

Grzegorz Sokół

Wydział „Artes Liberales”

Uniwersytet Warszawski

grzegorz.sokol@al.uw.edu.pl

PRAWDZIWA DEPRESJA I PATERNALIZM KLINICZNY: ETNOGRAFIA REALNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ DEPRESJI W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA W POLSCE

Real depression and clinical paternalism: an ethnography of the realness of depression diagnostics in Polish public health care

Streszczenie. Artykuł jest etnograficznym studium procesów diagnostycznych zaburzeń depresyjnych we współczesnej Polsce i ich zmian po transformacji ustrojowej, ze szczególnym uwzględnieniem strategii podejmowanych przez lekarzy. Opierając się na badaniach etnograficznych prowadzonych w kontekstach klinicznych, artykuł omawia problem relacji między kategoriami diagnostycznymi a ich przedmiotami, odwołując się do pojęć realności i urealnienia. O ile zmiany klasyfikacji diagnostycznej od lat 90. XX wieku miały na celu zacieśnienie tej relacji, o tyle w praktyce klinicznej pozostaje ona luźna i nieoczywista. Przyczyniają się do tego nie tylko specyficzna ontologia zaburzeń psychicznych, którą trudno w pełni sprowadzić do obiektywnie wymierzalnych objawów, ale także kilka innych czynników: specyficzne zmiany w filozofii klasyfikacji diagnostycznych, wielowymiarowość diagnoz jako narzędzi klinicznych, administracyjnych i finansowych oraz ich referencyjna natura, konotująca optymalne, choć nieosiągalne standardy opieki. Wpływa na to także pragmatyka pracy klinicznej i ograniczone zasoby samych pacjentów, które czynią z diagnoz narzędzie nieformalnych, instrumentalnych działań i „paternalizmu medycznego” lekarzy w odpowiedzi na braki w systemie opieki.

Słowa kluczowe: depresja, diagnostyka, postsocjalizm, realność

Abstract. The article explores the cultural and economic dimensions in diagnosing depression in Polish psychiatric practice since the systemic transformation with a particular focus on strategies used by physicians. Based on ethnographic research in clinical settings, it discusses this issue in terms of realness and “realification” (*urealnienie*)– concepts referring to the relationship between categories of description and their objects. While the changes of diagnostic classifications since the 1990s had the explicit goal of tightening that relationship, in clinical practice it remains somewhat loose and unclear. What contributes to it is not just the specific ontology of mental disorders which is hard to reduce fully to objectively measurable symptoms, but several other factors: specific changes in the philosophy of diagnostic classifications and their complex nature as clinical, administrative and financial tools, as well as their referential nature, which connotes optimal, though unattainable, standards of care. It is also shaped by the pragmatics of clinical work and the patients’ limited resources, which render the diagnostics a tool of physicians’ “medical paternalism” – their informal, instrumental attempts to respond to the deficiencies of the system of care.

Key words: depression, diagnostics, postsocialism, reality

Wstęp

Niniejszy tekst oparty jest na fragmencie większej pracy na temat społecznej konstytucji depresji jako przedmiotu wiedzy, praktyki i doświadczenia we współczesnej Polsce, poczynając od okresu transformacji systemowej aż po drugą dekadę XXI wieku¹. Artykuł podejmuje głównie problem „prawdziwości”, czy też „realności”, „prawdziwej depresji” w przeciwieństwie do diagnoz niejasnych czy budzących wątpliwości lekarzy oraz sposobów wytwarzania – i kwestionowana – tej realności, zwłaszcza w kontekście publicznej, szpitalnej opieki psychiatrycznej w Polsce. Omawiam kategorie diagnostyczne wprowadzone do psychiatrii od lat 90. XX wieku oraz sposoby ich operacjonalizacji w kontekście postsocjalistycznego „urealnienia” (o tym pojęciu za chwilę) polskiego systemu służby zdrowia. Te diagnostyczne i organizacyjne zmiany stanowiły bowiem próbę usprawnienia samej psychiatrii za pomocą środków naukowych, ekonomicznych i politycznych, które rozpatrywać należy także w kontekście przemian zachodzących w Polsce, a po części odzwierciedlających globalne trendy (zob. np. Adams 2016; Wróblewski 2018). Techniczna i sformalizowana klasyfikacja diagnostyczna określiła depresję jako ontologicznie stabilne zaburzenie, dające się obiektywnie zidentyfikować i dotyczące określonej części populacji o określonych potrzebach terapeutycznych. Z kolei reforma służby zdrowia (1999–2003), która miała położyć kres „fikcjom” socjalistycznej opieki, wdrażała rynkową wersję rzeczywistości w myśl zasady indywidualnego wyboru pacjentów oraz wolności podmiotów na rynku świadczeń medycznych. Wykazuję tutaj, że niejasność diagnostyczna, jaka otacza depresję w Polsce, która przybiera formę „deficytu realności” samej kategorii diagnostycznej, paradoksalnie sama jest po części owego „urealnienia” wynikiem – i fiaskiem.

Analizuję ten proces w dwóch wymiarach – referencyjności diagnostyki oraz realiów ekonomicznych, które przyjmują formę „klinicznego

¹ Podstawą tekstu jest fragment nieopublikowanej dotąd rozprawy doktorskiej (Sokół 2016). Za pomoc w przygotowaniu niniejszego artykułu bardzo dziękuję redakcji czasopisma „Lud” oraz dwójce anonimowych recenzentów, których uwagi i sugestie uwzględniłem w tekście.

paternalizmu” stosowanego przez lekarzy. Przez referencyjność diagnostyki rozumiem fakt, że klasyfikacje zaburzeń, *denotując* wyodrębnione zjawiska biologiczne i behawioralne, jednocześnie *konotują* pewne standardy organizacyjne, finansowe i etyczne, z którymi codzienne realia praktyki klinicznej uparcie pozostają w sprzeczności. Do tych realiów należą też – to ten drugi wymiar – ograniczenia finansowe zarówno systemu opieki, jak i samych pacjentów. Wzmacnia to rozbieżność między formalnymi kategoriami a praktyką kliniczną, między opisem a doświadczeniem – utrzymuje rozdźwięk pomiędzy „jak być powinno” a „jak jest”, rozdźwięk, któremu zmiany w służbie zdrowia rzekomo miały położyć kres.

Metodologia

Podstawą niniejszego artykułu są badania terenowe, których główna część przypadła na lata 2009–2010 i 2013². Obejmowały one regularne obserwacje na oddziałach dziennych i całodobowych działających w ramach publicznej opieki psychiatrycznej w Warszawie, w tym na oddziałach zamkniętych i podczas codziennej, trzymiesięcznej psychoterapii grupowej oraz w grupach samopomocowych nastawionych na wsparcie osób z depresją. W ramach badań, oprócz obserwacji, nieformalnych rozmów i zbierania notatek terenowych, przeprowadziłem ok. 50 wywiadów pogłębionych z pacjentami/-tkami, lekarzami/lekarkami i psychoterapeutami/-tkami, przy czym wszystkie rejestrowane rozmowy z pacjentami odbywały się za ich świadomą i pisemną zgodą, a całość badań zaaprobowana była przez odpowiednią dla podmiotów leczniczych komisję bioetyczną. Sporządziłem także analizę wybranych materiałów prasowych, ukazujących przemiany dyskursu depresji od końca lat 70. XX wieku, ze szczególnym uwzględnieniem okresu transformacji i pierwszej dekady XXI wieku. Z uwagi na fragmentaryczną naturę niniejszego tekstu, niektóre wątki potraktowane są skrótowo. Pełna, książkowa wersja dysertacji jest obecnie w przygotowaniu.

² Badanie finansowane były z grantu doktorskiego The Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research oraz grantu badawczego David Bruderer Stiftung.

Postsocjalistyczne „urealnienie”

Pojęcie „urealnienia” pochodzi z badań terenowych – było jednym z tych słów, jakie pojawiają się niepostrzeżenie, jako trop, aby później okazać się soczewką ujawniającą znaczenia, powiązania i dynamikę rozpoznawanej etnograficznie konfiguracji. W kontekście psychiatrii i psychoterapii ten nieformalny termin oznacza przede wszystkim ujrzenie i uznanie przez pacjenta/-tkę „realiów” – tzn. ograniczeń, wymogów, ale i pewnych możliwości „obiektywnej rzeczywistości” w przeciwieństwie do wyobrażeń i nierzeczywistego – niefunkcjonalnego – obrazu świata i własnego życia; oznacza konfrontację z tak rozumianą „rzeczywistością” zamiast jej unikania; oznacza, innymi słowy, rozpoznanie i działanie bliżej „tego, co jest”. W ujęciu klinicznym, o którym mówi niniejszy artykuł, dotyczy relacji między diagnozą a realiami, jakie ona opisuje.

Jednocześnie słowo to – niezależnie, ale według mnie nieprzypadkowo³ – funkcjonowało w kontekstach politycznych i ekonomicznych, zwłaszcza w dyskursie transformacji, gdzie „urealnieniu” – *nomen omen* jako elementowi „terapii szokowej” – podlegały ceny, kurs złotego, zasady funkcjonowania przedsiębiorstw, czy choćby organizacji i finansowania służby zdrowia. W postsocjalistycznym kontekście chodziło, mówiąc ogólnie, o wyrugowanie „fikcji socjalizmu” i zastąpienie ich rzeczywistością – „twardą rzeczywistością” – poznawalną, czy też wytwarzaną, głównie za pomocą narzędzia, jakim jest rynek i liberalne techniki polityczne, do których zaliczyć trzeba także psychologię (zob. Dunn 2008; Matza 2009, 2018; Rose 1989). Dotyka to szerszego zagadnienia odmiennych

³ Związek między gospodarczo-politycznym a psychiatryczno-terapeutycznym usem słowa „urealnienie” zasada się m.in. na jego specyficznie moralnym wymiarze, związanym z właściwą pojęciu „rzeczywistość” dynamiką zobowiązania: „rzeczywistość” to okoliczności dyskursywnie i symbolicznie konstruowane jako nieuniknione, takie, które trzeba uznać i z którymi „nie ma co dyskutować”; okoliczności, które uzasadnia samo ich istnienie i których unikanie oznacza tkwienie w skazanych na porażkę fantazjach. To rzeczywistość Freudowskiej „zasady rzeczywistości” i Kleinowskiej „pozycji depresyjnej”, a zarazem figura właściwa dyskursowi transformacji, który sankcjonował przyjęcie nierzadko trudnej „realności” kapitalistycznych przemian (zob. Fisher 2020; Potępa 2021).

sposobów wytwarzania rzeczywistości w warunkach kulturowych socjalizmu i kapitalizmu oraz rozdziewięku między deklarowanym porządkiem (ideologią) a faktyczną praktyką, który w socjalizmie jest widoczny, a w kapitalizmie – trudny do uchwycenia (Burawoy, Lukács 1992; Fisher 2009; Yurchak 2006; Žižek 2008).

Urealnienie rozumiem więc jako specyficzny rodzaj symbolicznej i praktycznej interwencji, mającej na celu zacieśnienie relacji między opisem a doświadczeniem. Rozumiem też przez nie zwiększenie „realności” przedmiotów wiedzy i doświadczenia, np. samej kategorii depresji. Kategoria ta przechodziła rozmaite metamorfozy zwiększając, to znowu wytracając, ścisły związek z „rzeczywistością”, w której ścierają się teoria psychiatryczna, pragmatyka kliniczna i doświadczenie egzystencjalne.

Częścią postsocjalistycznego urealnienia w imię zasad rynkowych była też sama reforma służby zdrowia. Jako jedna z czterech wielkich reform końca lat 90. – obok samorządowej, oświatowej i emerytalnej – stanowiła kontynuację i zwieńczenie przemian systemowych w Polsce. Polegała przede wszystkim na zmianie sposobu finansowania służby zdrowia, ale zmieniała też logikę systemu i nadała diagnozom zupełnie nową rolę – kluczową dla finansowania usług. Likwidowała ona „socjalistyczny” model finansowania opieki z budżetu państwa, wprowadzając w zamian system oparty na powszechnych ubezpieczeniach i działaniu centralnego płatnika (najpierw kas chorych, potem NFZ), co m.in. ułatwiało działanie prywatnych podmiotów na rynku usług zdrowotnych. W miejsce dystrybutywnej logiki państwowej opieki wprowadzała kalkulatywną logikę konkurencji, podaży i popytu oraz konsumenckiego wyboru. Było to możliwe dzięki oparciu rozliczeń na liczbie konkretnych wykonanych usług, ujmowanych w ofertach i kontraktach z podmiotami leczniczymi i poświadczonych kodami diagnostycznymi według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia, ICD-10⁴.

⁴ Wycena świadczeń przez Fundusz oraz ilość środków przekazywanych ze składek ubezpieczeniowych na finansowanie służby zdrowia pozostają do dziś niewystarczające, przyczyniając się do rozbieżności między założeniami systemowymi a realiami klinicznymi.

Niestabilność diagnostyczna i „prawdziwa depresja”

Za początek niech posłuży następujący obraz depresji jako dolegliwości niejasnej i niestabilnej, zarazem wszechobecnej i dziwnie nieuchwytej, nadrozpoznanawanej i niedoszacowanej.

Oto terapeuta prowadzący trzymiesięczną intensywną grupę terapeutyczną „dla osób z depresją” na oddziale dziennym wyjaśnia mi, że w dwunastoosobowej grupie właściwie nikt depresji nie ma⁵. „To głównie zaburzenia osobowości, borderline”, mówi. Może jeden pacjent, ale to zapewne przypadek organiczny, tarczycy. Wstępne rozpoznanie depresji umożliwia jednak skorzystanie z trzymiesięcznego programu terapeutycznego w ramach publicznej opieki zdrowotnej, który według lekarzy i terapeutów daje wymierne efekty.

Na oddziale całodobowym większość depresji, jakie obserwuję na przestrzeni kilku miesięcy, jest *tak naprawdę* lub *jednocześnie* czymś innym, a diagnozy obejmują zazwyczaj problemy alkoholowe, zaburzenia osobowości, depresję organiczną (na przykład po wylewie), demencję, zaburzenie schizoafektywne, czy schizofrenię. Ale lekarze i terapeuci widzą w nich też konflikty rodzinne, rozstania, brak pracy, ubóstwo, bezdomność. Jednym z „najczystszych” przypadków depresji okazuje się pacjent, którego główną dolegliwością jest odwrócony rytm snu oraz zmęczenie.

Na poziomie epidemiologicznym, pomimo alarmistycznego tonu raportów, mówiących o 10 do 15 procentach populacji cierpiących na depresję, obraz jest dalece niejednoznaczny. Przez wiele lat pełna i precyzyjna wiedza nie istniała, choć zakładano, że w Polsce od roku 1990 faktycznie doszło do gwałtownego wzrostu zachorowalności na depresję oraz na niektóre inne zaburzenia psychiczne. Dostępne dane pokazywały jednak tylko ułamek tej całości w postaci wzrostu liczby świadczeń w publicznej

⁵ W częściach tekstu, zwłaszcza tych zawierających cytaty i opisy etnograficzne, pojawia się czas teraźniejszy. Choć problem czasu w tekstach etnograficznych podlega krytycznej refleksji co najmniej od lat 80. XX wieku, zwłaszcza od anglojęzycznego wydania *Time and the Other* (Fabian 1983), w niniejszym artykule wprowadzenie czasu teraźniejszego ma charakter stylistyczny i ma ułatwić odniesienia do przeszłości w wypowiedziach rozmówców, bez konieczności wprowadzania czasu zaprzeszczonego.

opiece zdrowotnej – nie tylko nie uwzględniały praktyki prywatnej (której wzrost uznawano za znaczący), ale, co ważniejsze, nie mówiły nic o faktycznej liczbie chorych w całej populacji. Czy wzrost był wynikiem faktycznie większej zapadalności, zmian kategorii diagnostycznych, lepszej dostępności leczenia czy poszerzenia świadomości społecznej? A przede wszystkim, ile wynosił?

Pierwsze międzynarodowe badanie epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce w celu oceny rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych – „Epidemiologia zaburzeń psychicznych” (EZOP) – tylko pogłębiło tę niejasność⁶. Zapadalność na depresję okazała się zaskakująco niska, wręcz jedna z najniższych spośród wszystkich badanych krajów. Tylko 3–4% populacji Polski okazało się cierpieć na jakąś formę depresji w ciągu życia, podczas gdy analogiczne liczby dla innych krajów europejskich wynosiły między 10 a 20% (Kiejna i in. 2015; Moskaiewicz i in. 2012)⁷. Te zadziwiające wyniki zostały tylko dość pobieżnie wyjaśnione za pomocą odniesień do rozmaitych czynników kulturowych, które mogły wpłynąć na rozpoznawalność, ekspresję i komunikację objawów.

Przytaczam tutaj te rozmaite liczby i próby adekwatnego zdiagnozowania depresji – zarówno u jednostek, jak i w populacji – nie po to, by sugerować, że jest tu do odkrycia jakaś prawda, ale, wręcz przeciwnie, aby pokazać, jak złudnym przedmiotem wiedzy i troski jest w istocie depresja. Badanie EZOP obnażyło jej definicyjną i diagnostyczną elastyczność, stawiając pytanie, co stanowi „prawdziwą depresję”. Wielu z psychiatrów, z którymi rozmawiałem, dawało wyraz otwarcie mieszanym uczuciom w tej kwestii, jakby nie wiedząc, czy

⁶ Badanie EZOP zostało przeprowadzone między rokiem 2009 a 2012 na próbie 10000 osób przy pomocy opracowanego przez WHO kwestionariusza Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

⁷ Na przykład występowanie tzw. dużej depresji (według amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV, którą posługiwało się badanie EZOP) we Francji oszacowano na 21% (21% ludności spełniała w ciągu dotychczasowego życia kryteria diagnostyczne depresji według DSM-IV), w Holandii na 17,9%, na Ukrainie na 14,6%, a w Niemczech i we Włoszech na 9,9%. Badanie przeprowadzono z użyciem kryteriów diagnostycznych DSM-IV obejmujących dużą i małą depresję. W Polsce wielkości te wynosiły 3% dla dużej depresji, tylko 0,4% dla małej i 0,6% dla dystymii.

przyjąć wzrost wykrywalności depresji jako oznakę postępu, uznać go za skutek pewnej mody, podważyć jako nadal niewymierny, czy mówić z nostalgią o czasach, kiedy to kategorie diagnostyczne silniej trzymały się rzeczywistości. Przykłady te sugerują także, że dynamika procesu diagnostycznego jest bardziej złożona, niż wskazywałyby na to kryteria diagnostyczne⁸.

W ten sposób pojęcie „zaburzenia afektywnego” – po angielsku *affective disorder*, (*disorder* to tyleż zaburzenie, co nieład) – formalny kwalifikator przypisujący depresję do klasy przypadłości nastroju, przybiera zupełnie inne znaczenie: opisuje etnograficzną rzeczywistość, jaka kryje się za pozornie uporządkowaną klasyfikacją. „Zaburzenie” zostaje więc ulokowane nie w jednostkowej psychice, ale w relacji między systemem kategorii a praktyką ich użycia i sytuacją społeczno-ekonomiczną, w jaką zostają wprowadzone. To tutaj objawia się krytyczny problem realności rzeczywistości psychiatrycznej, a w szczególności depresji.

Klasyfikacja

Nowa klasyfikacja diagnostyczna, ICD-10 (dziesiąta edycja *International Classification of Diseases*, obowiązująca w Polsce od 1997 roku)⁹ miała być bardziej „stabilna i elastyczna” (ICD 2011: 173) przez

⁸ Diagnozowanie, zwłaszcza psychiatryczne, jest od dawna przedmiotem badań i analiz antropologicznych (zob. np. Kleinman 1986; Metzl 2010; Jutel, Nettleton 2011). Problem płynności diagnostycznej jako takiej we współczesnej medycynie omawiają w obszernej pracy zbiorowej m.in. Risør i Nissen (2018). Zmiany kategorii i kultur diagnostycznych w psychiatrii rozpatrywane są też często przez pryzmat medykalizacji – czy to nieśmiałości i smutku, czy dzieciństwa, czy wręcz kondycji ludzkiej jako takiej (Chodoff 2002; Conrad, Schneider 1980; Horwitz, Wakefield 2007; Lane 2008; Rose 2006; Rosenfeld, Faircloth 2006; Witeska-Młynarczyk 2019; Wróblewski 2018). Niniejszy tekst, choć osadzony w tej tradycji badawczej, podejmuje nieco inny wątek – problem realności diagnoz w oczach pracowników klinicznych.

⁹ Długo oczekiwane ICD-11 zacznie być wprowadzane w 2022 roku.

co bardziej dopasowana do współczesnych systemów opieki¹⁰. Stanowiła odejście od klasyfikacji etiologicznej, a więc spekulatywnej, uwzględniającej założenia na temat *przyczyn*, ku empiryczno-opisowej, skupionej głównie na *objawach*; od szerokich kategorii *chorób* do funkcjonalnie ujętych *zaburzeń*, od jakościowego do bardziej ilościowego podejścia (Faravelli i in. 2005)¹¹. Celem było nic innego jak urealnienie: stworzenie uściślonego, a zatem bardziej obiektywnego, wolnego od kontekstu i interpretacji, przejrzystego stosunku między kategoriami klasyfikacji a bytami, które opisują. Spełniało to potrzeby, z jednej strony, naukowej biomedycyny, a z drugiej, międzynarodowej standaryzacji statystyki i zarządzania systemami zdrowia w duchu paradygmatu „globalnego zdrowia psychicznego” (Béhague, MacLeish 2020; Bemme, Kirmayer 2020). Klasyfikacje diagnostyczne są więc narzędziem tyleż klinicznym, co statystycznym; służyć mają zarówno terapii, jak i zarządzaniu danymi¹².

Ta nowa klasyfikacja, podobnie jak DSM-III, głęboko zmieniła sposób rozumienia depresji, dopasowując ją do biologicznego i neurochemicznego spojrzenia na zaburzenia nastroju. Wcześniejsze wersje ICD rozróżniały dwa jej rodzaje nakładające się na fundamentalny podział na psychozy i neurozy (Beer 1996): z jednej strony była więc depresja endogenna, choroba często chroniczna, nawracająca, o biologicznym podłożu, w jej przypadku stosowano inwazyjne wówczas leki starej generacji i często hospitalizację; z drugiej, nerwica depresyjna, psychogenna o podłożu

¹⁰ Ze względu na ograniczony format system kodów poprzedniej edycji, ICD-9, nie był w stanie przyjąć dodatkowych podkategorii (zazwyczaj była to liczba z jednym miejscem po przecinku, np. 300.4 nerwica depresyjna, 300.5 neurastenia, 300.6 depersonalizacja itd.). Tymczasem ICD-10 jest systemem literowo-cyfrowym, od A00.0 do Z99.9, ale z możliwością dodawania kolejnych liczb po przecinku. „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania” obejmują całą część F, w ramach której poszczególne rozdziały odpowiadają grupom zaburzeń, np. „Zaburzenia nastroju (afektywne)” to F30-39 itp. (ICD-10 2011).

¹¹ W tym sensie zmiany w międzynarodowym ICD zgodne były z przemianami wpływowego amerykańskiego *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM, wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Od 3. edycji, czyli DSM-III z 1980 roku, klasyfikacja ta reprezentowała coraz bardziej biologiczne, „a-teoretyczne” podejście do „chorób psychicznych”, gdzie tradycja Krapelinowska zwyciężyła nad tradycją Freudowską (Healy 1997). Obecnie stosowana jest edycja DSM-5.

¹² WKLEIC

psychologicznym, w jej przypadku zalecanym podejściem była psychoterapia, stosowana w Polsce do lat 90. XX wieku w bardzo ograniczonym wymiarze i zazwyczaj w grupowym *settingu* na oddziałach psychiatrycznych. Poza tym dwudzielnym zakresem diagnostycznym znajdowały się reakcje na wydarzenia życiowe, które, choć mogły być silne i mieć cechy depresji, nie podlegały medykalizacji.

W ICD-10 usunięto podział na neurozy i psychozy jako trudny do utrzymania w świetle doświadczeń klinicznych, zwłaszcza w obliczu pojawienia się nowych leków z grupy SSRI, czyli inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, takich jak np. Prozac, które zrewolucjonizowały farmakoterapię zaburzeń nastroju (Freeman, Garety 2003; Healy 1997). Kategoria depresji została przy tym w znacznej mierze pozbawiona etiologicznego ugruntowania. Niezależnie od jej pochodzenia, zalecany tryb leczenia obejmował przede wszystkim lub wyłącznie leki antydepresyjne.

Silniejsze powiązanie diagnozy z objawami – takimi jak gorszy nastrój, obniżony poziom energii, poczucie braku własnej wartości, zaburzenia snu czy apetytu – sprawiło, że rozpoznawalność depresji rozszerzała się. Wcześniejsze dwie kategorie endogennej i psychogennej depresji przełożone zostały na co najmniej czternaście podkategorii w ramach kodów afektywnych i nerwicowych, F32, F33, F34, F41.2, F43.2, od różnych form epizodu depresyjnego przez przewlekłą dystymię po zaburzenia adaptacyjne. Inny blok, zaburzenia osobowości (F60), zawarł kolejne jednostki także blisko powiązane z obniżonym nastrojem. Etnograficzne poszukiwania „depresji” prowadziły do wszystkich tych rozpoznań i rozmaitych podejść terapeutycznych oraz miejsc leczenia. Nigdzie jednak, pomimo tych licznych precyzyjnych definicji, nie była „depresja” stabilnym i jasno zdefiniowanym obiektem.

W Polsce przejście na ICD-10 wiązało się także z nową rolą klasyfikacji diagnostycznej w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Reforma służby zdrowia, rozpoczęta w 1999 roku, wprowadziła finansowanie oparte na ubezpieczeniu, umieszczając diagnostykę w samym centrum systemu rozliczeń. Co poprzednio było kwestią przede wszystkim kliniczną – nazywanie choroby i ustawianie właściwego leczenia przez prowadzących lekarzy – stało się ustandaryzowaną procedurą finansowania,

organizacji i audytu świadczeń zdrowotnych, podległą zupełnie innym wymogom. W ten sposób zarówno reforma systemu zdrowia, jak i przyjęcie ICD-10 stanowiły organizacyjne i finansowe urealnienie psychiatrii w duchu neoliberalizmu (Collier 2005, 2011; Rose 1996; Wróblewski 2018).

Deficyt rzeczywistości

Doktor Hanna Bugajska¹³ jest starej daty warszawską psychiatrą, która obserwowała rosnącą tendencję do rozpoznawania depresji. Kiedy rozmawiamy w jej warszawskim mieszkaniu latem 2010 roku, tak jak inni lekarze o dłuższym stażu pracy opowiada mi o różnych czynnikach, które wpłynęły na wykrywalność depresji – zmiany diagnostyczne, zmiany społeczne, nowe leki, kampanie świadomościowe, prywatne poradnictwo. Nowe ICD było tego istotną częścią. „To jakby ktoś zmienił znaczenie słów. Jakby Pan powiedział »dzień dobry«, ale to teraz już znaczyło co innego”.

[D]epresja [jako] zespół objawów, czyli jakby choroba, to jest jedna rzecz; [ale] [...] depresją nazywano też jeden z objawów, czyli obniżony nastrój. [...] I na ogół rozszerzenie rozpoznawania depresji polega na tym, że zaburzenia, w których stwierdza się obniżony nastrój jako objaw, mimo że [są] inne objawy, z dawnego punktu widzenia wykluczające depresję, to w tej chwili tej depresji nie wykluczają, i one są depresją. [...] Ale tego jest moim zdaniem więcej [...] Czyli: więcej zgłaszających się i szersza tendencja doktorów do obejmowania słowem depresja zaburzeń, które [kiedyś] nigdy by w depresję nie weszły.

Innymi słowy, gdzie kiedyś domniemywano istnienia choroby ujawniającej się pod postacią objawów, dzisiejsze diagnozy „widzą” same objawy, które same stały się zaburzeniem. Nie znaczy to, że jedno ujęcie jest właściwe, a drugie błędne – a raczej, że działają tu różne logiki, stosowane są

¹³ Wszystkie nazwiska, zarówno lekarzy, jak i pacjentów, zostały zmienione.

różne formaty stanowienia przedmiotu, jakim jest „depresja”. W efekcie zlikwidowania podziału na reaktywne i endogenne depresje, nowej kategorii diagnostycznej niejako wymknęła się *prawdziwa* choroba, depresja, której „realność” zakotwiczona była w autonomicznie biologicznym referencie i znaczącej naturze objawu (Žižek 2008). Jednocześnie, w obserwowanej praktyce klinicznej, dawny podział na endogenną i psychogenną depresję pozostawał w użyciu, a formalnie obowiązujące kody traktowane były z dystansem jako instrumenty tyleż administracyjne, co kliniczne, a czasem jako produkty nierealistycznego formalizmu oderwanego od lokalnej, polskiej rzeczywistości.

Zdaniem doktor Bugajskiej kategoria depresji rozszerzyła się jednocześnie w dwóch kierunkach. Jeden to psychiatryzacja normalności – ekspansja psychiatrii w rejony „normalnych” problemów i doświadczeń, zastępująca podział między normalnym a patologicznym innym – między funkcjonalnym a dysfunkcyjnym lub pożądanym i niepożądanym (Horwitz, Wakefield 2007; Kokanovic i in. 2013; Rose 2006, 2009). W ten sposób objęła stany nieuznawane wcześniej za chorobę i niepodlegające leczeniu – „chandra”, żałoba, lękowa i depresyjna osobowość, na którą dawniej nie było leków ani łatwo dostępnej terapii – oraz takie, które w rzeczywistości socjalistycznego państwa na istotną skalę po prostu nie istniały¹⁴, zwłaszcza przemęczenie i stres intensywnego reżimu pracy oraz niestabilności zatrudnienia przy jednoczesnym obciążeniu kredytami. To jest depresja, którą odnaleźć można głównie w opiece ambulatoryjnej, w poradniach, często prywatnej praktyce. Ale oprócz tej ekspansji „depresji” na „pozachorobowe” rejony, doktor Bugajska dostrzega też jej rozszerzenie się ku niektórym stanom uznawanym za bardziej poważne – np. zespołom psychotycznym, jeśli towarzyszą im objawy depresyjne. „Jest tendencja do udawania”, mówi. „Jak już ten człowiek mówi od rzeczy, no to może niechętnie się przyzna [tzn. lekarz przyzna], że ma coś więcej niż zaburzenia depresyjne”. Poza tym unika się silnych sformułowań i „twardych faktów”. W takim ujęciu, w swej „zmiękczonej” i „rozdrobnionej” formule zaburzenia, współczesna

¹⁴ Choć nie były całkiem nieobecne (zob. np. Leder i in. 1968)

kategoria depresji wydaje się więc sposobem unikania „twardej rzeczywistości”, a nie zbliżenia do niej.

Pomimo naukowej metodologii i wbrew deklarowanym celom, według doktor Bugajskiej, dzisiejszej klasyfikacji brakuje realności. Związek między kategoriami a ich desygnatami stał się słabszy, słabsze stały się same desygnaty. W jej opisie ICD-10 jest wysoce techniczny, formalistyczny i sztywny, oddając się specyficznej „punktozie” jako narzędziu zarządzania:

oni tam klasyfikują na ważniejsze to tam ileś punktów, a mniej ważne tyle, potem trzeba wiedzieć, że z tych ważniejszych to niezbędnych do rozpoznania jest tyle, a do tego ma być tyle z tych mniej ważnych – no to jest jakiś horror, ja współczuję tym młodym ludziom, którzy się muszą tego uczyć, dlatego, że to jest w ogóle do niczego niepotrzebne, tak powiedziawszy szczerze, bo każdy, no jak trochę popracuje, to widzi, jak to jest.

Opis doktor Bugajskiej przedstawia obraz praktyki klinicznej w przeszłości z mniejszą ilością standaryzacji, zewnętrznej kontroli, mniejszym naciskiem na klasyfikację, a za to z większą swobodą interpretacji. Z kolei „podejście anglosaskie” (którego wyraz stanowią mają współczesne systemy diagnostyczne, ostatnie edycje zarówno ICD, jak i DSM), jak mówi, „traci ducha jakości”:

[Tu] chodzi o... [szuka słowa] o realność. Ponieważ poprzednie podziały [...] były podziałami o wiele mniej szczegółowymi. Były dosyć grubymi oddzieleniami grup chorób, nazwijmy to w cudzysłowie [...] które dla każdego były zrozumiałe. A w tych grupach były oczywiście różne tam jakieś podziałki, ale to jedni uważali tak, inni tak, tak się mówiło, a że to „według Schneidera tak”, a „według Bleulera tak” – wie pan, to nie było takie sztywne. Ponieważ za tym podziałem nigdy, ani wtedy, ani teraz, nie stała żadna wiedza teoretyczna. Dlatego że, jak pan wie, w psychiatrii nadal nic nie wiadomo i pytaniem [filozoficznym] jest, czy kiedykolwiek będzie tak naprawdę wiadomo. [...] I oni na takim piasku zbudowali niebywale precyzyjny biurokratyczny podział, który kompletnie nie rozumiem, do czego służy.

To, czemu służy – z definicji, jako klasyfikacja – to oczywiście rzeczywistość społeczna, czy raczej biospołeczna, czyli taka, gdzie wymiary biologiczny i społeczny pozostają w dynamicznej relacji i ich analityczne rozdzielanie przestaje mieć sens (Rabinow 1996); służy tworzeniu porządku znaczeń i organizacji działań (Bowker, Star 1999; Durkheim, Mauss 1963). Jako że „rzeczywistość ukryta pod diagnozą” – rzeczywistość, w której pozytywną ontologię doktor Bugajska nie wątpi, ale której poznawalność kwestionuje – nie jest dokładnie rozpoznana, uczynienie systemu bardziej szczegółowym tylko oddala ją jeszcze bardziej od „tego, co jest” i pozbawia ją realności. Problem jest jednak bardziej złożony. Szczegółowe i techniczne podziały klasyfikacyjne odsyłają bowiem do czegoś innego niż do samej biologiczno-behawioralnej rzeczywistości, którą zdają się opisywać.

Podwójna referencyjność diagnostyki

Widać tu kilka rzeczy na raz. Z jednej strony, ICD-10 stanowi urealnienie w rozumieniu tego, co Roland Barthes nazywał „efektem rzeczywistości”, dzięki któremu literatura realistyczna osiągała swój realizm (2012). Barthes wykazywał, że zostaje to osiągnięte dzięki zdawałoby się nieznaczącym, rzekomo niepotrzebnym detalom – jak barometr stojący na pianinie w pokoju bohatera, rozmiar i położenie drzwi, w które ktoś delikatnie puka – których punktem odniesienia jest nic innego, jak *sam realizm*: szczegóły te „mówią tylko: *jesteśmy rzeczywiste*. To właśnie kategoria »rzeczywistości« (a nie jej przygodna treść) jest oznaczona” (Barthes 2012: 125). Podobnie diagnostyka psychiatryczna zdaje się wytwarzać swoją realność za pomocą technicznej obiektywności, wymiernością uzyskaną dzięki precyzji i autorytetowi naukowej biomedycyny (por. Clarke i in. 2003; Pickstone 2001). Jednym z zarzutów doktor Bugajskiej wobec ICD-10 jest właśnie jego techniczność i sztywność.

Ale problem polega tu na czymś więcej niż nadwyżce szczegółów. Barthes wiązał „efekt rzeczywistości” w literaturze z konwencjami autentyfikacji w historiografii i szerzej w dyskursach nowoczesności. Jedną z kluczowych takich konwencji jest obiektywizm: „czyste i proste

»przedstawienie« [»realnego«], naga relacja z »tego, co jest«, [które] ukazuje się jako opór wobec sensu” (Barthes 2012: 123). Innymi słowy, nowoczesność definiuje rzeczywistość jako obiektywną, tzn. niemotywowaną celem czy intencją inną niż jej własne istnienie: „»rzeczywistość« musi być samowystarczalna, [...] dość mocna, by unieważnić wszelką ideę »funkcji«, [...] to, że rzeczy były, jest wystarczającą podstawą do mówienia” (Barthes 2012: 124). ICD i DSM, oddaliwszy się od bardziej interpretacyjnych, bogatszych w sensy definicji ku kategoryzacji o naukowym i mocno objawowym charakterze, formułują roszczenia do obiektywizmu w dokładnie ten sposób. I czynią tak, pomimo że to, co poddają klasyfikacji i obiektywizują, niekoniecznie podlega precyzyjnej deskrypcji (Hacking 2002; Mol 2002).

Wydawałoby się zatem, że deficyt rzeczywistości depresji jest konsekwencją zmiany filozofii diagnostycznej w ICD-10: rozmycia fundamentalnego podziału na „prawdziwą”, tzn. endogenną, biologicznie ugruntowaną chorobę i nerwicę depresyjną z psychogennymi reakcjami, i zastąpienie go kilkunastoma drobiazgowymi kategoriami, które dążą do prawdziwej reprezentacji, ale wytracają ją w praktyce klinicznej. Problem jednak związany jest także z podwójną referencyjnością diagnostyki. Odwołuję się tu do Barthesowskiego rozróżnienia między denotacją (związkiem znaczącego i znaczonego) a konotacją (związkiem znaków denotacyjnych z innymi znaczonymi). Tak jak „niepotrzebne szczegóły” w literaturze realizmu odnosiły nie tyle do „przedmiotów w świecie”, co raczej „oznaczały realne samo w sobie”, działanie diagnoz wykracza poza definicję i denotację zaburzeń psychicznych, oznaczając jednocześnie realizm nowoczesnej nauki i skuteczność rozwiniętej opieki zdrowotnej¹⁵. Jako system wiedzy i organizacji działania, diagnozy konotują, czy przywołują, referencyjną rzeczywistość adekwatnej opieki, która odbiega od bezpośredniego doświadczenia, ale mimo to stanowi uznane i korekcyjne odniesienie. Stąd ich realizm nie całkiem się udaje. Ich „efekt rzeczywistości” jest cały czas podkopywany przez doświadczenie. W praktyce

¹⁵ A zatem normy i standardy centrów globalnego układu dystrybucji środków, praktyk i wiedzy eksperckiej, obejmującego również peryferie, których realia od owych norm i standardów odbiegają, choć poddają się ich opisowi (zob. Wróblewski 2018).

klinicznej, którą badałem, kategorie nie nakładały się precyzyjnie na to, co lekarze postrzegali jako rzeczywiste dolegliwości pacjentów, ponieważ zarazem odwoływały się do standardów opieki medycznej i społecznej właściwych, by jak najskuteczniej na owe zaburzenia oddziaływać. Owe standardy pozostawały jednak w znacznej mierze niedostępne pacjentom. Ta rozbieżność służyła jako krytyczne odniesienie dla „tego, co jest”, dla realiów zatłoczonych i podupadających szpitali. Referencyjna rzeczywistość „innego miejsca”, centrum globalnego systemu, indeksowana przez ICD-10 oraz standardy zamożnych państw opiekuńczych, wyznaczała pułap aspiracji i utrzymywała pewną normatywną władzę nad rzeczywistością doświadczaną w peryferyjnym, czy półperyferyjnym, „tutaj”. Ujawniała ciągłą obecność wzorców tego, „jak powinno być, choć nadal nie jest” w lokalnych ekologiach opieki.

Jakie formy opieki wyznaczały tę referencję? W wypowiedziach psychiatrów pojawiały się obrazy rozwiniętej infrastruktury medycznej, adekwatnej liczby lekarzy na oddziałach oraz ciągłości ścieżki opieki dzięki psychiatrii środowiskowej z pracownikami społecznymi, pielęgniarkami i wsparciem pacjentów po wyjściu ze szpitala lub powrocie ze zwolnienia. Mówili też o potrzebie dostępnej w ramach publicznej opieki zdrowotnej psychoterapii dla pacjentów, którzy tak naprawdę nie wymagają hospitalizacji, a nie skorzystają znacząco na samych tylko lekach. Starsi lekarze wspominali doświadczenia z przeszłości, kiedy opieka środowiskowa, choć zawsze niewystarczająca, była często lepiej rozwinięta, a oni mieli więcej czasu i swobodę prowadzenia pacjentów, ponieważ mniej było formalnych restrykcji, a więcej nieformalnych praktyk w codziennej pracy, a ponadto mniejsze obciążenie pracą (ze względu na niewielkie możliwości prowadzenia praktyki prywatnej). Niektórzy lekarze pracowali wcześniej za granicą – odwoływali się do swoich doświadczeń opieki domowej, pomocy w znalezieniu pracy, powiązaniu wsparcia medycznego i socjalnego tak, aby opieka ambulatoryjna po wypisaniu ze szpitala miała szanse powodzenia. Tymczasem realia, w których pracowali obecnie, choć połączone tym samym systemem diagnoz, były zupełnie inne.

Realia diagnostyczne i kliniczny paternalizm

Doktor Zbigniew Komorowski jest ordynatorem oddziału chorób afektywnych dużego szpitala psychiatrycznego. Jest koniec czerwca 2013 roku i p. Magdalena, pacjentka po czterdziestce, niedawno przyjęta na oddział z poważnymi objawami depresji, ma zostać wypisana – zdiagnozowano u niej zaburzenia osobowości i oddział nie miał kontraktu na jej leczenie, tzn. ze względu na kod ICD-10 jej diagnozy nie otrzymywał od NFZ funduszy na pokrycie kosztów jej pobytu. Szukała pomocy w poradni zdrowia psychicznego, ale najbliższy wolny termin był w listopadzie. Lekarka prowadząca p. Magdalenę miała ją wypisać, ale nie przygotowała żadnej ścieżki leczenia – ciągłości opieki.

Teoretycznie p. Magdalena powinna mieć dostęp do leczenia ambulatoryjnego w ramach jednego z centrów zdrowia psychicznego, formy opieki łączącej szpitale z opieką środowiskową powołanej przez Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, dokument przyjęty przez Sejm (po latach opóźnień) w 2010 roku i technicznie rzecz biorąc obowiązujący, ale w praktyce pozostawiony bez środków na realizację. „Centra istnieją – na papierze. W rzeczywistości ich nie ma”, mówi mi doktor Komorowski z mieszkanką frustracji i ironii. „To, co jest to jest partyzantka” – kliniczny i instytucjonalny bricolage mający zapobiegać wypisywaniu ludzi „w próżnię”. Pozostawienie pacjentom zadbania o swoją opiekę, nawet gdyby była lepiej dostępna, jest zdaniem Komorowskiego nierealistyczne. „Nasi pacjenci są bardzo bezradni, bardzo niesamodzielnymi. Oni dokładnie nie zajmą się tym – i zostaną bez niczego”. Pewien wymiar paternalizmu, jak twierdzi, jest tu konieczny. Zwłaszcza pacjenci psychiatryczni nie mogą bowiem, jego zdaniem, być w pełni podmiotami odpowiedzialnymi za własne leczenie, choć w świetle prawa i ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nimi są.

W obliczu faktycznego braku opieki środowiskowej i centrów zdrowia psychicznego ścieżka opieki wymagałaby co najmniej zorganizowania dostępu do innej kliniki, gdzie p. Magdalena mogłaby dostawać recepty, nie wspominając o jakiejś formie terapii. Nikt z lekarzy nie przepisałby jej leków na zapas na pięć miesięcy (choćby z powodu ryzyka próby

samobójczej), a pacjentka nie chciała wypisać się do domu, bo, jak mówiła, „nie mogła tam wytrzymać” i, jak mówią lekarze, „zdekompensowałyby się”. Wolała zostać w szpitalu. Jako że nie było jej stać na prywatną opiekę, najłatwiejszym wyjściem było zmienić jej diagnozę tak, żeby pasowała do NFZ-owskiego kontraktu. „Jak trochę to naciągniemy – powiedział mi doktor Komorowski – zrobi się z tego epizod depresyjny”.

Doktor Komorowski powątpiewał też, że zostanie na oddziale byłoby dla niej dobre. Drugą opcją było więc znalezienie dla niej miejsca gdzie indziej – i tak się w końcu stało. Chociaż klinika nerwic w szpitalu była już przepelniona, a lista oczekujących długa, doktor Komorowski był w stanie załatwić dla pacjentki miejsce. Jako ordynator i szef jednej z klinik był ważnym graczem na nieformalnym rynku przysług i koneksji:

Mam dostęp do szpitala, a to dla wielu jest wartość. Więc jeśli ktoś jest dla mnie miły, to ja też potrafię być miły – i do mnie też jest długa kolejka oczekujących, więc mam coś na sprzedaż. Ale ten system jest tak samo chory, jak chore były kartki na mięso.

Mimo wprowadzenia systemu rozliczeń opartego na precyzyjnych kategoriach diagnostycznych, urealnienie opieki okazuje się więc pozorne. Rzeczywistość zachowuje dwojaki charakter, a afektywny nieład trwa. Instrumentalnie postawiona diagnoza p. Magdaleny może wprowadzić w błąd następnego lekarza, na którego trafi, bo nie ma gwarancji, że wróci ona na oddział doktora Komorowskiego. Jak nieraz podkreślali psychiatrzy, w efekcie zniesienia rejonizacji i urynkowania świadczeń zgodnie z logiką wolnego wyboru dostępnego pacjentom – ale także poszanowania ich praw – zapewnienie ciągłości opieki zostało utrudnione.

Szeroki zakres diagnostyczny depresji w klinicznym kontekście kształtowany jest także przez inne pragmatyczne rozważania. Jakie leczenie otrzyma pacjent oraz jaką dostanie diagnozę zależy w pewnej mierze od oceny przez lekarzy czynników wykraczających poza obszar *stricte* kliniczny. W wywiadzie diagnostycznym trzeba rozpoznać także możliwości finansowe pacjenta, by opłacić terapię czy koszty leków – „zdiagnozować portfel”, jak słyszałem w jednym z pokoi lekarskich.

Ten pragmatyczny wymiar diagnostyki opisywany był już w antropologii medycznej (Das, Das 2006; Farmer 2005; Martin 2007). Moja analiza dotyczy jednak również tego, jak te szacunki i negocjacje funkcjonują w ramach wytwarzania rzeczywistości depresji wobec jej zmienności, w kontekście funkcjonowania polskiej służby zdrowia i w szerszym sensie, rzeczywistości „realnego neoliberalizmu” jako takiej¹⁶.

W „realnym socjalizmie” lekarstwa w szpitalach były w założeniu darmowe, a w leczeniu ambulatoryjnym dostępne za minimalną opłatą – podobnie minimalna była jednak dostępność nowych, zachodnich farmaceutyków, a ogólna podaż lekarstw podlegała podobnym niedoborom jak większość towarów konsumpcyjnych. Po zmianach lat 90. zniżki na leki przysługiwały tylko w ramach konkretnych grup diagnoz – np. schorzenie przewlekłe uprawnia do zakupu leku po znacznie obniżonej cenie. W efekcie dopasowanie kategorii zaburzenia do możliwości finansowych pacjenta jest elementem diagnostyki – zwłaszcza w szpitalu.

Zazwyczaj im cięższe i bardziej stygmatyzujące rozpoznanie, tym większe zniżki. W jednym z oddziałów, gdzie prowadziłem badania, obawy lekarzy, czy pacjenci po wypisaniu nadal przyjmować będą leki, przyczyniały się więc raczej do diagnozowania „w górę”, aby obniżyć koszty dla pacjentów. Jednocześnie polityka diagnostyczna szpitala dążyła do ograniczenia stygmatyzujących rozpoznań, które mogą kształtować zarówno dalszą drogę terapeutyczną, jak i tożsamość pacjentów: w przypadku niejasności, lepiej „diagnozować w dół”. Napięcie między tymi dwiema siłami było często widoczne. Diagnoza nie była więc kwestią rozpoznania dolegliwości, ale połączenia czynników klinicznych, kulturowych, ekonomicznych i biurokratycznych.

W większości przypadków problemem były ograniczenia portfela, jak w przypadku p. Hanny, którą widziałem po raz pierwszy podczas wywiadu diagnostycznego z doktorem Marcinem Wałaszkiem. P. Hanna była kobietą po sześćdziesiątce z historią depresji. Hospitalizowana pięć lat wcześniej z epizodem depresyjnym, jej obecne rozpoznanie brzmiało podobnie, ale dodano „może w przebiegu zaburzenia dwubiegunowego”;

¹⁶ Sformułowanie to – actually existing neoliberalism – odpowiednik realnego socjalizmu, zapożyczam od Brennera i Theodore’a (2002).

trudno było jednak na podstawie wywiadu orzec, czy kiedykolwiek doświadczyła manii lub hipomanii. Ciąg pytań sondował tę okoliczność: okresy wzmożonej aktywności lub pobudzenia? Istotne zakupy? Jak z kartą kredytową? Jedyne, o czym wspomniała – w istocie główny powód zgłoszenia się do szpitala – to niemożność czytania.

„Po prostu nie mogłam czytać”, mówiła, siedząc na krześle obok biurka doktora Wałaszka. „Nie dlatego że nie chciałam czy byłam zmęczona, albo że mnie nie interesowało. Po prostu nie mogłam, musiałam przerywać po paru zdaniach”. To zastanawiający wątek i jej diagnoza pozostała prowizoryczna. Faktycznie, około miesiąca później p. Hanna „upsychotyczniła się” i jej przypadek był omawiany podczas cotygodniowego zebrania zespołu. Ustawiono ją na markowej olanzapinie, leku neuroleptycznym, który byłby dla niej kosztowny po wyjściu ze szpitala. Od tego momentu całe zebranie skupiło się na kwestii ustawiania leków odpowiednio do ich rynkowych cen. Ordynator, doktor Krystyna Kaczmarek, zwróciła się do zebranych:

Serio, musicie myśleć o tym, ile te leki kosztują. Pacjent bez [odpowiedniej] diagnozy nie może mieć przepisanych atypowych neuroleptyków. Kogo stać na wydawanie kilkuset złotych miesięcznie na leki? [wymienia kilka nazw lekarstw]. To jest 300–400 złotych miesięcznie. Przynajmniej trzeba zapytać!¹⁷

Niedługo po zebraniu doktor Wałaszek wraz ze starszym stażem kolegą, doktorem Stefanem Rabiejem, zapytali p. Hannę, czy będzie w stanie wydawać ok. 300 zł miesięcznie na leki. „Ależ skąd! Skąd ja wezmę?”. Obaj zamilkli i spojrzeli na siebie. „Świetnie – powiedziała p. Hanna – teraz się zacznie schodzenie z tego i eksperymentowanie z innymi lekami.” „A ile byłaby pani w stanie płacić miesięcznie?” Pacjentka pomyślała chwilę: „150 to maksimum. Przecież ja biorę też inne leki”. Doktor

¹⁷ Różnica w wydatkach może być ogromna. Jeden z lekarzy wyjaśnił mi, że miesięczny zapas atypowego neuroleptyku może kosztować pacjenta z rozpoznaniem schizofrenii (F20) 3,20 zł; ten sam lek przy diagnozie zaburzenia schizoafektywnego (F25) to już koszt bliski 500 zł.

Rabiej ostatecznie zaproponował 10 mg, lub nawet 7,5 mg olanzapiny generycznej, polskiej marki, która zmieściła się w tych widełkach budżetowych. Dopasował leczenie do objawów pacjentki, jej reakcji na leki – i jej portfela. Teraz pozostawało już tylko dopasowanie do tego diagnozy.

Inny pacjent, nauczyciel w liceum, przed czterdziestką, z wczesniejszym rozpoznaniem zaburzenia schizoafektywnego (które nie daje uprawnień do zniżek), ponownie trafił do szpitala po tym, jak przestał brać leki. „Jak się płaci pełną cenę, to łatwiej odstawia się leki”, powiedziała mi doktor Anna Rakowicz, której był pacjentem. Tym razem rozpoznano schizofrenię. Nie było to proste, bo jest to diagnoza, która potrafi zaważyć na przyszłości – ale taki sam efekt mogą mieć inwazyjne leki, które mogą być jedyną opcją bez diagnozy:

Zaburzenie schizoafektywne to jest jakby 50% schizofrenia i 50% zaburzenie afektywne. My rozpoznajemy schizofrenię z objawami depresji i tak wypisujemy pacjentów. Tak też było z tym nauczycielem. Jak mogłam młodego człowieka ustawić na haloperidolu [taniej alternatywie – starym i dość inwazyjnym leku antypsychotycznym nadal w szerokim użyciu w szpitalu podczas moich badań – G.S.] żeby był kompletnie skuty i niczego już w życiu nie zrobił? W ten sposób będzie miał leki za darmo – atypowe neuroleptyki, które dużo lepiej działają, bo olanzapina jest dużo delikatniejsza i nie rozwała, tak jak „halo” na dłuższą metę. Ale niektóre rodziny po prostu nie chcą diagnozy schizofrenii. Więc dostają F25 zamiast F20. To jest przeoczenie systemu. Albo normalny błąd.

Danie pacjentowi „łżejszej” diagnozy – czy to z uwagi na prośby rodziny czy na „godność” pacjenta – oznaczać może czasem rozpoznanie zaburzeń depresyjnych, które są mniej stygmatyzujące. Jest to jednak problematyczne, dotyczy kwestii odpowiedzialności, jakości opieki i stanu psychiatrii w Polsce, stale niedofinansowanej przy jednoczesnych różnicach w dostępie do prywatnej i publicznej służby zdrowia. Widać tu wyraźnie konflikt między logiką wyboru a logiką opieki (zob. Mol 2008) albo dystans między logiką opieki a rzeczywistością. Cytowana wcześniej doktor Bugajska ujęła to jasno w kategoriach politycznych i etycznych:

żeby tak nie obciążać doktorów, to powiem: [to jest odpowiedzialność] społeczeństwa, które ma obowiązek chorymi ludźmi się opiekować. Im mniej chorzy, tym mamy mniej obowiązków. [...] Zgadzą się na to, żeby Fundusz [NFZ] płacił sześć tygodni za pacjenta, któremu należy dać trzy miesiące, sześć miesięcy, dziewięć miesięcy, bo trzeba ileś kuracji wypróbować i wiemy, że ten pacjent w domu się nie będzie leczył, bo jest sam, bo ma męża pijaka, bo ma pięcioro dzieci, którymi się musi zająć itd. I sam się nie będzie leczył, bo u nas nie ma tak, jak w Szwecji, że przyjedzie codziennie pielęgniarka, że wszystko załatwi i jeszcze na spacer weźmie pod rękę. Więc się udaje, że jest tak po zachodniemu. A u nas te elementy paternalistyczne powinny być. Ponieważ one jedynie [tylko one] dają jakąś opiekę. [...] [Ale] nie mają pieniędzy to nie mogą trzymać, to muszą wypisać, a żeby wypisać, to muszą tak zaklasyfikować, no, tak napisać, że „wypisany z poprawą”.

W książce *The Logic of Care* Annemarie Mol w podobnym duchu kontrastuje dwie logiki współczesnej zachodniej medycyny – logikę wyboru i logikę opieki (Mol 2008; zob. Davis 2012; Ticktin 2006, 2011). Krytykuje podejście skupione na indywidualnym wyborze i pacjentach jako konsumentach na rynku usług, zatracające kluczowy dla medycyny wymiar opieki. Nie wpada jednak w pułapkę postrzegania „paternalizmu” jako jedynej gwarancji tej ostatniej – opieka nie musi oznaczać uprzedmiotowienia pacjenta, wręcz przeciwnie, ujmuje ją szerzej niż tylko przez pryzmat „wyboru”. Wskazuje raczej na łatwość, z jaką troska i uwaga padają ofiarą zoptymalizowanych, nakierowanych na techniczną sprawność systemów zarządzania medycznego, dążących do ekonomizacji nakładów. Ich elementem są klasyfikacje diagnostyczne o funkcji nie tylko klinicznej, lecz także administracyjnej i finansowej. Widoczne jest to zwłaszcza w psychiatrii, gdzie realność diagnoz jest wyjątkowo ulotna i niestabilna. Jak wskazują opisane powyżej sytuacje, umowność diagnoz, ich „deficyt realności”, jest efektem filozofii ICD-10, referencyjności diagnoz konotującej optymalne, ale nieosiągalne formy opieki i warunki finansowe, a także praktycznych działań i manipulacji mających na celu bieżące zaradzanie

tym brakom. Działania te są formami tworzenia paternalistycznych form opieki tam, gdzie z przyczyn finansowych, organizacyjnych i prawnych jest ona ograniczona.

Wnioski

W polskiej praktyce klinicznej kategorię diagnostyczną depresji w ICD-10 – opartą na objawach, z założenia obiektywną i technicznie ścisłą – otacza niejasność kontrastująca z rzekomą precyzją definicji. Traktuje się ją często w sposób umowny lub instrumentalny, z pewnym dystansem. Jak starałem się wykazać, na ten „nieporządek afektywny” składa się kilka czynników, właściwych zwłaszcza publicznej opiece psychiatrycznej. Z jednej strony, zmiany w filozofii klasyfikacyjnej ICD-10 odejmują depresji „tradycyjnej” realności choroby, czyniąc z niej zespół objawów usytuowanych pomiędzy normalnym a patologicznym. Z drugiej strony, owa zaburzona realność jest efektem konkretnego sposobu operacjonalizacji diagnoz w polskim systemie zdrowia w szerszych ramach neoliberalnego urealnienia, zwłaszcza reformy lat 1999–2003. Konkretnie kategorie diagnostyczne depresji nie denotują po prostu procesów neurochemicznych i psychologicznych, ale jednocześnie konotują referencyjną rzeczywistość kapitalistycznej nowoczesności, dostępnej farmakologii i unijnych standardów opieki, wywierających normatywny nacisk na rzeczywistość, która niezmiennie od nich odstaje. Na to nakładają się doraźne działania lekarzy, kliniczna „partyzantka” w obliczu praktycznych wyzwań z życia oddziałów i życia pacjentów, niedoborów finansowych i realiów społecznych, odtwarzające elementy paternalistycznej opieki w ramach systemu, który adekwatnej opieki nie gwarantuje. W „urealnionym” rynkowo, naukowo i organizacyjnie systemie diagnostycznym wszystkie te elementy tworzą złożoną konstelację, w której owa realność nieustannie się ulatnia. Rozziew między opisem a doświadczeniem nie zamyka się, tylko przemieszcza.

Bibliografia

- Adams, V. (ed.). (2016). *Metrics: What Counts in Global Health*. Duke University Press.
- Barthes, R. (2012). Efekt rzeczywistości (przeł. M.P. Markowski). *Teksty Drugie*, 4, 119–126.
- Beer, M.D. (1996). The dichotomies: Psychosis/neurosis and functional/organic: a historical perspective. *History of Psychiatry*, 7 (26), 231–255. doi: 10.1177/0957154X9600702603
- Béhague, D.P., MacLeish, K. (2020). The Global Psyche: Experiments in the Ethics and Politics of Mental Life. *Medical Anthropology Quarterly*, 34 (1), 5–20. doi: 10.1111/maq.12570
- Bemme, D., Kirmayer, L.J. (2020). Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*, 57 (1), 3–18. doi: 10.1177/1363461519898035
- Bowker, G.C., Star, S.L. (1999). *Sorting Things Out: Classification and Its Consequences*. MIT Press.
- Brenner, N., Theodore, N. (2002). Cities and the Geographies of “Actually Existing Neoliberalism”. *Antipode*, 34 (3), 349–379. doi: 10.1111/1467-8330.00246
- Burawoy, M., Lukács, J. (1992). *The Radiant Past: Ideology and Reality in Hungary’s Road to Capitalism*. Chicago: University of Chicago Press.
- Burri, R.V., Dumit, J. (2007). *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London: Routledge.
- Chodoff, P. (2002). *The Medicalization of the Human Condition. Psychiatric Services*.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R., Fishman, J.R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68 (2), 161–194. doi: 10.2307/1519765
- Collier, S. (2005). Budgets and biopolitics. In: A. Ong, S. Collier (ed.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (p. 373–390). Blackwell Publishing.

- Collier, S. (2011). *Post-Soviet Social: Neoliberalism, Social Modernity, Biopolitics*. Princeton University Press.
- Conrad, P., Schneider, J.W. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Mosby.
- Das, V., Das, R.K. (2006). *Pharmaceuticals in Urban Ecologies: The Register of the Local*. In: A. Petryna, A. Lakoff, A. Kleinman (ed.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices* (p. 171–205). Duke University Press.
- Davis, E.A. (2012). *Bad Souls: Madness and Responsibility in Modern Greece*. Duke University Press.
- Dunn, E.C. (2008). *Prywatyzując Polskę. O bobofrutach, wielkim biznesie i restrukturyzacji pracy* (przeł. P. Sadura). Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Durkheim, É., Mauss, M. (1963). *Primitive Classification* (ed. R. Needham). The University of Chicago Press.
- Fabian, J. (1983). *Time and the Other: How Anthropology Makes Its Object*. Columbia University Press.
- Faravelli, C., Ravaldi, C., Truglia, E. (2005). *Unipolar Depression*. In: E.J.L. Griez, C. Faravelli, D.J. Nutt, J. Zohar (ed.), *Mood Disorders: Clinical Management and Research Issues* (p. 79–102). John Wiley & Sons.
- Farmer, P. (2005). *Pathologies of power: Health, human rights, and the new war on the poor: with a new preface by the author*. University of California Press.
- Fisher, M. (2009). *Capitalist realism: Is there no alternative?* Zero Books.
- Fisher, M. (2020). *Realizm kapitalistyczny: Czy nie ma alternatywy?* (Przeł. A. Karalus). Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.
- Foucault, M. (1971). *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*, vol. 1. American Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980). *The History of Sexuality. Vol. 1: An Introduction*. Vintage Books.
- Freeman, D., Garety, P.A. (2003). *Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations*.

- Behaviour Research and Therapy, 41 (8), 923–947. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00104-3
- Hacking, I. (1990). *The Taming of Chance*. Cambridge University Press.
- Hacking, I. (2002). *Historical Ontology*. Harvard University Press.
- Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Harvard University Press.
- Horwitz, A.V., Wakefield, J.C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press.
- ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems. (2011). World Health Organization.
- Jutel, A., Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73 (6), 793–800. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.07.014
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49, 15–27. doi: 10.12740/PP/30811
- Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. Yale University Press.
- Kokanovic, R., Bendelow, G., Philip, B. (2013). Depression: The ambivalence of diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 35 (3), 377–390. doi: 10.1111/j.1467-9566.2012.01486.x
- Lane, C. (2008). *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness*. Yale University Press.
- Leder, S., Kuliszkievicz, D., Grzelak, J., Hoser, J., Potocka, A. (1968). Rozpowszechnienie zaburzeń nerwicowych wśród pracowników handlu m. st. Warszawy a czynniki społeczne. *Psychiatria Polska*, 2 (4), 413–420.
- Lévi-Strauss, C. (1963). *Structural Anthropology*. Basic Books.
- Lévi-Strauss, C. (1966). *The Savage Mind*. University of Chicago Press.
- Martin, E. (2007). *Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton University Press.

- Matza, T. (2009). MOSCOW'S ECHO: Technologies of the Self, Publics, and Politics on the Russian Talk Show. *Cultural Anthropology*, 24 (3), 489–522. doi: 10.1111/j.1548-1360.2009.01038.x
- Matza, T. (2018). *Shock Therapy: Psychology, Precarity, and Well-Being in Postsocialist Russia*. Duke University Press.
- Metzl, J. (2010). *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*. Beacon Press.
- Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., Wojtyniak, B. (2012). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Pickstone, J.V. (2001). *Ways of Knowing: A New History of Science, Technology, and Medicine*. University of Chicago Press.
- Porter, T.M. (2000). Life Insurance, Medical Testing, and the Management of Mortality. In: L. Daston (ed.), *Biographies of Scientific Objects*. University of Chicago Press.
- Porter, T.M. (2006). Speaking Precision to Power: The Modern Political Role of Social Science. *Social Research*, 73 (4), 1273–1294.
- Potępa, E. (2021). Neurotyczna normalność: Realizm depresyjny i praktyki normalizacji depresji we współczesnej Polsce (3700-MGR-AL-280691) [Praca magisterska]. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział „Artes Liberales”.
- Rabinow, P. (1996). Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. In: *Essays on the Anthropology of Reason* (p. 91–111). Princeton University Press.
- Risør, M.B., Nissen, N. (ed.). (2018). *Diagnostic Fluidity: Working with Uncertainty and Mutability*. URV.
- Rose, N. (1989). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. Routledge.

- Rose, N. (1996). *Inventing Our Selves: Psychology, Power, and Personhood*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (2006). Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice. *BioSocieties*, 1, 465–484.
- Rose, N. (2009). Normality and Pathology in a Biomedical Age. *The Sociological Review*, 57 (2_suppl), 66–83. doi: /10.1111/j.1467-954X.2010.01886.x
- Rosenfeld, D., Faircloth, C. (ed.). (2006). *Medicalized Masculinities*. Temple University Press.
- Sokół, G. (2016). *Working Through What Is: Depression and Agency in Poland's "New Reality"* [Doctoral dissertation]. The New School for Social Research.
- Ticktin, M.I. (2006). Where ethics and politics meet. *American Ethnologist*, 33 (1), 33–49. doi: 10.1525/ae.2006.33.1.33
- Ticktin, M.I. (2011). *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*. University of California Press.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2019). *Dziecięce doświadczenia ADHD: Etnografia spornej jednostki diagnostycznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Wróblewski, M. (2018). *Medykalizacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Yurchak, A. (2006). *Everything Was Forever, Until It Was No More: The Last Soviet Generation*. Princeton: Princeton University Press.
- Žižek, S. (2008). *The Sublime Object of Ideology*. London Verso.