

Zasačeni: Zakaj psihiatrija dela več škode kot koristi

James Davies

Psihiatrični mit

V daljnih časih okrog leta 1890 se je briljantni študent medicine Carl Gustav Jung odločal o svoji poklicni prihodnosti¹. Za katero vejo medicine naj se mladenič odloči, kaj naj specializira? Odločitev ni bila lahka tudi zato, ker so mu bila odprta vsa vrata. Če bi se odločil za eno od prestižnejših specialnosti, sta mu bila zagotovljena finančno udobje in strokovni ugled. Vendar Jung ni bil nikdar konvencionalen – in tudi s poroko v premožno družino si je lahko privoščil manj vnaprej varne poklicne izbire. Tako se je Jung napotil po svojih željah in se odločil za nekaj, kar so imeli njegovi znanci, profesorji in družina za dejansko neumnost: odločil se je za specializacijo iz psihiatrije.

Zakaj bi pri zdravi pameti naredil kaj takega, so se spraševali. Konec koncev psihiatrija v tistih časih ni bila sprejeta niti kot enakopravna medicinska specialnost. Med medicinci je iz različnih razlogov uživala zelo slab ugled. Kot prvo psihiatrično zdravljenje ni prinašalo posebnih uspehov. Medtem ko so raziskovalci in zdravniki dosegali velike korake, je psihiatrija s svojimi kliničnimi rezultati klamala daleč v ozadju.² Še več, osnovni objekt psihiatrije (naše notranje duševno življenje razumevanju in obravnavi telesnih tegob) je bilo neprimerno manj dostopno znanstvenemu preučevanju in vplivanju kot fizično meseno telo. Zavest je bila neprimerljivo bolj zapletena že zato, ker težave lahko povzroči več različnih dejavnikov – duševnih, moralnih, okoljskih, socialnih, ki jih je z biološkimi razlagami težko popisati. Psihiatri so se dajali z nečim, kar je presegalo telesno, in se naprezali, da bi razkrili, kako vendarle pomagati. Takšno je bilo vzdušje na prelomu med 19. in 20. stoletjem, ko je Jung pretresel svoje bližnje z odločitvijo za specializacijo iz psihiatrije. Pri tem tudi ni mogel vedeti, da se bo usoda psihiatrije v kratkem dramatično spremenila.

Ključni igralec te spremembe je bil zdravnik Emil Kraepelin. Na začetku 20. stoletja je Kraepelin postal mednarodno znan po hipotezi, da naši čustveni problemi v resnici niso pogojeni s tegobami duše ali zavesti ali česa drugega, kar bi bilo nemogoče znanstveno razložiti. Nasprotno, po Kraepelinovem mnenju ima vsaka duševna motnja zaznavno možgansko ali drugo biološko patologijo. Če bi se torej psihiatri ustrezno lotili duševnih motenj, bi morali najprej poiskati te skrite biološke sprožilce motenj. Opremljen s tem novim biološkim

pristopom je Krepaelin verjel, da bodo psihiatri ne le odkrili nove načine za zdravljenje duševnih tegob, pač pa se bodo izenačili s prevladujočo medicinsko doktrino bioloških razlag in terapij bolezni. Po njem je bila psihiatrija enakovredna medicinska disciplina – samo ves čas je gledala v napačno smer. Morda pa se Jung vendarle ni odločil napak!

Kraepelinova biologistična prepričanja so v prvi polovici 20. stoletja porodila celo morje novih psihiatričnih pristopov. Že v dvajsetih letih so se med temi pojavile metode, ki niso za mevrže: kirurško izrezovanje delov pacientovega telesa, na primer zob, mandljev, debelega črevesa, vranice, maternice. Temeljni razlog teh bolečih in pogosto tudi smrtnih posegov je bil, da bi duševno bolezen povzročale bakterije v ogroženem delu telesa. Posledično naj bi z odstranitvijo tako okuženega dela telesa odpravili problem. Kot pričajo raziskave Joanne Moncrieff, je enaka miselnost poganjala vrsto podobnih terapevtskih postopkov, ki so jih priporočale ugledne medicinske revije tega časa.³ Takšne metode so bile injiciranje konjskega seruma, uporaba ogljikovega dioksida z namenom povzročanja krčev in kome, injiciranje cianida, povzročanje podhladitve, ... Ponovimo, psihiatri so uporabljali te postopke, da bi z njimi ciljali na skrite viruse oziroma bolezni, za katere so verjeli, da povzročajo duševne motnje. Še eno takšnih zdravil je bila malarična terapija. Pacientu so z injekcijo vbrizgali malarični virus v upanju, da bo visoka temperatura malarične mrzlice uničila virus, za katerega so verjeli, da je povzročil duševno bolezen. Verjetno ni presenečenje, da so bili učinki takšne terapije pogosto uničujoči, saj si veliko pacientov od malarije ni več opomoglo.⁴

Ker je bila uspešnost teh zgodnjih obravnav zelo nizka, so v tridesetih letih prejšnjega stoletja razvili vrsto novih. Ena teh metod je bila inzulinska koma: pacienta so z visokimi odmerki inzulina za dve uri spravili v koma in ga potem na hitro prebudili z glukozo. Namen postopka je bil, da so v telesu sprožili močne krče, saj je veljalo prepričanje, da ti delujejo na nek način terapevtsko. Resnično so po takšnih postopkih pacienti poročali, da se počutijo bolj mirni, se pa je pri njih pogosto pojavljala izguba spomina in druge nevrološke nenormalnosti, kot na primer izguba govora. Približno pet odstotkov pacientov je dejansko umrlo od te terapevtske metode, zato so se psihiatri še enkrat lotili preskušanja novih poti.⁵

Upanje se je spet utrnilo na začetku 40. let, ko so predstavili revolucionarno novo »psiho – tehnologijo«, ki so ji nadeli ime lobotomija. Pomenila je kirurško odstranitev delov možganov, za katere so predvidevali, da povzročajo trajne duševne tegobe. Nova metoda je v psihiatriji doživela takšno slavo, da je odkritelj, António Egas Moniz, za postopek leta 1949 prejel Nobelovo nagrado.⁶ Samo v ZDA je bilo do 70. let prejšnjega stoletja, ko je bilo kirurško

brskanje po možganih opuščeno zaradi grozljivih posledic, ki jih še danes preživlja na tisoče tako operiranih, lobotomiziranih med trideset in štirideset tisoč ljudi.

Ko je na srečo uporaba lobotomije začela upadati, pa so jo nadomestile druge oblike terapij. Med temi je tudi elektrokonvulzivna terapija (EKT), ki so jo začeli širše uporabljati prav tako v 40. letih in je v uporabi še dandanes, v popularno kulturo pa sta jo izstrelila kultni knjiga in film *Let nad kukavičjim gnezdrom*. Postopek temelji na povzročanju močnih krčev tako, da depresivnim pacientom spuščajo v možgane močan električni tok. Četudi veliko psihiatrov še danes prisega za zdravilne učinke te kontroverzne metode, pozitivne ocene postopoma zakrivajo raziskovalne ugotovitve, ki naštevajo neželene stranske učinke EKT, popisujejo neobetaven delež remisij motnje ter mnogotere nevrološke poškodbe, ki nastanejo pri uporabi.⁷ Še več, novejša raziskava učinkovitosti EKT niso pokazale zaznavnih razlik med pravo in »navidezno« uporabo električnih sunkov po koncu terapije (»navidezni« EKT pomeni, da pacienta uspavajo, potem pa ga ne podvržejo električnemu delovanju). Nasprotno, spremljanje učinkov šest mesecev po uvedbi terapije kažejo, da pacienti navidezne terapije na Hamiltonovi lestvici dosegajo za dve točki boljše rezultate, iz česar izhaja, da so pozitivni učinki elektrokonvulzivne terapije v največji meri učinek placeba.⁸

Zakaj popisujem najbolj čudaške terapevtske postopke psihiatrije v zgodovini? Ker vsi izvirajo in se legitimirajo iz najbolj trdovratne psihiatrične hipoteze, da za duševno motnjo stoji telesni vzrok. Kot se boste spomnili, je oče te hipoteze Kraepelin: če bolezni naših čustev povzroča biološka osnova, je treba zdravljenje usmeriti v to smer. Seveda so mladi psihiatri kot je bil Carl Jung, ki so imeli občutek, da opisane metode mejijo na barbarstvo, možnost, da izberejo druge poti. Jung je bil član rastoče ločine psihiatrov v Evropi, Veliki Britaniji in Združenih državah, ki je zavrnila Kraepelinovo biologistično hipotezo ter začela razvijati bolj medosebno in manj invazivno pogovorno terapijo. Na polovici prejšnjega stoletja je ta skupina dejansko postala močna in to še najbolj v ameriški psihiatriji. V resnici je bila večina članic in članov delovnih skupin za prvo in drugo izdajo DSM (Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj) v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja psihoanalitično usmerjenih psihiatrov. Vendar sta pogovorna terapija in biologistična vseskozi ostala čudaška ljubimca, četudi v stalnem nasprotju. Psihoterapevti dejansko niso delili biologističnih prepričanj, s katerimi je Kraepelin na začetku 20. stoletja rešil psihiatrijo popolne obstranosti – prepričanj, ki so psihiatrijo vsaj na intelektualni ravni pomagala obdržati v koraku s sorodnimi biološkimi vejami medicine.

Ko so se v 70. letih znova razmahnila kritike psihoterapije, je nastalo okolje za popolno odklonitev pogovorne terapije in vnovično oživitev zgodnjih Kraepelinovih idej. Znamenje tega je bilo, da je bil v Spitzerjevi delovni skupini za pripravo DSM-III (torej tretje verzije tega priročnika, saj ga je Ameriško psihiatrično združenje večkrat posodabljal – sedaj je v veljavi DSM-V, op.prevajalca) en sam psihoanalitik, pa še ta, kot mi je Spitzer sam povedal, »za lepši videz«. To »neo-kraepelijansko« resolucijo, kot so jo imenovali, je posebej vzpodbudil niz zanimivih odkritij v medikamentozni terapiji. Kot sem pojasnil že v petem poglavju, so bila v 50. letih prejšnjega stoletja psihiatrična zdravila prejkone pomirjevalni tonik, ko pa so v 70., 80. in v 90. letih dobila zagon farmacevtska podjetja, so zdravila začeli tržiti kot zdravstvena pomagala pri ciljanju in zdravljenju zapletenih bolezni. Mnogi vodilni psihiatri so to novo doktrino legitimirali v zdravstvenih revijah in v popularnih medijih – in obenem prejeli velikodušne nagrade s strani farmacevtskih podjetij.

Farmacevtska revolucija je rešila prenekatero težavo psihiatrije. Stroka se je zdaj lahko otresla tradicije sramotnih kliničnih napak in uničujočih terapevtskih metod ter sprejela zdravila kot prvo linijo zdravljenja. Zdaj je imela psihiatrija v rokah psihotehnologijo, ki je ni le vrnila nazaj v družino medicinskih poklicev, pač pa je stroko tudi razmejila od množice psihologov, svetovalcev, pastoralnih pomočnikov, zakonskih in družinskih terapevtov in vrste drugih psihoterapevtov, ki so v 80. in 90. letih prejšnjega stoletja začeli preplavljati trg duševnega zdravja. Izkazalo se je, da so psihiatri v tej množici edini strokovnjaki, ki so lahko zakonito podeljevali psihiatrične diagnoze in predpisovali psihiatrična zdravila. In dokler sta bili ti aktivnosti rezervirani samo za psihiatre, dotlej je bil strah za prvenstvo nepotreben. Še več, zdaj je psihiatrija dobila novega in orjaško silnega zaveznika, farmacevtsko industrijo, ki je z leti s finančno pomočjo od srede do konca 20. stoletja ugled psihiatrije zavihtela med najbolj spoštovane medicinske poklice. Na kratko, farmacevtska revolucija je psihiatriji prinesla vrsto prednosti – od ideoloških do poklicnih in finančnih. Zato ne čudi, da vrsta psihiatrov prav farmacevtski razmah vidi kot obdobje najvišje slave in družbene vloge psihiatrije.

A tudi ta revolucija ni bila brez temnih lis. Ne sklicujem se samo na že omenjene (zdravila, ki ne delujejo, kot so opevana; znanstveno neutemeljene reduktivistične biologistične teorije; medikaliziranje normalnosti s pomočjo vse obsežnejših DSM in ICD (*International Classification of Diseases*, mednarodna klasifikacija bolezni Svetovne zdravstvene organizacije, op. prevajalca); zmanjševanje zdravniške objektivnosti s sponzorskimi sredstvi farmacije). Ne, govorim o nečem, kar je mnogo težje razpoznati. Govorim o tem, kako je nekoč nova biološka vizija začela pronicati v splošno zavest in postopoma spreminjati naše razumevanje same

narave čustvenega trpljenja. Da to pojasnim, se bom moral na kratko zateči k filozofiji. Zagotavljam vam, da ta sprememba tona ne bo povezana z avtorjevo aroganco, je enostavno nujna za tisto, kar sledi v nadaljevanju.

*

Naj začnem. Ko je ideja, da so različne oblike čustvenega trpljenja v bistvu *biološke* težave, ki jih je moč najbolje zdraviti z zdravili, začela dobivati korenine, je psihiatrija začela čustveno trpljenje lupiti vseh duhovnih, psiholoških in moralnih pomenov. Če je namreč duševno trpljenje zgolj rezultat biološke napake, je zgolj izkušnja brez posebnega smisla, ki jo je treba kar najhitreje odpraviti. Bolj ko je ta »negativni pogled« na duševno nelagodje dobival domovinsko pravico, bolj so bledeli mnogi tradicionalno pozitivni pogledi in kulturni pomeni, povezani s trpljenjem (kako je denimo včasih celo smiselno in celo nujno, če ga ustvarjalno usmerjamo). Ker sem o razlikah med pozitivnim in negativnim pogledom na trpljenje že pisal in jih poskušal definirati, naj ponovim:

»Pozitivni pogled« pomeni, da ima trpljenje v našem življenju odrešujočo vlogo: lahko nam prinese nepričakovan dobiček, novo gledišče, nas usmeri v novo smer. Če bi tak pogled lahko imel moto, ga je odlično povzel Thomas Hardy: »Če obstaja pot k boljšemu, gotovo izvira iz globokega pogleda v najslabše.« V tem smislu pozitivni pogled na trpljenje pojmuje bolečino kot neko nujno, liminalno fazo, skozi katero prehajamo iz slabšega v boljše stanje, prehod, v katerem lahko pridobimo nekaj trajnega za svoje osebno življenje. Nasprotno negativni pogled na trpljenje prinaša diametralno nasproten pogled: da trpljenje ne more rezultirati v nič vrednega, pomenljivega. V globini trpljenja ni nobenega pomena, nobene perspektive ali nauka. Če torej iz neke izkušnje ne moremo dobiti drugega od bolečine in nelagodja, je povsem logično, da jo je najbolje gladko anestezirati ali kar v celoti odpraviti.⁹

Četudi negativni pogled na duševno trpljenje še danes ne zveni najbolj prepričljivo, ga je psihiatrija sprejela z odprtimi rokami, saj se odlično prilega biološkemu mitu o duševni motnji: ker je duševno trpljenje v pretežni meri biološka težava, je torej po bistvu nesmiselno in je edino prav, če se ga lotimo odpravljati. In ker to najbolje opravijo zdravila, bi bil dvom v zdravila pravzaprav opustitev dolžnosti. Ta preprosta enačba je generacijam psihiatrov zagotavljala občutek samozavesti, zaupanja v svojo moralno in klinično avtoriteto, hkrati pa občutek, da so za izboljšanje našega duševnega zdravja boljše opremljeni od drugih strokovnjakov. Vendar ta enačba ni povsem vodotesna. Kot smo videli, že predpostavka, da je duševno trpljenje rezultat bioloških procesov, znanstveno ni zadostno utemeljena. In prav to je prepričalo vrsto kritikov,

ki menijo, da je biološka teorija predvsem priročen poklicni mit, ne pa realistična in znanstveno utemeljena teza.

Če želimo nadaljevati, moramo najprej pojasniti pojem »mita«. Dovolite mi, da za ilustracijo opišem dogodek, ki ga je prijatelj nekoč doživel s šestletno hčerko.

Na jasnem poletnem večerju sta se peljala domov po lokalni cesti. Deklica je ves čas mirno gledala skozi avtomobilsko okno in kakih dvajset minut je minilo, preden je spregovorila. »Oči,« je začela z odraslo zbranostjo, »zakaj nama luna sledi domov?« Pesniška lepota vprašanja je prijatelja tako zmedla, da je zamomljal nekaj o tem, kako zaradi relativnih oddaljenosti bližnji objekti zdrsejo mimo nas mnogo hitreje kakor bolj oddaljeni – nekaj v tem smislu. Deklice ta razlaga ni prepričala: »Ne, oči, po mojem naju luna zasleduje, ker noče biti sama.« Ta razlaga jo je zadovoljila – tako se je zdelo, saj je spet odprla slikanico, ki jo je držala v roki in začela zadovoljno popevati. Imela je svoj mit.

Odrasli ravnamo zelo podobno kot deklica. Mite namislamo tam, kjer ne najdemo odgovorov na temeljna vprašanja, ki nas obsedajo, ne moremo pa jih kar odložiti in se posvetiti drugim zadevam. To je razlog, da ima vsaka skupnost v danem času celo vesolje mitov o vseh mogočih vidikih življenja: o tem, od kod prihajamo in kam gremo, zakaj smo tukaj in podobno. Miti nam pomagajo ublažiti strah in negotovost pred najbolj temeljnimi človeškimi strahovi. Vzemimo za primer največjo negotovost med vsemi – kaj se zgodi z nami, potem ko umremo. Tesnoba, ki jo sproža to vprašanje je tako globalna in univerzalna, da antropologi na celnem prostranem planetu še niso našli skupnosti, ki bi ne imela mita o posmrtnem življenju. Nekje pripovedujejo o nesnovnih angelih, ki čakajo na nas pri bisernih vratih, drugod o kozmični materi, h kateri se po smrti vsi povrnemo, spet drugje o veseljaških prednikih, ki čakajo na nas z bokali maniokinega vina. Mite srečamo na vsakem koraku, njihove vsebine so fantastično drugačne, skupen pa jim je pomen, da ponujajo razlage na mučna vprašanja, ki bi nas neodgovorjena ves čas napeljevala v neprijetno tuhtanje. Miti govorijo o najbolj bistvenih realnostih naših življenj, tudi na »od kod se porodi in kako preide naše trpljenje« – vprašanje, po odgovor na katerega smo se vsaj v Zahodnem svetu navadili po pomoč porovati k psihiatriji.

Ampak mar pomoč, ki jo ponuja biopsihiatrija, res temelji na nečem bolj oprijemljivem kot mitu? Vsaj apologeti so zelo trdni v prepričanju, da so psihiatrični temelji vse prej kot mit, da so trdno znanstveni: da stoji na raziskavah, ne človeški domišljiji. Kritiki hitro pristavijo, da takšna hipoteza ne obsega vse resnice. Vrsta psihiatričnih resnic ni nič bolj utemeljena od religioznih resnic. Vzrok je ta, da na mnogih področjih, ki jih psihiatrija preučuje, vsebin ne

dokazuje, marveč o njih *odloča*: *odloča*, kaj velja za motnjo in kaj ne, *odloča*, kje poteka ločnica med normalnostjo in abnormalnostjo, *odloča*, da sta biološka teorija vzrokov in medikamentozna terapija odločilni za razumevanje in zdravljenje čustvenih težav. Ne zanikam, veliko teh odločitev temelji na raziskavah, večino odločitev in raziskav, na katerih temeljijo, pa težko razločimo od subjektivnih namer vključenih akterjev, in treba je tudi odkrito reči, da so raziskave po večini metodološko šibke. Definicije, ki usmerjajo Diagnostični in statistični priročnik, ne izvirajo iz znanstvenih laboratorijev, pač pa iz sejnih sob, v katerih vlada atmosfera soglasja. Raziskave učinkovin ne morejo biti nepristranske, če so povezane z interesi farmacevtskih podjetij. Privrženosti celotne stroke biološkemu modelu naših duševnih življenj je nemogoče videti mimo zgodovinskega naprežanja psihiatrije za priznanje svojega statusa biološke medicinske stroke.

Ravno to, da večine resnic psihiatrije ni mogoče podkrepiti s trdnimi znanstvenimi dokazi, je kritike vodilo v prepričanje, da potemtakem ni nič bolj objektivna kot drugi tradicionalni sistemi vere. Vzemimo na primer šintoizem, konfucionizem, šamanizem ali krščanstvo. Vsak teh sistemov ponuja razlage o vzrokih in pomenih trpljenja, o tem, kaj je normalno in kaj nenormalno, bolno ali zdravo, kaj velja za noro in kaj za slabo. In vsak teh sistemov trdi nekaj drugega o izkušnjah, ki jih popisuje in razlaga. Če nekaj v eni družbi velja za čudaško, patološko ali nesprejemljivo, ima lahko v drugi družbi povsem obratne lastnosti. Kako naj torej za naš psihiatrični sistem trdimo, da je na nek način povzel kulturne resničnosti in vrednote ter jih povezal v bolj resnično in verjetno vizijo kot drugi sistemi?

Na abstraktna vprašanja te vrste najbolje odgovorimo s konkretnimi primeri. Zato si oglejmo en tak primer – izkušnjo slišanja glasov. Kot sem pisal že drugje, je v družbi, kjer je tovrstna izkušnja ozko povezana z duševno motnjo, kjer se mora oseba, ki jo obidejo takšne izkušnje, soočiti tudi z neprijetno mislijo, da je psihološko nezdrava, v družbi, kjer bo takšno občutje zelo verjetno v slišalcu razvilo dodatne tesnobe in bo vsaka epizoda slišanja prinesla nov občutek nenormalnosti. V družbah, ki imajo do takšne izkušnje negativen odnos, se torej osebe s takšno izkušnjo ne bodo soočale samo z nenavadnostjo glasov samih, pač pa hkrati s posledicami tega, kako je slišanje glasov dojeto, definirano in sprejeto v družbi. Nasprotno bo v okolju, v katerem »slišanje glasov« ne bo vzbudilo podobnega kulturnega dvoma, denimo v starogrškem polisu, kjer so bili notranji glasovi sprejeti kot možen izraz nebeškega navdiha – tam bo slišalec sprejet ne kot bolnik, pač pa kot možni izbranec, celo prerok. Oseba, ki bo naletela na takšno vzpodbudno kulturno pogojeno diagnozo, bo do svojih notranjih glasov nedvomno razvila bistveno manj mučno razmerje, osvobojeno bremena sramu in strahu, ki ju nedvomno začuti

oseba v najprej navedenem primeru. Na kratko: izkušnja, ki vas v eni kulturi označi za neprištevnega, vas v drugi označi kot nadarjenega, posvečenega. In ker to, kako nas ljudje vidijo, vpliva na to, kakšen občutek imamo o sebi, se moramo o oznaki slehernega človeškega dejanja vprašati, kakšna je vloga tega dejanja v prevladujočem mitu, ki definira vrednosti naših dejanj in hotenj.¹⁰

Ta pogled šele pokaže, kako nevarne so psihiatrične diagnoze. Čim vam nadenejo oznako »depresija« ali »tesnobna motnja« ali »motnja pomanjkanja pozornosti«, postanete igralec v velikem mitu – z diagnozo duševne motnje ste postali pacient. Vstopili ste v družbeno pogodbo, po kateri ste zdaj postali odvisni od avtoritete, ki jo obvladuje psihiatrija. Od te točke naprej boste težko mislili o sebi kot o človeku v vsakdanjem življenju ali o nekom, ki ima nadzor nad lastno usodo. Postali ste nosilec psihiatričnega stanja, ki vam je odvzelo nadzor, vas označilo in vas predvsem napravilo odvisne.

Dejansko večini ljudi diagnoza prinese olajšanje: končno je nekdo v njih zaznal in poimenoval dotlej nejasno trpljenje, celo nakazal je pot ozdravitve. Kadar ste v takšnih mukah, obet vsake pomoči prinese olajšanje! Res pa je tudi, da tudi vrsta drugih odzivov na trpljenje lahko prinese podobno olajšujoč rezultat, pa naj bo vir psihoterapija, duhovno ali religiozno vodstvo,... te druge metode pa pogosto ne prinesejo s sabo tudi neljubega stranskega učinka oznake duševne motenosti. V literaturi o duševnem zdravju se pogosto pojavi tematika težkega soočanja pacientov z njihovimi diagnozami. Gre za to, da vemo, kako že sama diagnoza prinaša dodaten stres, ki se nanaša tako na samopodobo človeka kot nekoga drugega kot v prejšnjih časih, na nekoga z motnjo in potrebnega zdravniške pomoči. Povedano drugače: psihiatrična diagnoza lahko prinese negativne stranske učinke, na katere na začetku ne pomislimo.

V delih psihiatra Mariusa Romma naletimo na posebej presunljiv primer tovrstnih stranskih učinkov. Romme je delal z gospo, staro 38 let, ki so ji diagnosticirali shizofrenijo: že leta je slišala glasove in antipsihotična zdravila naj bi teh glasov ne ublažila. Po dolgih letih neuspešne terapije z zdravili je bila ob mučnih stranskih učinkih, ki so jih ta povzročila, gospa že na robu odločitve, da si vzame življenje. Potem pa so se lepega dne stvari nepričakovano obrnile na boljše, na srečanja je začela prihajati bolj zadovoljna in optimistična. Nepričakovano spremembo je prineslo branje knjige psihologa Juliana Jaynesa, ki je pisal o tem, kako so stari Grki za razliko od sodobnih zahodnjakov notranje glasove razumeli kot sporočila bogov. Pacientki se ni zdelo pomembno, ali Jaynesova teorija zdrži podrobno znanstveno preverbo. Bistveno je bilo, da ji je knjiga ponudila drugačen mit, ki je razlagal njen notranji svet. Ponudila ji je možnost odločitve, da se je raje videla kot stara Grkinja kot nekdo s shizofrenijo. Ta

preprosta zamenjava enega mita z drugim je povsem spremenila njen odnos do notranjih glasov – postali so manj strašljivi, manj čudaški, niso je več izolirali od sveta.¹¹

Na ta način miti, ki jih sprejmemo za svoje, pogojujejo, kako vidimo svoja psihološka stanja. To pomeni, da ima lahko samo sprememba »mita«, skozi katerega razumemo takšna stanja, na nas tak terapevtski učinek, kot če bi vzeli tableto ali se udeležili psihoterapije. Pomislite na primer še na eno spremembo, o kateri poroča mnogo pacientov, ki opustijo psihiatrični pogled: zlepa nad seboj ne občutijo več občutka stigme, ki visi nad tistimi, ki so razglašeni za duševno motene. To je pomemben podatek, saj uveljavljena razlaga duševnih motenj temelji prav na tem, da biološki model ravno zmanjšuje stigmatiziranost z duševnimi motnjami. Skupine kot sta *National Alliance on Mental Illness* (Nacionalna zveza za duševne bolezni) v ZDA in *SANE* (vodilna fundacija v Veliki Britaniji) zagovarjata prav to tezo: biološki mit pomaga ljudem, ki bolehamo za duševnimi motnjami, saj sporoča njim in drugim, da ljudje niso sami krivi za svoje motnje. So ljudje kot vsi drugi, le z zdravstveno motnjo, zato jih ne smemo obravnavati drugače kot vseh drugih ljudi.¹²

Medtem ko se zdi v teoriji ta teza sprejemljiva, pa ima v praksi povsem drugačne učinke. Veliko ljudi poroča o negativnih sekundarnih učinkih svojih diagnoz, bodisi jih skrivajo od sramu (kar dodatno prispeva k osamitvi) ali pa se tako identificirajo z njimi, da jih nenehno sporočajo okolici, kar v mnogo primerih tudi pripelje do zavrnitve. Novejše študije denimo kažejo, da je mnenje, da imajo duševne motnje biološki izvor, povsem prevladalo med ljudmi.¹³ Hkrati raziskave potrjujejo zelo problematično prakso, da z osebami, za katere se domneva, da so njihove čustvene težave posledica možganskih motenj, okolica ravna mnogo bolj grobo kot z ljudmi, za katere se domneva, da so na njihovo stanje vplivali družbeni ali psihološki dejavniki. To je pokazala raziskava na Univerzi Auburn, pri kateri so prostovoljce prosili, naj dvema skupinama pacientov, ki napačno odgovorijo na testno vprašanje, zadajo blag do močan električni šok. Rezultati so bili alarmantni: skupini pacientov, za katere je bilo rečeno, da imajo duševno motnjo, so hitreje zadajali veliko močnejše šoke kot skupini, ki naj bi imela motnje družbenih ali psiholoških virov, kar pomeni, da smo ljudje pripravljeni manj človeško ravnati z drugimi, če predpostavljamo, da njihove težave izvirajo iz motenj v možganih.¹⁴

Rezultati te vrste so zaskrbljujoči, ne pa nepričakovani. Tudi druge raziskave navajajo, da povprečni ljudje druge, za katere domnevamo, da trpijo za biološkimi nenormalnostmi, presojava kot bolj nepredvidljive in nevarne kot »normalne« ljudi. Takšno percepcijo vidimo tudi v ozadju dejstva, da se »normalni« ljudi izogibamo tesnejših stikov z »duševno motenimi« – in kot smo že rekli, izogibanje prispeva k izoliranosti takšnih oseb.¹⁵

Navedene raziskave potrjujejo, da je označenost s psihiatrično diagnozo – naj bo to depresija, tesnoba ali kaka druga od trajnejših motenj – pogosto pospremljena s težko kulturno prtljago. In še posebej je temu tako, če naj bi trpljenje izviralo iz bioloških vzrokov. Paradoksalno torej psihiatrične kampanje po vsem svetu, ki želijo znižati stigmo povezano z duševnim zdravjem s tezo, da je duševna bolezen povsem sorodna telesnim boleznim, dosegajo prav obratne učinke od načrtovanih.¹⁶

Zastavimo še eno temeljno vprašanje: morda ste se vprašali, če pri tem, da vidi psihiatrija svoj mit izključno v bioloških podlagah, ne pretiram? Mar psihiatrija ne upošteva tudi vrste drugih dejavnikov, ki po naravi ne sodijo med biološke?

Takoj je treba reči, da veliko psihiatrov dejansko priznava – vsaj v principu – da so vzroki za duševne tegobe lahko različne kombinacije socialnih, bioloških in psiholoških dejavnikov. Ta pogled so poimenovali »bio-psiho-socialni« model trpljenja in pomeni, da lahko te različne vrste dejavnikov tako povzročijo kot potem usmerjajo potek čustvenega nelagodja.¹⁷ Problem tega pogleda pa je, da je psihiatrična obravnava kljub vsemu že vse od 80. let prejšnjega stoletja vse bolj zgolj biološka. Kot je zapisal britanski psihiater prof. Christopher Dowrick:

»Biopsihosocialni model razen deskriptivne nima veliko substance, v vsakdanji praksi ga prenašajo zgolj kot nujni retorični okrask. V resnici zdravniki delujejo po tem, kar sem opisal kot »bio(psiho)loški« model zdravstvene skrbi. Akutne fizične težave hočeš nočeš vidimo na način, na katerega se z njimi najbolje spopadamo, podobno se ravnamo do kroničnih fizičnih in psiholoških problemov. V splošnem pa se nam socialna problematika zdi neprimerna za zdravstveno oskrbo, in če je družbenih dejavnikov preveč, postanemo zmerom bolj nervozni.«¹⁸

Medtem ko Dowrick meni, da danes prevladuje »bio-psihološki« model, drugi avtorji – po mojem mnenju upravičeno – zagotavljajo, da se psihološki del modela vztrajno izgublja. Kot je pred kratkim izjavil nekdanji predsednik Ameriškega združenja psihiatrov, je psihiatrija dopustila, da je »bio-psiho-socialni model postal bio-bio-bio model« – kar pomeni, da dandanes psihiatri skoraj ne počno drugega kot predpisujejo tablete.¹⁹ To mi je v pogovoru potrdil tudi britanski psihiater Duncan Double, ko je priznal, da celo tisti kolegi, ki javno prisegajo na bio-psiho-socialni model, pri vsakdanji zdravniški praksi najprej posežejo po biološki doktrini. Ko torej še zmeraj veliko teoretično razpravljamo o bio-psiho-socialnem modelu duševnega zdravja, v praksi nikoli ni zares zaživel. V vsakdanjem svetu to pomeni, da se predpisovanje zdravil povečuje, dolgotrajna psihoterapija je v nazadovanju, socialnih intervencij pa se psihiatri lotevajo le redkokdaj. Na kratko: glasniki biološke psihiatrije niti ne razglašajo več

svojega negativnega modela človeškega trpljenja kot teoretičnega modela, le enostavno praktično se ravnajo po njem. Dokaz za to je enostaven: biološko zdravljenje je večinoma edino dosegljivo.²⁰

*

Naraščajoča prevlada bio-psihiatričnega mita trpljenja zastavlja vrsto resnih vprašanj. Nas ta prevlada vse bolj trdno vodi v prepričanje, da je naše trpljenje res samo nekaj negativnega, nekaj, kar naj bo za vsako ceno izbrisano ali vsaj anestezirano? V svetu, v katerem se diagnostični pragovi venomer nižajo in se število motenj neprestano povečuje, vse več čustvenih tegob dnevno vidimo kot zdravstvene motnje, ki naj jih psihiatrija izbriše z zdravili. Mar to pomeni, da opuščamo tradicionalne filozofske in religiozne načine, po katerih smo razumeli in lajšali trpljenje²¹, metode, ki so v trpljenju pogosto videvale tudi globlji pomen in priložnost? Jih nadomeščamo z ostrejšim tehnološkim stališčem, ki zapletenih humanističnih vprašanj niti nima za mar? Mar ni možno, da je trpljenje, ki ga danes otopimo z zdravili, pogosto pomenljiv klic po spremembi (in torej sporočilo, ki ga je bolje premisliti kot utopiti v pomirjevalih) ali nemara protest našega telesa proti škodljivim družbenim pogojem (torej bi bil bolj na mestu socialen ali psihološki, ne kemični odziv) ali nemara naravni odmev našega psihološkega razvoja (in nas torej skuša, če mu odgovorno in ustvarjalno prisluhnemo, nekaj pomembnega naučiti²²)? Je dosledno negativni pogled na trpljenje, kot ga izraža psihiatrija, samo še en vidik širše obsedenosti naše kulture s čustvenimi uspavali – s tabletami, alkoholom, industrijsko terapijo, eskapističnimi aktivnostmi – kot glavnimi sredstvi potrošniške družbe za lajšanje čustvenih napetosti? In če temu je tako: v kakšni meri je mit tudi ideja, da se lahko z omenjenimi pomagali izvlečemo iz psiholoških tegob? Mit, ki ni gospodarsko ukrojen po meri samo psihiatrije in farmacevtske industrije, pač pa tudi kapitalizma, v katerem živimo?

Naj je vaš odgovor na ta vprašanja takšen ali drugačen, pomemben je za vsak tehten premislek današnjega stanja in delovanja psihiatrije. Psihiatrija kot sistem namreč ne lebdi neodvisno od kulture. Njene ideje in odločitve se oblikujejo v odnosu do dominantnih kulturnih okvirjev današnjega časa, se nanje odzivajo in nanje odgovarjajo. Vendar psihiatrija ne odslikuje le podobe kulturnega okolja, v katerem živi. V zadnjih letih se je zahodnjaška psihiatrija namreč agresivno razprostrla tudi na nove dobičkonosne trge, na Kitajsko, v Indonezijo, Južno Ameriko in Vzhodno Evropo, in že hitro preobrača doslej neobdelane dele planeta z doslej le našo, zahodnjaško značilno filozofijo spopadanja z obupom. Kaj se bo zgodilo, ko bo sistem, razvit v severni Ameriki in v Veliki Britaniji, znašel v okoljih, ki še nikoli niso preizkusila gašenja

čustvenega trpljenja z medikamenti? Bomo z izvozom svojih zdravil res pomagali, da se pozdravi ves svet?

Preden začnemo odgovarjati na to vprašanje, naj vam prikažem celo serijo bizarnih dejstev, ki vam jih bom pokazal. Dejstev, ki nas bodo popeljala v zelo oddaljene kraje.

Prevod: Tone Vrhovnik Straka

Naslov izvirnika: Cracked: Why Psychiatry is doing more Harm than Good (2013, Icon Books), 11. poglavje.

¹ Poglavje povzema in dodatno artikulira misli, objavljene v moji prejšnji knjigi, iz katere tudi sicer povzemam in citiram. Glej: Davies, J. (2012), *The Importance of Suffering: the value and meaning of emotional discontent*. London: Routledge.

² Porter, R. (1996), *A Social History of Madhouses, Mad Doctors and Lunatics*. London: NPI.

³ Moncrieff, J. (2009), *The Myth of the Chemical Cure: a critique of psychiatric drug treatment*. London: Palgrave Macmillan (p.32).

⁴ Prav tam.

⁵ Prav tam.

⁶ Prav tam.

⁷ Squire, L.R. in Slater, P.c. (1983), 'Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: a prospective three-year follow-up study'. *British Journal of Psychiatry*, 142: 1-8. Glej tudi: Breggin, P. (2007), 'ECT Damages the Brain: Disturbing News for Patients and Shock Doctors Alike'. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 9(2): 83-6. Glej tudi: Andre, L. (2009), *Doctors of Deception: What They Don't Want You to Know About Shock Treatment*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

⁸ Bracken, P. in drugi (2012), 'Psychiatry Beyond the Current Paradigm', submitted to the *British Journal of Psychiatry*, 201: 430-34.

⁹ Citat sem nekoliko priredil. Glej: Davies, J. (2012), *The Importance of Suffering: the value and meaning of emotional discontent*. London: Routledge (str. 50).

¹⁰ Razprava o različnih odzivih različnih kultur na slišanje glasov je prav tako prevzeta iz moje prejšnje knjige.

¹¹ Bentall, R.P. (2010), *Doctoring the Mind: why psychiatric treatments fail*. London: Penguin (str. 106).

¹² Glej izjemen članek, ki je kritičen do tega stališča: www.nytimes.com/2010/01/10/magazine/10psychet.html?pagewanted=all

¹³ Angermeyer, M. in Matschinger, H. (2005), 'Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany'. *British Journal of Psychiatry*, 186: 331-4.

¹⁴ Mehta, S. (1997), 'Is Being »Sick« really better? Effects of disease view of mental disorder on stigma'. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(4): 405-19.

¹⁵ Glej Timimi, S. (2010), 'Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM', Glej: www.criticalpsychiatry.co.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=233:campaign-to-abolish-psychiatric-dignostic-systems-such-as-ICD-and-DSM-timimi-s&catid=34:members-publications&Itemid=56. Za nadaljnji povzetek študij glej: Watters, E. (2010), 'The Americanization of Mental Illness', *New York Times* (8. januar 2010).

¹⁶ Glej razpravo Ethana Watersa v 'The Americanization of Mental Illness', *NY Times* (8. 1. 2010).

¹⁷ Glej: Burton, N.L. (2006), *Psychiatry*. Oxford: Blackwell.

¹⁸ Dowrick, C. (2004), *Beyond Depression: a new approach to understanding and management*. Oxford: Oxford University Press (str. 69).

¹⁹ Sharfstein, S.S. (2005), 'Big Pharma and American Psychiatry: the good, the bad, and the ugly'. *Psychiatric News*, 40(16): 3.

²⁰ Davies, J. (2012), *The Importance of Suffering: the value and meaning of emotional discontent*. London: Routledge.

²¹ Prav tam.

²² Prav tam.