

Model wymiarowy sugeruje, że istnieją pewne ogólniejsze mechanizmy psychopatologii, sięgające głębiej niż sugerują to symptomy wykorzystywane w modelu kategorialnym (por. koncepcja „czynnika p”¹²), co ma jednak zarówno zalety, jak i wady. Z jednej strony pozwala lepiej zrozumieć znaczącą współwystępowalność chorób psychicznych, która bywa traktowana jako problem dla modelu kategorialnego, a także dla stosowania DSM-5, z drugiej jednak, utrudnia jednoznaczne diagnozy i w związku z tym konstruowanie ściślejszych reguł dobierania form terapii, a te nawet w podejściu kategorialnym w zbyt wielkim stopniu opierają się na metodzie prób i błędów¹³.

W przypadku depresji niektórzy badacze podają w wątpliwość, czy w ogóle możemy mówić o jednym, spójnym zestawie symptomów. Fried i Nesse¹⁴ przeanalizowali dane z badania skuteczności różnych rodzajów leków STAR*D porównując kryteria diagnostyczne z DSM-5 z faktycznie występującymi u chorych uczestniczących w badaniu zestawami symptomów (w pierwszej fazie badania uczestniczyło 3703 osób). Badacze wyodrębnili aż 1030 unikalnych profili (czyli zestawów symptomów), 864 profile wystąpiło u jedynie 5 lub mniej chorych, a 501 profile wystąpiło tylko u jednej osoby na niemal cztery tysiące uczestników, co oznacza, że można mówić o ogromnym wręcz zróżnicowaniu postaci depresji. Fried i Nesse twierdzą zatem, że zamiast nadal

⁹ Stephan et al. (2016a i b).

¹⁰ Stephan et al. (2016a).

¹¹ Łoza et al. (2011).

¹² Caspi et al. (2014).

¹³ Stephan et al. (2016a).

¹⁴ Fried i Nesse (2015).

przyjmować istnienie jednej choroby o tak zróżnicowanych symptomach, warto raczej skupić się na statystycznych analizach rzeczywistych danych i współwystępowania grup symptomów. W kwestii skuteczności leczenia w omawianym badaniu wykazano, że kilka prób dobrania odpowiedniego lekarstwa powinno doprowadzić do ustąpienia objawów, jednak wyszło również na jaw, że poszczególne terapie mają bardzo zbliżoną skuteczność, mogą działać bardzo różnie na poszczególne jednostki i chociaż prowadzi się intensywne badania, wciąż trudno ustalić, dlaczego tak się dzieje¹⁵. Inne metody leczenia (różnorodne formy psychoterapii) niejednokrotnie budzą jeszcze więcej wątpliwości.

Dlatego też wiele problemów psychiatrii wskazywanych w omawianej przeze mnie publikacji¹⁶ wiąże się z trudnościami w ściślejszym powiązaniu podejścia kategoryjnego i wymiarowego, co w idealnej sytuacji doprowadziłoby do koncepcji psychopatologii, która mimo ogólnie wymiarowego charakteru zachowywałaby jednak możliwość wyróżniania określonych podsyndromów. Trudności te mają jednak swoje drugie dno, którym jest przede wszystkim wielopłaszczyznowy spór o biologiczny redukcjonizm w psychiatrii, czyli ogólną koncepcję traktowania chorób psychicznych jako ukrytych chorób mózgu, która a) wciąż nie jest w stanie spełnić pokładanych w niej oczekiwań (do tej pory nie udało się dostarczyć wystarczająco jednoznacznych, empirycznych uzasadnień dla przedstawianych w obrębie psychiatrii teorii) oraz b) okazuje się niewystarczająca z punktu widzenia praktyki (nie uwzględnia istotnych dla diagnozy i leczenia kryteriów wykraczających poza fizjologię mózgu). Przyjrzyjmy się bliżej obydwu tym grupom zarzutów.

a) Stephan 2016b¹⁷ przywołuje znany fakt, że biologiczne markery są w psychiatrii rzadkością, co powoduje, że diagnozy bywają arbitralne. W szczególności, chociaż prowadzi się wiele badań dotyczących neurobiologicznej etiologii zaburzeń psychicznych, nie ustalono na razie markerów neurobiologicznych chorób afektywnych (a w sprawie genezy zaburzeń schizofrenicznych istnieje szereg konkurencyjnych hipotez¹⁸). Brak jednoznacznych neurobiologicznych kryteriów diagnozowania zaburzeń psychicznych to zarówno przyczyna, jak i skutek faktu, że nie ma również jasności co do tego, jak powinien wyglądać model przyczynowy chorób, który uwzględniałby ich etiologię oraz symptomy.

Cramer i współautorzy precyzują wątpliwości co do jednego z głównych założeń przyświecających dotychczas konstruowaniu przyczynowych modeli symptomów w psychopatologii – teorii zmiennej ukrytej, głoszącej, że choroba/zaburzenie psychiczne stanowi właśnie ukrytą zmienną, która jest przyczyną występowania określonych zestawów symptomów¹⁹. Autorzy zwracają uwagę, że teoria ukrytej zmiennej nie radzi sobie z wyjaśnieniem obserwowanego empirycznie i wspomnianego już wysokiego współczynnika współzachorowalności. Na przykład częste współwystępowanie depresji oraz zaburzeń lękowych wymagałoby przyjęcia istnienia współzależności między więcej niż jedną zmienną ukrytą. Autorzy zaproponowali zatem sieciowy model symptomów,

¹⁵ NIMH (2006).

¹⁶ Stephan et al. (2016a i b).

¹⁷ Stephan et al. (2016b): 3.

¹⁸ Pużyński et al. (2011).

¹⁹ Cramer et al. (2010).

w którym mogą one tworzyć krzyżujące się zbiory, i to właśnie przestrzenie w tak skonstruowanym modelu, a także relacje między poszczególnymi symptomami (które mogą nawzajem się wywoływać) powinny skupiać zainteresowanie badaczy. Borsboom²⁰ wyróżnia cztery zasady konstruowania sieciowej teorii psychopatologii: złożoność (zaburzenia powinny być charakteryzowane jako interakcje między różnymi składowymi sieciami), odpowiedniość między symptomami a składowymi (składowe sieci mają odpowiadać symptomom znanym z DSM), bezpośrednie przyczynowe połączenia (między symptomami) oraz nietrywialny charakter topologii sieci (niektóre symptomy są ściślej powiązane niż inne i odpowiada to temu, jak objawiają się różne, dające się wyodrębnić zaburzenia psychiczne). Chociaż koncepcja ta jest dopiero na etapie kształtowania i trudno ocenić, na ile faktycznie zmieni sposób modelowania zaburzeń psychicznych, jej najważniejszym owocem jest rosnące wśród badaczy przekonanie, że zjawisko współzachorowalności, współwystępowania różnych symptomów w różnych zaburzeniach, przy ogromnej zmienności indywidualnej w występowaniu owych symptomów, a także fakt, że napędzają się one nawzajem, tworząc przyczynowe ciągi symptomów (i że w związku z tym coraz trudniej w świetle konstruowanych modeli sieciowych mówić o ściśle wyznaczonych granicach wyznaczających konkretne jednostki chorobowe) to nie błąd czy też niedostatek obecnych modeli, który należy w przyszłości wyeliminować, a być może ich zaleta i przyczynek do zmian w całościowym postrzeganiu psychopatologii. Przegląd modeli sieciowych dokonany przez Frieda i współautorów²¹ wskazuje, że odejście od klasycznego kategoryjnego spojrzenia na jednostki chorobowe w psychiatrii w stronę sieciowych modeli przyczynowych symptomów może okazać się owocne z praktycznego, klinicznego punktu widzenia. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że w analizach czy dyskusjach o poszczególnych propozycjach modeli sieciowych to właśnie praktyczne potrzeby psychiatrii klinicznej stanowią główny, jeśli nie na razie jedyny możliwy punkt odniesienia z uwagi na brak twardego zakorzenienia którejkolwiek z tych propozycji w teoriach z poziomu neurobiologicznego.

Przyjmując bardziej filozoficzny punkt widzenia, warto zwrócić uwagę, że niejasności wokół formułowania kryteriów diagnostycznych, a także modelowania symptomów i badania etiologii depresji wiążą się z niejasnością relacji między poszczególnymi poziomami objaśniania tych zjawisk. Klasycznym problemem filozofii umysłu jest fakt, że badania neurobiologiczne prowadzone w języku nauk przyrodniczych nie dają się łatwo i automatycznie przykładać do pojęć stosowanych przez psychologów i psychiatrów w rozmowach z pacjentami. Jednym z pomysłów na ominięcie tego problemu w samej konstrukcji badań empirycznych jest model interwencyjny proponowany przez Campbella i Kendlera²² i będący pewnego rodzaju aplikacją koncepcji Woodwarda²³. Jest to ogólny model konstruowania eksperymentów naukowych umożliwiający izolowanie dowolnych czynników, które odgrywają bezpośrednią rolę przyczynową w badanym procesie poprzez poddawanie ich interwencjiom. W ramach tego modelu nie czynimy dodatkowych założeń co do tego, czym ma być przyczynowy wpływ, ani też jakiego

²⁰ Borsboom (2017).

²¹ Fried et al. (2016).

²² Campbell i Kendler (2009).

²³ Woodward (2003).

rodzaju czynniki mogą taki wpływ wywierać, dzięki czemu unikamy klasycznych trudności związanych ze sporem o przyczynowość mentalną i pokrewnymi metafizycznymi trudnościami wynikającymi z problemu psychofizycznego. Warto zwrócić uwagę, że, jak zauważają sami autorzy, tego rodzaju modele stanowią dopiero wstęp do szukania najlepszego poziomu wyjaśniania zjawisk i gromadzenia wiarygodnych wyników badań, które następnie poddane zostaną analizie uwzględniającej wielość rodzajów czynników i liczne pośrednie poziomy wyjaśniania.

b) Szukając odpowiedzi na pytanie o to, jakie czynniki i w jakim stopniu należy uwzględniać w modelu, trzeba powrócić do drugiego ogólnego problemu związanego z redukcjonizmem w psychiatrii: faktu, że poszukiwanie wyczerpujących redukcjonistycznych i mechanicznych wyjaśnień zjawisk na poziomie mózgowym utrudnia całościowe patrzenie na funkcjonowanie osób cierpiących na choroby psychiczne, w tym szczególnie na to, jakie czynniki społeczne i kulturowe wpływają na genezę i rozwój choroby, a także na możliwość skutecznego leczenia.

Świadomość wpływu czynników niesprowadzalnych do fizjologii mózgu nie jest w psychiatrii niczym nowym, pozostaje jednak kwestią otwartą to, w jaki sposób oraz na ile da się uwzględnić ową świadomość w praktyce. Nawet model obecnie wciąż uznawany za dominujący²⁴, czyli biopsychospołeczny model zaproponowany przez Engela²⁵, jak sama nazwa²⁶ wskazuje, obejmuje nie tylko biologiczne, ale również psychologiczne (u samego Engela przede wszystkim psychoanalityczne) i społeczne aspekty chorób (nie tylko zaburzeń psychicznych). Model ten był pomyślany jako sposób na wykroczenie poza model ściśle biologiczny, aczkolwiek Ghaemi²⁷ zarzuca Engelowi niezwykle wąskie i trywializujące pojmowanie samego rozróżnienia między czynnikami biologicznymi a pozabiologicznymi. Borell-Carrió i współautorzy²⁸ podkreślają wartość antyredukcjonistycznego nastawienia Engela, szukając w jego pracach inspiracji do skonstruowania nowej koncepcji relacji terapeutycznej w psychiatrii, kładącej nacisk na relację z pacjentem, zaufanie, empatię, jednak pojawia się też bardzo wiele głosów krytycznych autorów takich jak Ghaemi²⁹, McLaren³⁰ czy Bennick³¹. Najistotniejsze z punktu widzenia niniejszego artykułu są zarzuty Ghaemiego, który zauważa, że propozycja Engela jest tak upraszczająca i ogólnikowa, a także pozostawia tak wiele swobody w szczegółowych zastosowaniach, że staje się trywialna³². W szczególności, nie oferuje konkretnych wskazówek, a te, które jasno z niej wynikają – postulat łączenia farmakoterapii z psychoterapią – niekoniecznie okazują się uniwersalnie trafne. Być może z powodu tego nadmiernego eklektyzmu model biopsychospołeczny ostatecznie najczęściej i tak w praktyce oznacza skupienie się wyłącznie na komponencie biologicznym,

²⁴ Por. Ghaemi (2009), (2011).

²⁵ Engel (1977).

²⁶ Nazwa ta nie pochodzi od samego Engela; została zaproponowana wcześniej przez Grinkera (1964).

²⁷ Ghaemi (2011).

²⁸ Borrel-Carrió et al. (2004).

²⁹ Ghaemi (2009), (2011).

³⁰ McLaren (1998).

³¹ Bennick (2015).

³² Ghaemi (2011).

w każdym razie na etapie kształcenia przyszłych lekarzy. Z kolei zdaniem Bennicka³³ wiele zarzutów wobec modelu Engela wskazuje na fakt, że niedostatecznie uwzględnia on czynniki bardziej indywidualne, duchowość, wymiar egzystencjalny.

Widać zatem, że chociaż mało kto byłby skłonny obstawać przy ściśle redukcjonistycznym podejściu, na razie nie ma powszechnie akceptowanej propozycji, jak dałoby się je satysfakcjonująco rozbudować. Szczególnie trudno zaś jest skonstruować uporządkowany model relacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami, zarówno biologicznymi, jak i psychologicznymi oraz społecznymi.

Poziom złożoności tych relacji najlepiej obrazuje rozwijany przez amerykański Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (*National Institute of Mental Health*, NIMH) projekt RDoC (*Research Domain Criteria*). Celem projektu jest skonstruowanie szczegółowej ramy pojęciowej uwzględniającej zarówno konstrukty, czy też kategorie psychologiczne stosowane do ludzkiej psychiki, jak i różne poziomy analiz (od genów, molekuł, cząstek, obwodów neuronalnych po mechanizmy psychologiczne czy społeczne) oraz różnorodne metodologie badań (od genetycznych przez neurobiologiczne po psychologiczne). Szczegółowe pojęcia (jednostki analiz) grupowane są w większe dziedziny badawcze (obecnie w systemie przyjmuje się istnienie 5 głównych dziedzin badawczych)³⁴. Współtwórcy RDoC³⁵ twierdzą, że stanowi on próbę odpowiedzi na wspomniane wyżej trudności związane z łączeniem terminologii psychiatrycznej zawartej w podręcznikach takich jak DSM oraz ustaleń neuronauk (problem ten omawiał m.in. Hyman³⁶). Przede wszystkim jednak zadaniem RDoC jest umożliwienie lepszej systematyzacji i syntezy prowadzonych badań empirycznych, a zastosowanie kliniczne zależy przede wszystkim od powodzenia owych badań (Insel et al. 2010). W obrębie matrycy RDoC centralną rolę odgrywa dziedzina obwodów neuronalnych; zjawiska z tego poziomu są następnie albo analizowane bardziej szczegółowo, na poziomie komórkowym, albo też wykorzystywane do objaśniania funkcji czy zjawisk używanych w diagnostyce. Należy zwrócić uwagę, że konstrukcja RDoC jest w swojej istocie redukcjonistyczna i opiera się na założeniu, że ostatecznie zjawiska z poziomu psychologicznego, takie jak te występujące na listach symptomów w DSM czy ICD (anhedonia) zostaną faktycznie wyjaśnione w języku neurologii i neurobiologii, a w pierwszym rzędzie, że zostaną im przypisane określone zaburzenia na poziomie funkcjonowania obwodów neuronalnych. Ostatecznym testem ma być to, czy określone wartości parametrów neurobiologicznych będą dostatecznie dobrym predyktorem diagnozy czy też reakcji na określoną terapię³⁷.

Podsumowując tę część rozważań, można postawić dwa ogólne problemy związane z diagnozowaniem depresji (a w dalszej kolejności również z leczeniem tej choroby). Wątpliwości budzi przede wszystkim status diagnoz psychiatrycznych – na wielu poziomach. Po pierwsze, czy w ogóle daje się wyróżnić obiektywnie istniejące jednostki

³³ Bennick (2015).

³⁴ Szczegółowe objaśnienia dotyczące projektu RDoC można znaleźć na stronie NIMH <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/definitions-of-the-rdoc-domains-and-constructs.shtml>, stan z 29.12.2018.

³⁵ Insel et al. (2010).

³⁶ Hyman (2007).

³⁷ Insel et al. (2010): 750.

chorobowe, takie jak różne rodzaje depresji – przy czym „obiektywne” wyróżnienie rozumie się w dominującym nurcie psychiatrii jako ustalenie neurobiologicznej etiologii chorób. Po drugie, czy metody diagnostyczne i przyjmowane w DSM oraz ICD definicje i kryteria są praktycznie użyteczne (w tym również, czy nie są podatne na arbitralne manipulacje) oraz spójne z analizami i modelami statystycznymi. Dodatkowa trudność związana z tymi dwoma zagadnieniami tkwi naturalnie w fakcie, że wszelkie badania statystyczne i empiryczne muszą przyjmować określone założenia i terminologię, zawsze grozi nam zatem pewna kolistość. Na przykład, aby obliczać zależności statystyczne między symptomami wykazywanymi przez osoby chore na depresję lub też ewentualne zaburzenia neurobiologiczne u tych osób, trzeba przecież zaprosić do udziału w eksperymencie osoby zdiagnozowane już według kryteriów DSM lub ICD.

Kluczowy problem wynika zatem z wątpliwości co do obiektywnego statusu pojęć i diagnoz w psychiatrii – czyli, przyjmując naturalistyczne założenia głównego nurtu psychiatrii wyrażone chociażby przez twórców RDoC, co do istnienia ich neurobiologicznych korelatów. Ponadto naturalistyczny czy też redukcjonistyczny model nie uwzględnia wielu kluczowych aspektów psychologicznych i społecznych, które trudno jest spójnie powiązać z czynnikami neurobiologicznymi w obrębie jednej koncepcji i którym w odczuciu wielu autorów wciąż nie poświęca się dostatecznej uwagi w psychiatrii głównego nurtu. Rozdźwięk między ideałem psychiatrii jako działy medycyny opartej na dowodach i mocno zakorzenionej w twardych empirycznych badaniach, a wspomnianymi zastrzeżeniami płynącymi z analiz a także samego doświadczenia psychiatrów może rodzić poczucie, że ostatecznie za diagnozami i pojęciami psychiatrycznymi nie kryje się nic realnego, że są one zbyt arbitralne lub słabo ugruntowane, a co gorsza niepełne.

2. Antypsychiatria, antyredukcjonizm, ucieleśnione poznanie i fenomenologia

Omawiane wyżej wątpliwości to jedna z głównych przyczyn, dla których w ostatnich latach nasila się ruch antypsychiatryczny, a przynajmniej niektóre jego odłamy. Ukazało się już wiele budzących kontrowersje książek i artykułów autorek i autorów wywodzących się ze środowiska psychiatrów amerykańskich i brytyjskich, którzy w oparciu o interpretacje i metaanalizy badań naukowych (a często również o fakt, że brakuje badań na potwierdzenie wielu powszechnie przyjmowanych tez) podważają skuteczność farmakologicznych metod leczenia chorób psychicznych³⁸. Twierdzą oni, że leki stosowane w psychiatrii mają wiele szkodliwych skutków ubocznych, ich korzystne działanie to w dużej mierze efekt placebo, a w istocie być może farmakoterapia w pewnym stopniu odpowiada za dolegliwości klasyfikowane jako symptomy choroby³⁹; kwestionują także zasadność stawianych w psychiatrii diagnoz. Szczególnie często wyrażają zaniepokojenie wyraźnym wzrostem częstotliwości diagnozowania chorób psychicznych, a przede wszystkim zaburzeń nastroju (Angell⁴⁰ wskazuje, że od czasu wprowadzenia prozaku w roku 1987 potroiła się liczba Amerykanów, u których zdiagnozowano depresję i że

³⁸ Por. m.in. Kirsch (2009); Greenberg (2011); Angell (2011); Moncrieff (2013).

³⁹ Kirsch (2009); Moncrieff (2013); Greenberg (2011).

⁴⁰ Angell (2011).

obecnie leczy się aż 10% społeczeństwa powyżej 6 roku życia; Moncrieff⁴¹ zwraca uwagę na ogromny wzrost chorych diagnozowanych na chorobę afektywną dwubiegunową, w tym również – po wprowadzeniu stosownej jednostki chorobowej – w wieku dziecięcym). Nie jest moim zadaniem rozstrzygać o słuszności wysuniętych argumentów⁴², najnowsze badania nie potwierdzają niektórych pesymistycznych ocen⁴³; na uwagę zasługuje jednak obserwacja m.in. Greenberga, że przekaz producentów leków typu SSRI w istotny sposób wpłynął na powszechne postrzeganie chorób psychicznych jako jasno określonych zaburzeń neurobiologicznych mechanizmów, które można łatwo wyleczyć przez zastosowanie farmakoterapii, tak jak się dzieje w przypadku wielu chorób fizycznych. W potocznym odbiorze coraz powszechniej przyjmuje się, że – jak głoszą ulotki leków – depresja jest spowodowana zaburzeniem w regulacji neuroprzekaźników, a zadaniem leku jest przywrócenie równowagi; można by nawet pokusić się o stwierdzenie, że takie rozumienie chorób psychicznych przeniknęło już do „psychiatrii potocznej”, trawestując termin Fodora. Badania empiryczne nie dostarczają jednak – być może na razie – wystarczająco przekonujących dowodów na rzecz takiego obrazu.

Zarazem jednak przejmujące doświadczenie wielu chorych, a także praktyka lekarzy psychiatrów nie pozwalają posuwać się zbyt daleko w nurcie antypsychiatrycznym i sceptycyzmie dotyczącym istnienia zaburzeń nastroju w ogóle, co rodzi potrzebę alternatywnego czy może tylko komplementarnego wyjaśnienia, na czym mogłyby one polegać i jak można je leczyć. Bracken i Thomas⁴⁴ proponują, aby odciąć się od błędów redukcjonistycznego modelu i rozpocząć erę postpsychiatrii, w której istotne byłoby między innymi nie tylko porzucenie myślenia o chorobie psychicznej jak o wewnętrznej chorobie fizjologicznej mózgu, ale i docenienie wagi całego kontekstu psychospołecznego w diagnozie i przy leczeniu, a także ponowne przemyślenie kwestii stosowania przymusu (jakkolwiek autorzy odcinają się od antypsychiatrycznych postulatów rezygnacji z wszelkich form przymusowych terapii). Niezależnie od omawianych już teoretycznych sporów o właściwy model w psychiatrii, sami psychiatrzy chętnie podejmują inicjatywy uwzględniające w jak największym stopniu uwarunkowania społeczne i możliwość poprawy zdrowia psychicznego niepomijające w żadnym razie tradycyjnych metod leczenia, ale uwzględniające bardziej holistyczne podejście. Znakomitym przykładem jest tu odnosząca coraz większe sukcesy koncepcja psychiatrii opartej na otwartym dialogu J. Seikkula i B. Alakare – istotnym elementem diagnostyki i leczenia w tym modelu jest nie tylko podkreślanie roli dialogu z pacjentem, ale przede wszystkim uwzględnianie

⁴¹ Moncrieff (2013).

⁴² W sprawie możliwych linii obrony antydepresantów przed atakiem Angell i Kirscha por. na przykład Kramer (2011).

⁴³ W sprawie skuteczności antydepresantów por. rezultaty nowej, szeroko zakrojonej sieciowej metaanalizy opublikowanej w czasopiśmie *Lancet* (Cipriani et al. 2018). Wszystkie leki z tej grupy osiągnęły lepsze wyniki niż placebo, jednak ich skuteczność była mocno zróżnicowana, podobnie jak sama jakość analizowanych danych. Szczególnie cenne informacje dotyczą bezpośrednich porównań skuteczności i skutków ubocznych poszczególnych leków, które mogą korzystnie wpłynąć na możliwość przewidywania reakcji indywidualnych pacjentów. Bardzo pomocny jest również fakt, że autorzy udostępnili wszelkie dane, z których korzystali na ogólnodostępnej platformie Mendelej Data.

⁴⁴ Bracken i Thomas (2001).

i włączanie w leczenie całej jego rodziny i branie pod uwagę znaczenia środowiska, w którym się obraca⁴⁵.

Warto zatem zadać pytanie, czy filozofia psychiatrii – szczególnie jej intensywnie rozwijający się nurt związany z fenomenologią i nurtem ucieleśnionego poznania – może jakoś wspomóc te przemiany, zmienić lub uzupełnić proponowane modele albo zaoferować nowe podejście i usunąć trudności.

2.1. Ucieleśnione poznanie i enaktywizm a filozofia psychiatrii

Nurt ucieleśnionego poznania – niezwykle owocny paradygmat badawczy na styku filozofii umysłu, kognitywistyki, robotyki i neuronauk, obejmujący obecnie teorię poznania, świadomości, a także psychiatrię – czerpie z wielu idei klasycznej fenomenologii, przede wszystkim w kwestii roli i działania ciała w poznaniu, a także społecznego wymiaru naszego funkcjonowania. Jednym z kluczowych narzędzi okazała się Husserlowska koncepcja *Leib* – czującego ciała, która oferuje możliwość zatarcia czy przełamania klasycznego teoretycznego dualizmu między ciałem a umysłem⁴⁶ i stanowi nowy punkt wyjścia zarówno dla badań empirycznych, jak i dla kognitywistyki, filozofii umysłu, a nawet, jak twierdzą niektórzy, dla psychoterapii⁴⁷. Czujące ciało zarówno u Husserla, jak i we współczesnym odczytaniu, to ciało zanurzone w konkretnym czasie i przestrzeni, działające i realizujące określone zadania w świecie, w tym również, co bardzo istotne, w świecie społecznym. Z drugiej strony sam fakt, że pojmujemy ciało samo w sobie jako czujące (a nie, jak w kartezjańskim paradygmacie, szukamy sposobu, w jaki mechanizmy cielesne mogą „generować” świadome doznania) zmienia również podejście do problemu samoświadomości i samowiedzy, prowadząc badaczy w stronę teorii, w których to właśnie minimalna świadomość własnego ciała, jego położenia i wewnętrznych procesów stanowi bazę dla kształtowania bardziej rozwiniętego postrzegania własnego „ja”⁴⁸. Czujące ciało to ciało obdarzone zmysłami wewnętrznymi (propriocepcja i interocepcja), które oferują nam konieczne osadzenie w rzeczywistości i bazową formę samowiedzy z pogranicza poziomu subpersonalnego i świadomego – co ważne, odchodzimy tu od tradycyjnego pojmowania samoświadomości jako postrzegania samego siebie w sposób analogiczny do percepcji zewnętrznej, wzrokowej i słuchowej. Proponowane przez Gallaghera⁴⁹ koncepcje poczucia własności ciała oraz sprawczości (szczególnie motorycznej), a także schematu i obrazu ciała coraz częściej stanowią punkt wyjścia nie tylko dla filozoficznych analiz zaburzeń psychicznych (w tym oczywiście proponowanych przez tego autora), ale też dla badań empirycznych. Wiąże się to z istotnym odejściem od omawianego wyżej założenia o chorobach psychicznych jako zjawiskach, które dają się wyjaśnić przede wszystkim lub wyłącznie poprzez fizjologiczne stany mózgu. W badaniach nad schizofrenią istotne stało się pytanie o zaburzenie cielesnych,

⁴⁵ W sprawie analizy filozoficznego wymiaru koncepcji otwartego dialogu por. Seikkula i Olson (2003).

⁴⁶ Por. tekst, który można traktować jako jeden z manifestów programowych dla tego paradygmatu, Hanna i Thompson (2012/2003).

⁴⁷ Leitan i Murray (2014).

⁴⁸ Por. chociażby Gallagher (2000).

⁴⁹ Gallagher (2005).

podstawowych form samoświadomości, które, jak wspomniałam wyżej, w sytuacjach niepatologicznych mają nam gwarantować dobre zakorzenienie w świecie i bez którego niemożliwe jest jakiegokolwiek niezaburzone funkcjonowanie⁵⁰. T. Fuchs koncentruje się na zaburzonym doświadczeniu własnego ciała zarówno w schizofrenii, jak i w depresji. Nasze doświadczenie własnego ciała, jego położenia i wewnętrznego funkcjonowania, czy wreszcie, by użyć terminologii Gallaghery, samego poczucia własności czy też sprawczości w odniesieniu do owego ciała powinno zawsze pozostawać w tle⁵¹ – kiedy jednak ulegamy zaburzeniom, to właśnie ciało wysuwa się na plan pierwszy naszej świadomości. Zaburzona świadomość ciała wpływa z kolei na zaburzenia wszelkich pozostałych wymiarów psychiki i życia w świecie, na przeżywanie traum, doznawanie urojeń czy halucynacji, utratę poczucia tożsamości lub sprawstwa w odniesieniu do działań motorycznych, czy wreszcie na zaburzenia nastroju.

Uwaga badaczy kieruje się jednak nie tylko na samo czujące ciało, wręcz przeciwnie, działanie czującego ciała jest rozumiałe wyłącznie w kontekście otoczenia owego ciała. W nurcie enaktywistycznym, który wywodzi się w dużej mierze od F. Vareli, E. Thomspona i E. Rosch⁵² to czujące ciało – za Husserlem i Merleau-Ponty’em – postrzegana się jako z jednej strony determinująca, w jaki sposób doświadczamy świata i innych ludzi, a z drugiej, jako zdeterminowane przez to, w jakim świecie działa, jakie zadania wykonuje, z czym się styka. Sama percepcja uważana jest za rodzaj działania lub aktywność służącą bezpośrednio działaniom⁵³, działania zaś, nawet te najprostsze i motoryczne są w pełni rozumiałe tylko w szerokim kontekście naszej aktywności w świecie, również w świecie społecznym. Jesteśmy podmiotami przede wszystkim działającymi, wciąż stwarzamy sami siebie poprzez działanie⁵⁴, a nasze poznanie nakierowane jest na wypełnianie określonych zadań. Odchodzi się od tradycyjnych reprezentacjonistycznych wizji poznania, które skupiają się na abstrakcyjnych lub subiektywnych treściach i doznaniach wewnętrznych, dziejących się „w głowie”, na rzecz postrzegania ludzkiej działalności kognitywnej jako działalności w świecie, w czasie rzeczywistym. De Jaegher i Di Paolo⁵⁵ proponują pojęcie „participatory sense-making”, aktywnego, uczestniczącego rozumienia czy szukania sensu w świecie poprzez działanie, które nawiązuje do Gibsonowskiej koncepcji afordancji, i może służyć do opisu zarówno najprostszycy percepcji oraz działań motorycznych, dzięki którym zwierzęta odróżniają jedzenie od wroga, jak i do zaawansowanych form ludzkiej aktywności społecznej, naukowej i kulturalnej. W konsekwencji paradygmat enaktywistyczny narzuca inne, bardziej holistyczne podejście do analizy jakiegokolwiek fenomenu z zakresu ludzkiego poznania – przez holizm rozumiem tu metateoretyczne rozstrzygnięcie, że poszczególne zjawiska daje się wyjaśnić jedynie w świetle większej całości. Holizm tego rodzaju nie przesądza niczego na temat ontologii opisywanych zjawisk, a w szczególności nie wyklucza, że

⁵⁰ Podsumowanie badań z tego nurtu można znaleźć u Sass, Parnas i Zahavi (2011).

⁵¹ W sprawie poczucia własności, sprawstwa, ich ewentualnych neurologicznych odpowiedników oraz możliwych związków między tymi zjawiskami a samoświadomością por. na przykład Tsakiris et al. (2007).

⁵² Varela, Thompson i Rosch (1991).

⁵³ Noë (2004).

⁵⁴ Maturana i Varela (1992).

⁵⁵ De Jaegher i Di Paolo (2007).

posiadają one również ściśle materialistyczną interpretację, dzięki czemu teorie enaktywistyczne mogą czerpać z nauk o mózgu. Niemniej istotne jest właśnie zwrócenie uwagi na użyteczność przyjęcia nieco innej postawy teoretycznej, w której nie koncentrujemy się na poszukiwaniu neuronalnych korelatów różnych, być może nie zawsze właściwie wyizolowanych zjawisk, a raczej staramy się je umieścić i zrozumieć w szerszym kontekście. W koncepcjach enaktywistycznych nawet najprostsze aktywności są elementem naszego szeroko pojętego bycia w świecie i niemożliwe jest utrzymanie wizji, w której cokolwiek jest tylko dającym się wyizolować wewnętrznym procesem w głowie, czy to „psychicznym”, czy to ostatecznie neuronalnym, a to przecież stanowiło istotny element redukcjonistycznego pojmowania schorzeń psychicznych.

Holizm tego samego rodzaju obecny jest też zatem w enaktywistycznym myśleniu o zaburzeniach psychicznych, które w teoriach enaktywistycznych nigdy nie są zjawiskiem ograniczonym do wadliwego działania jakiegoś wewnętrznego mechanizmu, czy to umysłu, czy nawet cielesnego organizmu, a stanowią zaburzenie całokształtu funkcjonowania człowieka w jego otoczeniu, zarówno wąsko, jak i szeroko pojętym.

2.2. Ucieleśnione i enaktywistyczne koncepcje depresji

W rozważaniach na temat depresji przewijają się wszystkie wskazane wyżej tezy i charakterystyczne podejścia teoretyczne, chociaż niektórzy autorzy tylko luźno czerpią z inspiracji fenomenologią, a inni wbudowują koncepcje wyjaśnień poszczególnych zaburzeń psychicznych w szerszą ucieleśnioną lub enaktywistyczną teorię ludzkiego działania. Dla celów tego artykułu skoncentruję się na dwóch najważniejszych wątkach, które wykraczają poza redukcjonistyczne podejście: koncentracji na doświadczeniu depresji w ogóle, a w szczególności na jego ucieleśnionej i enaktywistycznej analizie.

Po pierwsze, istotne jest samo powoływanie się na klasyczną fenomenologię, w tym postulat, aby koncentrować się – tak jak zalecał Husserl – na wolnej od teoretycznych założeń analizie struktury rzeczywistego doświadczenia. Aho⁵⁶ wskazuje, że w zarysowanym wyżej sporze o efektywność neurobiologicznie zorientowanej psychiatrii traci się z pola widzenia autentyczne pierwszoosobowe doświadczenie depresji. Jego zdaniem, zrozumienie tego doświadczenia (możliwe dzięki wykorzystaniu technik ukształtowanych w obrębie fenomenologii) stanowić będzie potężny kontrargument w dyskusji z osobami, które sceptycyzm dotyczący osiągnięć neurobiologicznej psychiatrii może zaprowadzić za daleko. Jak zauważyłam wyżej, w nawiązaniu do badania STAR*D, między pacjentami występują ogromne różnice indywidualne, które utrudniają konstruowanie użytecznych modeli statystycznych, a twórcy modeli sieciowych podkreślają, że w istocie dla każdego pacjenta model może wyglądać inaczej. Być może zatem niezbędna jest bardziej zindywidualizowana praca z pacjentem i dogłębna analiza realnych, subiektywnych doświadczeń, niekoniecznie koncentrująca się wokół list symptomów z DSM i ICD. Ghaemi⁵⁷ nawołuje do wykorzystywania fenomenologii przy diagnozie psychiatrycznej, zwracając uwagę, że w praktyce klinicznej niezwykle

⁵⁶ Aho (2013).

⁵⁷ Ghaemi (2007).

rzadko spotyka się „czyste” przypadki depresji jedno- lub dwubiegunowej, są to jedynie krańce pewnego kontinuum. Sztywne kategoryzacje⁵⁸ obejmujące jedynie owe krańce kontinuum praktycznie uniemożliwiają uchwycenie rzeczywistego problemu pacjenta. Ratcliffe, jeden z najważniejszych badaczy zajmujących się psychopatologią w ujęciu fenomenologicznym, nie chce zatem traktować chociażby urojeń jako zjawiska polegającego tylko na posiadaniu zniekształconych w pewien sposób przekonań (jak głosi definicja urojeń w DSM-5), a traktuje je jako odczucia egzystencjalne, pewien rodzaj bycia w świecie, a diagnozy „duży epizod depresyjny” i „depresja” w jego ujęciu to raczej szereg różnorodnych odmian „depresji egzystencjalnej”, których tradycyjne psychiatryczne kategorie diagnostyczne nie potrafią rozróżnić⁵⁹. O ile jednak doświadczenie każdego pacjenta ma indywidualne własności, fenomenologia może zaoferować pewne uogólnione charakterystyki.

Ghaemi⁶⁰ sam zwraca uwagę na empiryczną trafność fenomenologicznych intuicji dotyczących natury doświadczenia depresji, szczególnie dotycząca postrzegania czasu. Aho⁶¹ analizuje sposób, w jaki depresja zaburza orientację czasoprzestrzenną oraz ogranicza ruchliwość chorych, interpretując te objawy – zgodne z duchem analiz Husserlowskich – jako formę egzystencjalnej dezorientacji. Niezwykle interesujące z punktu widzenia fenomenologii i Husserlowskiej wykładni wewnętrznej świadomości czasu badania nad doświadczaniem czasu przez osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne zmierzają do wyjaśnienia, dlaczego dla osób cierpiących na depresję czas płynie wolniej, a nawet ulega całkowitemu zatrzymaniu, podczas gdy osoby w manii mają zupełnie przeciwne doznania⁶². Ratcliffe⁶³ sporządza szczegółowy fenomenologiczny opis różnorodnych zniekształceń w doświadczaniu czasu przez osoby cierpiące na depresję, w którym wykorzystuje takie kategorie jak utrata poczucia, że określone rzeczy są szczególnie ważne dla samego chorego lub dla innych, utrata popędu popychającego do korzystania z określonych możliwości, czy też poczucie bierności i utrata życiowych projektów. Prowadzi to ostatecznie do poczucia „znikania”, wyobcowania, uwięzienia. Ratcliffe podkreśla jednak, że są to różne aspekty doświadczenia depresji i o ile wspomniana lista może ogólnie rzecz biorąc być łączona z rozpoznaniem dużego epizodu depresyjnego (według obecnych klasyfikacji, czyli omawianego przeze mnie wyżej DSM-5), i w ten sposób posłużyć jako inspiracja dla innych badań empirycznych i teoretycznych, o tyle trzeba zwrócić uwagę na to, że poszczególne zjawiska występują u różnych chorych w bardzo różnym stopniu, co mogłoby wskazywać, że istnieje potrzeba bardziej szczegółowych rozpoznań lub bardziej elastycznego dostosowywania terapii, a także, że nie są one specyficzne wyłącznie dla depresji. Z drugiej strony uzasadnia to również potrzebę terapii o charakterze egzystencjalnym, której zwolennikiem jest Ghaemi.

Należy zwrócić uwagę, że tego rodzaju analizy są mocno zakorzenione w koncepcji podmiotu jako zarazem ucieleśnionego i właśnie poprzez ciało zakorzenionego

⁵⁸ Trzeba tu zwrócić uwagę, że wspomniany artykuł został napisany przed publikacją DSM-5.

⁵⁹ Ratcliffe (2005a); (2005b); (2013), a szczególnie (2015): 250–258.

⁶⁰ Ghaemi (2007).

⁶¹ Aho (2013).

⁶² Ghaemi (2007).

⁶³ Ratcliffe (2012) – w oparciu m.in. o analizy Minkowskiego (1970).

w świecie, również w świecie społecznym. Poczucie, że czas płynie wolniej, nierozdzielnie wiąże się ze spowolnieniem ruchów, a to z kolei – z faktem, że dostrzega się w świecie mniej wystarczająco atrakcyjnych czy istotnych możliwości.

Fuchs analizuje doświadczenie depresji właśnie w tym wymiarze: jako pewien rodzaj cielesnych ograniczeń, które wpływają na ograniczenia w relacjach z innymi i ze światem zewnętrznym. Utrata swobody we własnym ciele zaburza nasze poczucie rzeczywistości, zarówno wobec nas samych (derealizacja), jak i wobec świata – tak Fuchs wyjaśnia, dlaczego w depresji mogą rodzić się na przykład urojenia Cotarda, czyli przekonanie, że się nie istnieje, lub jest się martwym⁶⁴. Zamiast myśleć o urojeniach jak o błędnych przekonaniach, należy rozumieć je jako niepowodzenie w próbie współkonstytuowania rzeczywistości, które bierze się z utraty wspólnej perspektywy, współdzielonego poczucia cielesnego zakorzenienia w świecie. Ciało, zamiast być naturalnym pośrednikiem między tym, co jest „nami”, a tym co należy do świata zewnętrznego, umożliwiającym dostrojenie się do afektywnej przestrzeni międzyludzkiej, staje się barierą odcinającą nas od rzeczywistości, a szczególnie od innych czujących ciał.

W nurcie ucieleśnionego poznania nasze życie jest ciągłym tworzeniem pewnych sensów czy też „aktywnym rozumieniem”, jak w przywoływanej wyżej teorii De Jaegher i Di Paolo⁶⁵; każda najdrobniejsza czynność, ruch ciała ma pewien cel, każdy przedmiot w świecie postrzegany jest w świetle tego, do czego może aktualnie posłużyć, każde proste działanie stanowi część naszego funkcjonowania w społeczeństwie. Depresja odziera nasz świat z owych sensów, zaburza proces ich szukania, odbiera chorym wolę podejmowania działań i umiejętność dostrzegania możliwości, a także wchodzenia w relacje z innymi.

Zaburzona świadomość własnego ciała, dyskomfort, poczucie spowolnienia czy ograniczenia w ruchach i reakcjach u osób chorych na depresję są tematem coraz większej ilości badań empirycznych⁶⁶, w których próbuje się opisywać doświadczenia chorych w języku teorii enaktywistycznych i fenomenologicznych oraz wyprowadzać wnioski praktyczne dotyczące nowych form terapii. W przywoływanych koncepcjach sugeruje się zatem, że w terapii można wykorzystać chociażby formy aktywności fizycznej, które pogłębiają poczucie bycia żywym, zdolnym do działania i lepiej zakorzenionym w świecie. Z metateoretycznego punktu widzenia jest to zupełnie odmienne podejście niż chociażby projekt RDoC; nie szukamy neurobiologicznej etiologii, a koncentrujemy się na holistycznej analizie depresji jako zaburzenia funkcjonowania chorego – podmiotu zakorzenionego w sieci relacji społecznych i znaczeniowych. Fuchs postuluje ekologiczny (czyli uwzględniający właśnie tak pojęte zanurzenie w świecie) model chorób psychicznych zamiast poszukiwania neurobiologicznych schorzeń leżących u korzeni pewnych objawów (co jest ideą wprost antyredukcyjną), a także sugeruje, że właściwe jest również pluralistyczne podejście do poszukiwania terapii (co oznacza przede wszystkim niekoncentrowanie się wyłącznie na metodach farmakologicznych)⁶⁷. W pewnym sensie depresja to zaburzenie całego systemu funkcjonowania w świecie –

⁶⁴ Fuchs (2013).

⁶⁵ De Jaegher i Di Paolo (2007).

⁶⁶ Por. na przykład Danielsson i Rosberg (2014).

⁶⁷ Fuchs (2009).

od najprostszych czynności motorycznych i poczucia osadzenia w czasoprzestrzeni po funkcjonowanie w społeczeństwie. Nie jest to jednak struktura przyczynowa, w której zaburzenia z „niższych” poziomów, np. motorycznego działania, stanowią podstawę generowania patologii na poziomach „wyższych” życia pacjenta w jego rodzinie i społeczności. Wszelkie problemy oddziałują na siebie nawzajem i potęgują się, ale relacje te są skomplikowane, złożone i mają niezwykle zindywidualizowane wzorce. Dlatego też interwencja terapeutyczna może zadziałać korzystnie niezależnie od tego, który aspekt funkcjonowania zostanie poprawiony, i w każdym indywidualnym przypadku należy rozważyć, co jest najistotniejszym problemem pacjenta. Przejaskrawiając nieco, zgodnie z holistycznymi założeniami enaktywizmu nie ma wielkiego sensu wytyczać „poziomów analizy”, jak w systemie RDoC, czy też izolować poszczególnych czynników i próbować punktowych interwencji, bo każdy z owych poziomów i każdy z czynników jest w pełni zrozumiały tylko z perspektywy całego systemu. Taki holizm zupełnie uniemożliwia jednak sformułowanie bardziej konkretnych wytycznych dotyczących terapii, a także nakłada wyjątkowo surowe wymagania na psychiatrę, który musi patrzeć na sytuację pacjenta niezwykle szeroko i całościowo.

2.3. Enaktywistyczna filozofia psychiatrii a terapie

Należy zatem przyjrzeć się bliżej pytaniu, na ile przedstawione wyżej analizy mogą oferować bardziej konkretne propozycje dotyczące terapii. Kilkakrotnie już przedstawiłam sugestie, że szczególnie ważne powinny być metody leczenia wykorzystujące w jakiś sposób informacje na temat związków między zaburzeniami nastroju a funkcjonowaniem ciała. Terapie tańcem, ruchem i przy wykorzystaniu pracy ciałem nie są oczywiście niczym nowym, jednak wnioski z omawianych koncepcji mogą wpłynąć na ich udoskonalenie. Röhricht wskazuje, że u samych podstaw psychoterapii wykorzystującej różne formy pracy z ciałem mogą leżeć bardzo różne założenia na temat człowieka jako całości psychofizycznej⁶⁸, jednak szczególnie owocne wydają się podejścia zakorzenione w nurcie holistycznym – odróżnia to podobne praktyki od chociażby farmakoterapii, których podstawy teoretyczne na ogół bazują na pewnych formach monizmu fizykalistycznego lub też mocno redukcjonistycznego dualizmu. Nacisk kładzie się na świadome, cielesne doświadczanie (i nie chodzi tu o odniesienie, obiekt, czy obiektywną treść tego doświadczenia, a właśnie o pełne przeżycie samego aktu, co od razu przywodzi na myśl podejście fenomenologiczne), wyrażanie ciałem tego, co na ogół pozostaje pod progiem świadomości (co przypomina przywoływane przeze mnie analizy zjawisk z poziomu subpersonalnego), regulację emocji, kontrolowanie siebie w relacji i w interakcjach z innymi, a także stwarzanie znaczeń. Badacze podążający za słynnymi analizami Lakoffa i Johnsona sugerują, że znaczenia słów zakorzenione są w ucieleśnionych doświadczeniach, a ten sposób myślenia rozciąga się czasem na znaczenia również w ogólniejszym ujęciu: ciało czyni sensownym nasze działanie, a ostatecznie również funkcjonowanie w świecie i interakcje z innymi. Praca z ciałem nie ogranicza się zatem do prób wpływania na nastrój czy nastawienie emocjonalne poprzez regulowanie oddechu, postawy, czy

⁶⁸ Röhricht et al. (2014).

wykonywanie określonych czynności, ale także wzmacnia się u pacjentów świadomość tego, jak funkcjonują ich ciała, nie poprzez udzielanie informacji i zachęty do obserwacji, a poprzez faktyczne działanie w świecie⁶⁹. Jest to niezwykle ważne z punktu widzenia chociażby wspomnianych ustaleń Zahaviego, Sassa i Parnasa na temat genezy zaburzeń schizofrenicznych, które miałyby brać się z faktu, że człowiek pozbawiony naturalnej, subpersonalnej, pierwszoosobowej świadomości ciała zakorzenionej w propriocepcji i interocepcji usiłuje nadrobić ten brak przy pomocy trzecioosobowej, przedmiotowej obserwacji i hiperrefleksyjności. W terapiach inspirowanych radykalnymi nurtami paradygmatu ucieleśnionego poznania kładzie się nacisk na minimalizowanie znaczenia trzecioosobowej obserwacji ciała – zarówno własnego, jak i ewentualnie innych osób uczestniczących w interakcji – natomiast pacjent rozwija bezpośrednio ucieleśnioną, minimalną intersubiektywność⁷⁰. Chociaż model terapii grupowej Rogersa jeszcze do niedawna nie cieszył się uznaniem i bywał krytykowany jako metoda mniej efektywna czy też mniej zgodna z redukcjonistycznymi założeniami psychologii niż terapie kognitywno-behawioralne, obecnie wprowadza się elementy tej terapii w grupach spotkaniowych, w których pacjenci mogą rozwijać samoświadomość przez działania, interakcje i odgrywanie doświadczeń. Czasem wykorzystuje się również technologie wirtualnej rzeczywistości, aby wspomóc odgrywanie konkretnych scen. Autorzy przywoływanego tu artykułu słusznie zauważają jednak, że ta forma terapii może budzić wątpliwości zarówno z punktu widzenia bezpieczeństwa (nie mamy pewności, że przeżywanie określonych trudnych sytuacji lub choćby urojonych nastawień w wirtualnej rzeczywistości istotnie pomogą w czymkolwiek pacjentowi), jak i samych założeń, ponieważ jest dość oczywiste, że to, co wirtualne, nie jest przecież naprawdę ucieleśnione.

Chociaż, ogólnie rzecz biorąc, terapie wykorzystujące pracę ciałem odnoszą pewne sukcesy, sam Röhricht zwraca uwagę na ich ogromną różnorodność i brak systematycznych badań nad skutecznością podobnych metod leczenia⁷¹. W kontekście tego artykułu musimy też zadać pytanie, czy w ogóle mamy kryteria oceny, jakie formy terapii istotnie opierają się na założeniach paradygmatu ucieleśnionego poznania czy fenomenologii? Niewątpliwie wszelkie metody leczenia skupione na pracy z ciałem w oczywisty sposób wiążą się ze skoncentrowanymi na ciele analizami Husserla, Fuchsa czy samego Gallaghery (współautora cytowanego artykułu). Gdybyśmy mieli jednak zastosować klasyczne Popperowskie kryterium demarkacji nauk i zapytać, w jakim przypadku uznałibyśmy, że określona forma terapii poprzez pracę z ciałem nie jest zgodna z naszymi założeniami teoretycznymi, dałoby się odpowiedzieć jedynie bardzo ogólnie – nie byłyby zgodne takie terapie, które nakazywałyby próby trzecioosobowej obserwacji własnego ciała, nie uwzględniały interakcji z otoczeniem albo też próbowały wzmacniać samoświadomość w oderwaniu od cielesnych doświadczeń. Tymczasem choćby przywoływane przeze mnie przykłady nie są jednoznaczne, czy to z uwagi na wykorzystanie rzeczywistości wirtualnej, czy wreszcie na sam fakt nieco sztucznego świadomego koncentrowania się na własnych przeżyciach, które przecież w świetle niektórych analiz byłoby właśnie raczej działaniem pogłębiającym chorobę.

⁶⁹ Röhricht et al. (2014).

⁷⁰ Röhricht et al. (2014).

⁷¹ Röhricht (2009).

Autorzy wspominają, że różnego rodzaju terapie ciałem są profilowane pod kątem określonych zaburzeń, to jednak znów rodzi wątpliwości – przy tak ogólnej koncepcji tego, jaki związek mogą mieć określone ćwiczenia czy zadania z tym, jak kształtuje się cielesna samoświadomość oraz czym różnią się poszczególne zaburzenia tym trudniej wyobrazić sobie, jak można owe zadania profilować.

3. Podsumowanie

Trudno powiedzieć, czy teorie wpisujące się w nurt ucieleśnionego poznania obecnie mogą zaoferować nam bardziej konkretne zalecenia dotyczące terapii, a także w ogóle dobre rozróżnienia między poszczególnymi zaburzeniami. Analizy fenomenologiczne, jakościowe oceny doświadczenia poszczególnych zaburzeń z samej swej istoty nie mogą prowadzić do wykształcenia spisu chorób oraz ścisłych kryteriów diagnostycznych, jakimi miały być kryteria zawarte w DSM czy ICD; wręcz przeciwnie, pomyślane są jako alternatywa dla całego modelu stojącego za dominującym nurtem w psychiatrii. Autorzy nie uciekają od bardziej precyzyjnych sugestii⁷², niemniej trzeba też przyznać, że z klinicznego punktu widzenia opisy zaburzeń doświadczania siebie, a szczególnie rozróżnienia między doświadczeniem depresji i schizofrenii mogą być trudne do zastosowania. Czytając w artykule Fuchsa o tym, jak w depresji doświadczanie własnego ciała ulega zaburzeniu, co prowadzi do osłabienia samoświadomości a także poczucia rzeczywistości zewnętrznej, trudno nie przypomnieć sobie bliźniaczo podobnych analiz doświadczenia schizofrenii w pracach Sassa, Zahaviego i Parnasa; podobnie, różnice są bardzo płynne, gdy porównuje on utratę synchroniczności z rzeczywistością w depresji z alienacją wywoływaną przez schizofrenię. Z drugiej strony w koncepcji Ratcliffe'a między formami rozbicia poczucia samego siebie w depresji a w schizofrenii istnieją istotne pokrewieństwa⁷³ i nie jest to wada teorii, tylko odzwierciedlenie rzeczywistych podobieństw.

Trzeba jednak zauważyć, że zarówno niedostatki, jak i korzyści płynące z takiego eklektycznego podejścia są w istocie odbiciem identycznych problemów w psychiatrii, która nie deklaruje się koniecznie jako „ucieleśniona” czy „enaktywistyczna”. Odejście od twardego, redukcjonistycznego założenia, że ostatecznie dążymy do uchwycenia konkretnego mechanizmu stojącego za jasno definiowalnym zaburzeniem zarówno w wersji enaktywistycznej czy ucieleśnionej, jak i w nowszych nurtach w psychiatrii takich jak koncepcje wymiarowe, modele sieciowe czy postpsychiatria, prowadzi do mniej sztywnego a bardziej holistycznego i zindywidualizowanego podejścia do szukania genezy zaburzeń psychicznych, odchodzenia od sztywnych kryteriów diagnostycznych i jednoznacznego etykietowania chorych, a także do bardzo eklektycznego dobierania terapii. Z drugiej strony jednak żadne z omówionych tu podejść nieredukcjonistycznych nie proponuje jasnego rozwiązania niektórych trudności będących główną przyczyną ataku na redukcjonistyczny model psychiatrii, szczególnie tych, które mają bezpośrednie

⁷² Np. Ratcliffe (2015) czy Ghaemi (2007) sugerują, że niektóre formy depresji mają charakter problemów egzystencjalnych i w związku z tym wymagają raczej stosownych form psychoterapii niż na przykład farmakoterapii.

⁷³ Por. chociażby Ratcliffe (2015): 258–269.

przełożenie na praktykę. Jak zauważył Ghaemi, krytykując model Engela, eklektyczne i holistyczne podejścia mogą być czasem zbyt rozmyte, aby oferować szczegółowe zrozumienie zaburzeń, a na pewno pozostawiają zbyt wiele dowolności dotyczących terapii – tak dzieje się, jak wskazywałam wyżej, również w przypadku próby tworzenia terapii zakorzenionych w ucieleśnionym paradygmacie.

Enaktywistyczny postulat, aby postrzegać depresję – oraz inne zaburzenia psychiczne – jako dysfunkcję całego złożonego układu obejmującego nie tylko osobę chorą, ale też całokształt jej funkcjonowania, na razie nie oferuje żadnych innych praktycznych rozwiązań niż te, po które psychiatrzy już sięgają (jak choćby we wspomnianej przeze mnie koncepcji otwartego dialogu). Chociaż z filozoficznego punktu widzenia silnie holistyczny aspekt tej teorii jest interesujący (nie tylko bierzemy pod uwagę całokształt funkcjonowania pacjenta, ale wręcz przyjmujemy, że tylko w kontekście tej całości da się wyjaśnić jakiegokolwiek szczegółowe dysfunkcje), nie zmienia on na razie wiele na poziomie praktycznym. Teoria ta znakomicie natomiast podkreśla rolę wszelkich czynników, które obecnie traktowane są często drugoplanowo wobec fizjologii mózgu pacjenta, jako „czynniki zewnętrzne” (czyli na przykład społeczne uwarunkowania chorego, otoczenie, w jakim się znajduje, funkcje, jakie wykonuje). Wskazuje również, dlaczego niezbędne jest poszerzenie zakresu stosowanych metod leczniczych o interwencje dotyczące właśnie owych „zewnętrznych” uwarunkowań, włączanie osób z otoczenia chorego w proces leczniczy, uczenie go właściwych strategii zorientowanych na działanie w jego konkretnym otoczeniu. Nie są to jednak treści nowe dla psychiatrów; różnica leży być może głównie w tym, jak rozkłada się akcenty. Najcenniejsze jest ugruntowanie tych postulatów w ogólnej, bogatej teorii ludzkiego działania i poznania, która wyjaśnia i pozwala zrozumieć, dlaczego ten kierunek rozwoju psychiatrii może być słuszny. W szczególności nakierowanie uwagi na cielesność i funkcjonowanie na poziomie motorycznym jest na pewno co najmniej inspirujące dla dalszych badań (w tym również empirycznych) i otwiera pole dla szukania bardziej konkretnych rozwiązań.

Trzeba tu jednak zwrócić uwagę na pewne zagrożenie. Paradygmat ucieleśnionego poznania ma obejmować kilka poziomów analizy i łączyć fenomenologię z wynikami neuronauk⁷⁴ oraz pośrednimi poziomami analiz (zupełnie tak, jak w systemie RDoC). Na przykład przytaczane wyżej pojęcie poczucia sprawstwa Gallaghera występuje w filozoficznych analizach schizofrenii, ale również w modelach kognitywistycznych, a także w eksperymentach empirycznych z poziomu psychologicznego i neuronaukowego. Analogicznie dzieje się w wypadku wspomnianych analiz doświadczania czasu w depresji. Zjawiska międzyludzkie, nasze zakorzenienie we wspólnym działaniu w świecie to z kolei temat intensywnie rozwijającej się dyscypliny poznania społecznego, która również posługuje się empirycznymi badaniami zarówno z poziomu psychologicznego, jak i neurobiologicznego. Jednak na razie trudno będzie urzeczywistnić marzenie o wielopoziomowej syntezie – chociażby dlatego, że pojęcia używane w omawianych tu koncepcjach są jeszcze trudniejsze w operacjonalizacji niż kryteria z DSM i ICD. Przede wszystkim jednak można żywić poważne wątpliwości, czy należy konstruować dla owych pojęć ściśle redukcjonistyczny projekt badawczy analogiczny do RDoC z uwagi

⁷⁴ Tworząc tzw. neurofenomenologię – por. Colombetti (2013).

na sprzeczność z metateoretycznymi założeniami fenomenologicznie zorientowanej filozofii psychiatrii. Jedną z głównych zalet korzystania z owoców badań prowadzonych w ramach fenomenologicznie i enaktywistycznie zorientowanej filozofii psychiatrii miał być przecież antyredukcjonizm, zindywidualizowane i holistyczne podejście, zwrócenie większej uwagi na subiektywne doświadczenie, a nie jedynie poszerzenie grupy pojęć podlegających redukcyjnym wyjaśnieniom o zaburzenia w poczuciu cielesności.

Z drugiej strony trudno wyobrazić sobie prostą syntezę redukjonistycznie pojmowanej psychiatrii z całkowicie antyredukjonistycznie rozumianymi enaktywistycznymi ideami; holistyczny charakter enaktywistycznych koncepcji, konieczność ujmowania zaburzeń zawsze w pełnym, szerszym kontekście utrudnia izolowanie pojedynczych symptomów, szukanie ich neuronalnych mechanizmów czy korelatów. Nie wyklucza to naturalnie korzystania z obu podejść w praktyce psychiatrycznej, jednak nie w obrębie zunifikowanej teorii.

Chociaż ogólna konkluzja moich analiz jest dość negatywna – enaktywistyczna i ucieleśniona filozofia psychiatrii nie rozwiązuje trudności psychiatrii redukjonistycznej, po części programowo, po części z powodu nieusuwalnych jak na razie problemów w obrębie samej psychiatrii – to jednak udało się wskazać kilka zadań, które może spełnić, zarówno na poziomie teoretycznym (nakierowanie uwagi na funkcjonowanie czującego ciała), jak i metateoretycznym (uzasadnienie dla antyredukjonistycznych idei już obecnych w psychiatrii).

Literatura

- Aho K.A. (2013), *Depression and embodiment: Phenomenological reflections on motility, affectivity and transcendence*, „Medicine, Health Care, and Philosophy” 16 (4): 751–759.
- Angell M. (2011), *The epidemic of mental illness: Why?*, „The New York Review of Books” July 23.
- Bening T.B. (2015), *Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry*, „Advanced Medical Education Practice” 6: 347–352.
- Borrell-Carrió F., Suchman A.L., Epstein R.M. (2004), *The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry*, „The Annals of Family Medicine” 2 (6): 576–582.
- Bracken P., Thomas P. (2001), *Postpsychiatry: a new direction for mental health*, „British Medical Journal” 322 (7288): 724–727.
- Caspi A., Houts R., Belsky D., Goldman-Mellor S., Harrington H., Israel S., Meier M., Ramrakha S., Shalev I., Poulton R., Moffitt T. (2014), *The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?*, „Clinical Psychological Science” 2: 119–137.
- Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G., Chaimani A., Atkinson L.Z., Ogawa Y., Leucht S., Ruhe H.G., Turner E.H., Higgins J.P.T., Egger M., Takeshima N., Hayasaka Y., Imai H., Shinohara K., Tajika A., Joannidis J.P.A., Geddes J.R. (2018), *Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis*, „The Lancet” 391: 1357–1366.
- Colombetti G. (2013), *Psychopathology and the Enactive Mind*, [w:] *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, K.W.M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, S. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, T. Thornton (red.), Oxford University Press, Oxford.

- Cramer O.J.A., Waldorp L.J., van der Maas H.L.J., Borsboom D. (2010), *Comorbidity: A network perspective*, „Behavioral and Brain Sciences” 33: 137–193.
- De Jaegher H., Di Paolo F. (2007), *Participatory sense-making. An enactive approach to social cognition*, „Phenomenology and the Cognitive Sciences” 6 (4): 485–507.
- Engel G.L. (1977), *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, „Science” 196: 129–136.
- Frances A. (2013), *Saving Normal: An Insider’s Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, William Morrow, New York.
- Fried E.I., Nesse R. (2015), *Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study*, „Journal of Affective Disorders” 172: 96–102.
- Fried E.I., Borkulo C.D., Cramer A.O.J., Boschloo L., Schoevers R.A., Borsboom D. (2017), *Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology” 52 (1): 1–10.
- Fuchs T. (2005a), *Corporealized and disembodied minds: a phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia*, „Philosophy, psychiatry, and psychology” 12 (2): 95–107.
- Fuchs T. (2005b), *The phenomenology of the body, space and time in depression*, „Comprendre” 15: 108–121.
- Fuchs T. (2009), *Embodied cognitive neuroscience and its consequences for psychiatry*, „Poesis Praxis” 6: 219–233.
- Fuchs T. (2013), *Depression, Intercorporeality, and Interaffectivity*, „Journal of Consciousness Studies” 20 (7–8): 219–238.
- Gallagher S. (2000), *Philosophical conceptions of the self; implications for cognitive science*, „Trends in Cognitive Sciences” 4 (1): 14–21.
- Gallagher S. (2005), *How the body shapes the mind*, Oxford University Press, New York.
- Ghaemi S.N. (2007), *Feeling and Time: the Phenomenology of Mood Disorders, Depressive Realism and Existential Psychotherapy*, „Schizophrenia Bulletin” 33 (1): 122–130.
- Ghaemi S.N. (2009), *The rise and fall of the bio-psychosocial model*, „British Journal of Psychiatry” 195 (1): 3–4.
- Ghaemi S.N. (2011), *The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A Critique*, „Existenz” 6 (1): 1–8.
- Greenberg G. (2011), *Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease*, Simon&Schuster, New York.
- Hanna R., Thompson E. (2012), *Problem umysł-ciało-ciało*, tłum. Przemysław Nowakowski, „Avant” 3: 12–37. Oryg. 2003, *The mind-body-body problem*, „Theoria et Historia Scientiarum” 7: 23–42.
- Hyman S.E. (2007), *Can neuroscience be integrated into the DSM-V?*, „Nature Reviews Neuroscience” 8 (9): 725–732.
- Insel T., Cuthbert B., Garvey M., Heinssen R., Pine D.S., Quinn K., Sanislow C., Wang P. (2010), *Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework of research on mental disorders*, „American Journal of Psychiatry” 167 (7): 748–751.
- Kendler K.S., Campbell J. (2009), *Interventionist causal models in psychiatry: repositioning the mind-body problem*, „Psychological Medicine” 39 (6): 881–887.
- Kirsch I. (2009), *The Emperor’s New Drugs: Exploding the Antidepressants Myth*, Random House, London.
- Kleinman A., Estrin G.L., Usmani S., Chisholm D., Marquez P.V., Evans T.G., Saxena S. (2016), *Time for mental health to come out of the shadows*, „The Lancet” 387 (10035): 2274–2275.
- Kramer P. (2011), *In Defense of Antidepressants*, New York Times, July 10, SR1.

- Leitan N.D., Murray G. (2014), *The mind-body relationship in psychotherapy: grounded cognition as an explanatory framework*, „Frontiers in Psychology” 5: 472.
- Łoza B., Heitzman J., Kosmowski W. (2011), *W kierunku nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych – opinie polskich psychiatrów dotyczące projektu ICD-11*, „Psychiatria Polska” 45: 785–798.
- Maturana H., Varela F. (1992), *The Tree of Knowledge. The Biological Roots of Human Understanding*, Shambhala, Boston.
- Minkowski E. (1970), *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*, Northwestern University Press, Evanston.
- Moncrieff J. (2013), *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*, Palgrave Macmillan, Houndmills Basingstoke.
- NIMH, *Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D)*, URL = <https://www.clinicaltrials.gov/ct/show/NCT00021528?order=1> [dostęp 09.02.2018].
- Noë A. (2004), *Action in perception*, MIT Press, Cambridge, Mass.
- Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (2011), *Psychiatria* (wyd. 2), Elsevier, Wrocław.
- Ratcliffe M. (2008), *Feelings of Being*, Oxford University Press, Oxford.
- Ratcliffe M. (2012), *Varieties of Temporal Experience in Depression*, „The Journal of Medicine and Philosophy” 37 (2): 114–138.
- Ratcliffe M. (2015), *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*, Oxford University Press, Oxford.
- Röhrich F. (2009), *Body oriented psychotherapy – the state of the art in empirical research and evidence based practice: a clinical perspective*, „Body, Movement and Dance in Psychotherapy. An International Journal for Theory, Research and Practice” 4 (2): 135–156.
- Röhrich F., Gallagher S., Geuter U., Hutto D. (2014), *Embodied cognition and body psychotherapy*, „Sensoria: A Journal of Mind, Brain and Culture” 10: 11–20.
- Sass L.A., Parnas J., Zahavi D. (2011), *Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings*, „Philosophy, Psychiatry and Psychology” 18 (1): 1–23.
- Seikkula J., Olson M.E. (2003), *The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics*, „Family Process Journal” 42: 403–418.
- Shorter E. (2015), *The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, „Dialogues in Clinical Neuroscience” 17 (1): 59–67.
- Stephan K.E., Bach D.R., Fletcher P.C., Flint J., Frank M.J., Friston K.J., Heinz A., Huys Q.J.M., Owen M.J., Bidner E.B., Dayan P., Johnstone E.C., Meyer-Lindberg A., Montague P.R., Schnyder U., Wang X.J., Breakspear M. (2016a), *Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: classification and diagnosis*, „Lancet Psychiatry” 3 (1): 77–83.
- Stephan K.E., Bach D.R., Fletcher P.C., Flint J., Frank M.J., Friston K.J., Heinz A., Huys Q.J.M., Owen M.J., Bidner E.B., Dayan P., Johnstone E.C., Meyer-Lindberg A., Montague P.R., Schnyder U., Wang X.J., Breakspear M. (2016b), *Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 2: pathogenesis and aetiology*, „Lancet Psychiatry” 3 (1): 84–90.
- Tsakiris M., Schutz-Bosbach S., Gallagher S. (2007), *On agency and body-ownership: phenomenological and neurocognitive reflections*, „Consciousness and Cognition” 16 (3): 645–660.
- Uher R., Payne J.L., Pavlova B., Perlis R.H. (2014), *Major depressive disorder in DSM-5: implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV*, „Depress Anxiety” 31 (6): 459–471.
- Varela F., Thompson E., Rosch E. (1991), *The Embodied Mind*, MIT Press, Cambridge.

- Vos T. et al. (2015), *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*, „The Lancet” 388: 1545–1602.
- Wakefield J., First M., (2012), *Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5*, „World Psychiatry” 11 (3): 204–205.
- Woodward J. (2003), *Making Things Happen*, Oxford University Press, New York.