

Mężczyzna, kobieta i psychiatria przed sądem

18 lipca 2022

Jeszcze niedawno jednym z głównych dań, którymi byliśmy faszerowani przez media, była sprawa sądowa Amber Heard i Johnny'ego Deppa. Te same media serwowały nam też od razu deser w postaci „krytycznych komentarzy”. Na przykład komentarz Stawiszyńskiego w „Tygodniku Powszechnym”, który właściwie zainspirował mnie do napisania tego tekstu, sprowadzał clou tego fenomenu do faktu, że „tłumy” odkrywają, iż sławni i bogaci też miewają problemy ze sobą i brzydko się zachowują – tak jakby było to jakieś novum – a niesprawiedliwie wydające wyroki „tłumy” powinny być w zasadzie wdzięczne, że ktoś niesie za nie ciężkie brzemię wielomilionowych majątków. Wiele z tych komentarzy było więc potrawami z taśmy do sztamkowej seryjnej produkcji śmieciowego żarcia wprost z fabryki przemysłu kulturowego. Jednak zdarzały się też bardziej wnikliwe głosy. Zwracały one uwagę na wpływ tego procesu na społeczne postrzeganie kobiet, które padły ofiarą przemocy.



Na pewien kluczowy aspekt, który umknął chyba większości

komentujących, można byłoby tutaj jednak zwrócić uwagę. Mianowicie, obie strony próbowały wykorzystywać diagnozy psychiatryczne do dyskredytowania przeciwnika i podważania jego wiarygodności. Prawnikom Deppa udało się jednak jego problemy psychiczne przedstawić w zasadzie jako okoliczność łagodzącą, skutki trudnego dzieciństwa – wzbudzało to więc raczej współczucie, które działało na jego korzyść. W przypadku kobiety, Heard, aktywował się za to stereotyp „agresywnej, nieobliczalnej i zmyślającej wariatki”. Niezależnie od tego, kto w tym przypadku był bardziej „winny”, o ile w ogóle można tego typu zagmatwane, cyrkularne sytuacje wzajemnej przemocy rozpatrywać w kategoriach „winy”, mogliśmy zaobserwować, jak przemocowy charakter mogą mieć same diagnozy psychiatryczne.

Heard postawiono m.in. „zarzut” osobowości z pogranicza (Borderline Personality Disorder, BPD). Sama ta nazwa ma jeszcze psychoanalityczne korzenie. „Pogranicze” odnosiło się pierwotnie do granicy między „neurozą” (a więc „łagodniejszymi” zaburzeniami) a „psychozą” (a więc czymś znacznie cięższym i poważniejszym, głębszą patologią). Osoby borderline miałyby więc być zbyt zaburzone, aby kwalifikować się do przegródki neuroz, lecz wciąż na tyle osadzone w rzeczywistości, że nie można było ich określić jako „psychotyczne”. W wydanej niedawno książce „Sexy But Psycho: How the Patriarchy Uses Women’s Trauma Against Them” (Seksowna, ale psychiczna: Jak patriarchy wykorzystuje traumę kobiet przeciwko nim) brytyjska psycholożka Jessica Taylor, wpisując się w długą linię feministycznej krytyki psychiatrii (która w Polsce, w dominującym wydaniu, ogranicza się niestety do hasłowo ujętego i rytualnie odsądzanego od czci i wiary Freuda, którego „pokonanie” oznacza właściwie możliwość odtrąbienia sukcesu i zamknięcia sprawy) pokazuje, jak również współcześnie na psychiatrię patrzeć można jak na instytucję, której celem jest regulowanie kobiecości według norm stworzonych przez mężczyzn. Te normy z jednej strony patologizują kobiety za „nieracjonalną” rzekomo nadmierną

emocjonalność, a z drugiej za autoagresywne skierowanie wypartych pod wpływem patriarchy emocji przeciwko sobie. Z jednej strony za „rozwiązłość”, a z drugiej za „oziębłość”. Kulturowo diagnozy tego rodzaju mogą więc pełnić podobną funkcję do określania buntujących się kobiet mianem „czarownic”, a psychiatria pełniłaby rolę podobną inkwizycji.

W ten sposób, jak pokazują również autorki opublikowanym już w 2005 r. w czasopiśmie „Feminism & Psychology” artykule „Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder” reakcja na przemoc staje się objawem choroby. Pozwala to ową reakcję podważyć jako nieracjonalną. Natomiast jej źródło przypisać zreifikowanemu stygmatyzującemu zaburzeniu. A samą przemoc ukryć, choć bowiem znaczna część kobiet zdiagnozowanych jako borderline to ofiary przemocy seksualnej, to fakt ten pominięty jest w kryteriach diagnostycznych, znika więc z pola widzenia. Uzasadniony traumą seksualną lub innym nadużyciem i przemocą brak zaufania wobec męskich figur czy innych postaci w pozycji siły staje się więc wtedy nieracjonalnym objawem choroby. Z tego też powodu część kobiet domaga się zmiany diagnozy borderline np. na Complex PTSD (Złożony Zespół Stresu Pourazowego), bo w tej diagnozie rola traumy jest przynajmniej uwzględniona. Nadal jednak zrozumiwała reakcja na nadużycie jest patologizowana.

Choć BPD wywodzi się z psychoanalizy, to w oficjalnych systemach diagnostycznych znalazło się dopiero w 1980 r. wraz z wprowadzeniem DSM III, które, w odpowiedzi m.in. na antypsychiatryczną krytykę, która doprowadziła też do depatologizacji homoseksualizmu, miało psychiatrii zapewnić nimb prawdziwej „naukowej” „medyczności” i „obiektywności”. Robert Spitzer, który przewodniczył pracom nad DSM III, w opublikowanym niedawno wywiadzie z rozbrajającą szczerością, śmiejąc się, przyznał np. że „osobowość unikająca” to właściwie to samo, co „fobia społeczna”, ale po prostu grupa pracująca nad zaburzeniami osobowości chciała mieć taką własną kategorię i stąd w klasyfikacji pojawiły się dwa bardzo

podobne konstrukty. Gdzie indziej mówił też, że DSM III był wielkim sukcesem, ponieważ „wygląda bardzo naukowo. Jak otworzysz, to wygląda, jakby musieli coś wiedzieć”, co wiele mówi na temat tego, ile ów nimb naukowości ma faktycznie wspólnego z nauką.

Współcześnie w najważniejszych naukowych psychiatrycznych czasopismach na świecie można już spotkać się z określaniem obowiązującej aktualnie wersji DSM mianem ideologii, a stojących na ich straży psychiatrów z American Psychiatric Association określa się mianem sekty. DSM głośno i wyraźnie krytykuje także jeden z twórców Acceptance and Commitment Therapy (ACT), czyli tzw. trzeciej fali CBT (terapii poznawczo-behawioralnej), pracując nad „Gwiazdą śmierci” – programem badawczym nazwanym tak ze względu na jego długotrwałą i monumentalny charakter, ale też zapewne dlatego, że jego celem ma być unicestwienie DSM i stworzenie nowego podejścia do ujmowania ludzkich problemów.

Różnica między „fobią społeczną” a „osobowością unikającą” jest jednak głębsza na poziomie tego, jak te konstrukty są zazwyczaj rozumiane. Zaburzenia osobowości najczęściej przedstawia się jako głębokie patologie, niezwykle trudne do zmiany trwałe wzorce zachowania, ciężko poddające się terapii. Mieć „zaburzoną osobowość” to tak jakby rdzeń czyjejś podmiotowości określić jako nieprawidłowy i patologiczny. Określenie „borderka” funkcjonuje już zaś niemal jak obelga. W Internecie spotkać się można z wieloma stygmatyzującymi opisami przypadków (także publikowanymi przez specjalistów na poczytnych portalach), ludźmi ostrzegającymi się przed „borderami” i sugerującymi, że wszystko jest lepsze od związku z taką osobą, a od „bordera” najlepiej jak najszybciej uciekać gdzie pieprz rośnie.

Diagnozy mogą również wprost decydować o ludzkim życiu i wolności, co w przypadku spraw sądowych, takich jak ta Deppa i Heard, staje się brutalnie widoczne. Widoczne staje się także to, jak subiektywne i nienaukowe są owe diagnozy. Psychiatra,

który diagnozował Deppa na podstawie jego roli w filmach, przyciśnięty konkretnymi pytaniami przez prawnika Deppa wykazującymi absurdalność jego opinii, był wyraźnie zdezorientowany i zszokowany. Pytającym wzrokiem patrzył w stronę sędziego, oczekując, że ten stanie po jego stronie i zwolni go z obowiązku odpowiedzi. Cały „naukowy” i „medyczny” autorytet „eksperta” prysł w jednym momencie, a lekarz nie był przygotowany na to, że ktoś może podważać jego subiektywne opinie prezentowane jako obiektywne fakty. Psychiatrzy bowiem nie są przyzwyczajeni do sytuacji, w której ktoś kwestionuje ich opinie. Szczególnie w szpitalach psychiatrycznych, każda odmienna opinia nazwana może zostać „brakiem wglądu”. Pacjenci szybko uczą się więc, że z psychiatrami nie prowadzi się dyskusji, bo najlepsze co można w ten sposób osiągnąć, to zwiększone dawki leków, pasy lub dłuższe pozbawienie wolności.

Will Hall, psychoterapeuta i doktorant na Maastricht University, autor przetłumaczonego na kilkanaście języków poradnika bezpiecznego odstawiania leków, napisanego częściowo na podstawie własnych doświadczeń jako osoby, u której zdiagnozowano schizofrenię, komentował wystąpienie psychiatry z procesu Deppa: „Czy ktoś jeszcze spotkał tego faceta? A jego lojalnych kolegów? A ich przytakujący personel? Naśladujących go uczniów? Bo ja zdecydowanie tak. Raz za razem”.

Jessica Taylor proponuje więc inne podejście zamiast etykietek, które więcej skrywają niż wyjaśniają oraz wprowadzają podział na „my” (zdrowi, lepsi) i „oni” (chorzy, inni). Te etykiety nawet u personelu potęgują tylko poczucie bezsilności wobec problemu, które ostatecznie prowadzić może do frustracji i mniej lub bardziej otwarcie wyrażanej agresji, a pacjentom odbierać poczucie sprawstwa i podmiotowości oraz prowadzić do identyfikowania się z diagnozą, która staje się czymś w rodzaju „skażonej tożsamości”.

Typowy „opis przypadku”, taki jak: „X była maltretowana i wykorzystywana przez całe dzieciństwo i wczesną dorosłość. Zdiagnozowano u niej zaburzenia przywiązania, zaburzenie

osobowości typu borderline i agorafobię. Trudno wejść z nią w relację, odmawia rozmów z personelem, zaprzecza doświadczeniom wykorzystywania i wykazuje problematyczne zachowania” można byłoby zastąpić następującym: „X była maltretowana i wykorzystywana przez całe dzieciństwo i wczesną dorosłość. Często się boi, zмага się z reakcjami na traumę i czuje się przytłoczona oferowaną przez nas pomocą. Bardzo boi się małych przestrzeni i pokoi. Nie chce rozmawiać o nadużyciach i nie jest jeszcze gotowa do rozmowy. Nie ufa specjalistom i często wycofuje się, gdy ludzie wnikają zbyt głęboko lub sprawiają, że czuje się zagrożona”.

Według Taylor już takie proste przeformułowanie, nazwanie problemów w sposób bliższy temu, co faktycznie przeżywać może skrzywdzona osoba, sprawia, że biorący udział w jej szkoleniach psychiatrzy i psychologowie zaczynają z większą empatią odnosić się do pacjentki, przestają postrzegać ją jako beznadziejny przypadek i kogoś, z kim woleliby unikać kontaktu. Odzyskują też wiarę w to, że można jej jednak pomóc.

Autorstwo: dr Radosław Stupak

Ilustracja: Jills, Pixabay.com (CC0)

Źródło: NowyObywatel.pl