
<http://dx.doi.org/10.17951/kw.2016.18.37>

Zdrowie psychiczne jako zdolność do kompensacji deficytów. Filozoficzny szkic do problemu

Jarosław Barański

Zdrowie psychiczne jest przedmiotem kontroli, przedmiotem refleksyjnego zarządzania stanami psychicznymi przez indywidualium. Celem tych zabiegów jest osiągnięcie trwałego komfortu psychicznego i poczucia szczęścia. Wszelkie więc niepożądane stany psychiczne lub niepowodzenia życiowe, deficyty psychiczne bądź nieszczęście wymagają – dla zachowania dobrego samopoczucia – kompensacji. Ta strategia realizuje się w dwóch obszarach: w wyborach biograficznych (kompensacja biograficzna) oraz w wyborach form terapii (kompensacja medyczna). Zdrową psychicznie jest wtedy ta jednostka, która umiejętnie kompensuje deficyty psychiczne, podejmując starania usunięcia dyskomfortu psychicznego.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, szczęście, kompensacja, antropologia filozoficzna, filozofia medycyny

Od zarania ludzkiej kultury następuje różnicowanie ludzkiego bytu za sprawą samoświadomości człowieka. Pięknie wyraził to Zygmunt Krasiński, gdy wstydomi ciała przypisał ten pierwotny wyraz samoświadomości człowieka: „wstyd, jest pierwszym śladem, cechą, piętnem rozpadnięcia się *Ja* Adamowego na duszę i ciało – pierwszą chwilą rozdziału w sobie samym – walki – antagonizmu, który odtąd przez wieki się ciągnie”¹. To *Ja* rozpadłe na ciało i duszę nadal podlega różnicowaniu: u początku nowożytności różnicuje się dusza na to, co moralne, duchowe i na to, co psychiczne, a następnie to, co psychiczne: na nieświadome i świadome, a wreszcie i na podświadome. Wraz z tym różnicowaniem postępuje ucieleśnienie tego, co duchowe, jako rezultat inwersji ideali-

JAROSŁAW BARAŃSKI, doktor habilitowany, Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu. Adres do korespondencji: ul. Mikulicza-Radeckiego 7, 50–368 Wrocław. E-mail: jaroslaw.baranski@umed.wroc.pl

¹ Z. Krasiński, *Wyjątki z listów*, t.1, Księgarnia Polska, Paryż 1860, s. 130.

stycznych założeń: czynności psychiczne są wtedy pochodną funkcji ośrodkowego układu nerwowego, a *Ja* umiejscowione zostaje w czynnościach psychicznych i nadal różnicuje się przez refleksyjne samoodniesienie do tych właśnie czynności. Ten proces różnicowania się ludzkiego bytu nie jest – metaforycznie ujmując – obieraniem warstw ludzkiej duchowości, aby dotrzeć do jądra tożsamości człowieka, lecz jej kulturowym konstruowaniem.

Samoodniesienie *Ja* otwiera nowy wymiar podmiotowości człowieka: podmiot kwalifikuje określone własne stany psychiczne jako pożądane lub nie, podejmując starania modyfikacji ich występowania w aspekcie treści, trwałości i intensywności; dokonując również wysiłku kształtowania i wzmacniania własnych zdolności psychicznych. Jednostka, stając się dzięki temu samoodnoszeniu kreatorem swojego życia psychicznego, realizuje projekt własnego *Ja*, gdy pożądanym stanom i zdolnościom psychicznym przypisuje moment definiujący własną tożsamość narracyjną. Różni się od tożsamości numeracyjnej, która stanowi o tym, że dana osoba jest tą samą w czasie trwania jej egzystencji² tym, że jest przez jednostkę wytwarzana w biograficznym doświadczeniu i jest odpowiedzią na pytanie: kim jestem, czyli jakie cechy, wartości, akty, stany emocjonalne czy zdolności psychiczne, doświadczenia życiowe czynią z danej osoby tą, którą jest?³

Wytwarzanie tożsamości i zarządzanie poczuciem tożsamości jest rezultatem refleksyjnego wyboru treści pamięci, stanów emocjonalnych, doznań, przeżyć, także zdolności do postrzegania i przeżywania. Bycie sobą to projekt doświadczenia siebie, który jest nieustannym wysiłkiem eliminowania tego, co w sobie jednostka uznaje za obce. Tożsamość to mozaika stanów i zdolności psychicznych, które w danych okolicznościach biograficznych są pożądane i niepożądane: samoodnoszenie się *Ja* jest więc wytwarzaniem obrazów siebie, obrazów własnego *Ja*, które stanowią przesłankę samoidentyfikacji.

Podstawowym narzędziem, którym posługuje się jednostka w budowaniu tożsamości narracyjnej, jest refleksyjność. Ta, pisze Gerhard Schulze, „jest usiłowaniem podmiotu, aby sobą samym zawładnąć. Wyjściowe przeżycia uzyskują trwałe formy dzięki wspomnieniu, opowiadaniu, interpretacji, wartościowaniu”⁴. Refleksyjność zawiaduje treścią, trwałością i intensywnością stanów psychicznych, operuje zdolnościami psychicznymi, aby sprzyjać osiągnięciu tych przeżyć, które są przed jednostką preferowane, czyli są pozytywnie wartościowanym i oczekiwanym sposobem doświadczenia siebie i otoczenia społecznego. Jednostka jest wtedy podmiotem kalkulującym swoje doświadczenia: „staje się

² D. DeGrazia, *Human Identity and Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2005, s. 12.

³ L.L.E. Bolt, *True to oneself? Broad and narrow ideas on authenticity in the enhancement debate*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 2007, nr 28, s. 290.

⁴ G. Schulze, *Die Erlebnisgesellschaft. Kulturosoziologie der Gegenwart*, Campus, Frankfurt/New York 2000, s. 45.

menedżerem swojej własnej subiektywności, manipulatorem swojego wewnętrznego życia”⁵. Dzięki procesowi indywidualizacji, zrywającemu więzy jednostki z tradycją⁶, i pluralizmowi sposobów życia jednostka może, a wręcz musi zapanować nad swoją subiektywnością dzięki chronicznej czujności i refleksji⁷. Ta jest konieczna, ponieważ jest przesłanką wyborów scenariuszy biograficznych, które stają się – za sprawą osłabionej presji społecznej – otwarte i dostępne jako szeroki wachlarz opcji indywidualnej egzystencji: „Im większy ludzie mają wybór, tym w sposób bardziej zróżnicowany mogą komponować swoje życie”⁸. Anthony Giddens w ten oto sposób rozpisuje ów proces: „z uwagi na »otwarty« charakter życia społecznego, zwielokrotnienie kontekstów działania i różnorodność ośrodków »władzy« rośnie znaczenie wyboru stylu życia w konstruowaniu własnej tożsamości i organizowaniu codziennej aktywności”⁹.

Proces indywidualizacji wymusza aktywność jednostki bądź celniej: zmusza ją do dokonywania wyborów form egzystencji, sprzyjając koncentracji uwagi jednostki na jej psychofizycznych stanach, ponieważ dzięki zarządzaniu nimi może ona najefektywniej realizować projekt własnego życia i jednocześnie budować własną tożsamość. Anthony Giddens, wykorzystując koncept egzystencji człowieka według Jeana-Paula Sartre’a, pisze: „Jesteśmy nie tym, czym jesteśmy, ale tym, co z siebie zrobimy”¹⁰. Samowiedza jest punktem odniesienia, będąca rezultatem rozpoznania siebie, czyli własnych potrzeb, pragnień, zdolności, umiejętności. Odwołuje się ona do refleksyjności, która „wyczulona” na wszelkie badania (socjologiczne i psychologiczne) wytwarza stan samozrozumienia, podporządkowany „szerszemu i bardziej fundamentalnemu celowi, jakim jest wytwarzanie i odtwarzanie spójnego i satysfakcjonującego poczucia tożsamości”¹¹. Refleksyjność, wyczulenie, jak i kontrola stanów psychicznych ma sprzyjać temu zadaniu: „Przyszłość mieni się możliwościami, a jednostka nie jest zdana na przypadek. O ile to możliwe, przyszłość powinna być uporządkowana przez te same procesy czynnej kontroli i czynnej interakcji, na których opiera się narracja tożsamościowa”¹². Jest to, w przeciwieństwie do społeczeństwa przednowoczesnego, projekt tożsamości rozpisany opcjonalnością w czasie indywidualnego trwania, będący nieustannym zadaniem zagwarantowania sobie szczęścia.

⁵ Tamże, s. 40.

⁶ U. Beck, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1986.

⁷ A. Gehlen, *W kregu antropologii i psychologii społecznej. Studia*, przeł. K. Krzemieniowa, Czytelnik, Warszawa 2001, s. 295.

⁸ G. Schulze, *Die Erlebnisgesellschaft*, dz. cyt., s. 76.

⁹ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, przeł. A. Szulżycka, PWN, Warszawa 2002, s. 9.

¹⁰ Tamże, s. 105.

¹¹ Tamże.

¹² Tamże, s. 107.

Ten projekt tożsamości i szczęścia, zaznacza Gerhard Schulze, jest obarczony dużym ryzykiem: „Z tym projektem, aby coś przeżyć, stawia sobie człowiek pewne zadanie, które łatwo może się nie powieść, i to tym bardziej, im intensywniej się temu projektowi poświęca i im silniej wiąże z nim sens swojego życia”¹³. Uwolniona od więzi społecznych jednostka tylko w sobie musi odnajdywać oparcie, czyli w taki sposób określać własne scenariusze biograficzne, by wyborami zapewnić zaspokojenie potrzeb i urzeczywistnienie partykularnych celów. Ta strategia przynosi jednostce także rozczarowanie i poczucie bezradności bądź porażki. Niepowodzenia życiowe są doświadczane jako krzywda egzystencjalna, źródło cierpienia, zło, które jednostce się przydarzyło. Im bardziej bowiem jednostka otwiera się na opcje scenariuszy biograficznych, tym większe ponosi ryzyko związane z niepowodzeniem, tym bardziej staje się wrażliwa na porażki, tym również bardziej musi wykazywać się nieustanną czujnością. Również wtedy potrzeba kontroli nad własnymi emocjami, doznaniem, pamięcią, pragnieniami i zdolnościami psychicznymi.

Refleksyjne konstruowanie *Ja* opiera się więc na umiejętności kształtowania i wzmocnienia określonych zdolności psychicznych, aby dzięki temu być w posiadaniu pożądanych lub wymaganych przez siebie lub innych dyspozycji psychicznych. Obszar tych zdolności jest rozległy: dotyczy zdolności poznawczych (np. percepcyjnych, uczenia się, zapamiętywania i myślenia, koncentracji, szybkiego przetwarzania informacji); zdolności emocjonalnych (np. umiejętności motywowania się, dyscyplinowania siebie, adekwatnego emocjonalnego reagowania); zdolności społecznych związanych z budowaniem relacji z innymi. Uzyskanie bowiem lepszej pamięci, łatwości skojarzeniowej, koncentracji uwagi, cierpliwości, radości życia, śmiałości, odwagi, zaangażowania, łatwości uczenia się itp. ma warunkować dokonywanie właściwych wyborów życiowych i stanowić jednocześnie gwarancję zdrowia psychicznego.



Rys. Narzędzia konstruowania tożsamości narracyjnej (oprac. własne)

¹³ G. Schulze, *Die Erlebnissgesellschaft*, dz. cyt., s. 14.

Jakiegokolwiek więc stany psychiczne, choćby smutek, rozczarowanie, rezygnacja, żal, obawa itp., jakiegokolwiek – odczuwane przez jednostkę – deficyty dyspozycji psychicznych, choćby wstydlivość czy nieśmiałość, które uniemożliwiają uzyskanie poczucia szczęścia bądź są przeszkodą dla dokonywania wyborów związanych z pracą, życiem rodzinnym czy towarzyskim lub w obrębie stylu życia, są uznawane przez jednostkę za przyczyny niepowodzenia życiowego, również za przejaw braku zdrowia psychicznego, za chorobę (*illness*), odnajdującą często swoją reprezentację medyczną w zaburzeniach psychicznych (*mental disorders*).

Zdrowie jako rezultat kompensacji

W poszukiwaniu szczęścia wszelkie niepowodzenia, które ujawniają się w postaci niewłaściwych wyborów biograficznych albo które manifestują się jako konsekwencja absencji dyspozycji psychicznych, jednostka musi kompensować. Człowiek – idąc tropem myśli Odoona Marquarda – jest istotą kompensującą swoje niedostatki¹⁴, a jeśli czyni to efektywnie, ma poczucie radości życia, nosi w sobie przeświadczenie o sprawowaniu kontroli nad własnym życiem, dysponuje poczuciem zgodności z samym sobą, jest w posiadaniu również przekonania o swoim zdrowiu psychicznym. Zdrowym psychicznie jest przeto nie ten, który łatwiej się adaptuje do zastanych lub narzuconych przez otoczenie społeczne wymagań, ale ten który umiejętnie kompensuje braki tej adaptacji, zdejmując z siebie odium nieszczęścia, złego samopoczucia, dolegliwości, a nawet choroby. Im bardziej bowiem rosną wymagania społeczne, tym słabsza ma miejsce adaptacja społeczna jednostki, tym również większy zakres nieadekwatnych zachowań i tym gorsze samopoczucie. Nieodparta wtedy staje się potrzeba kompensacji – zadośćuczynienia za doznawanie przykrości, zawodu, poczucia straty czy klęski. Nieakceptowana forma aktywności życiowej, brak wystarczających zdolności i umiejętności, trwale obciążające stany emocjonalne ograniczające albo uniemożliwiające społeczne relacje – są postrzegane jako zło zindywidualizowane do sytuacji egzystencjalnej konkretnej jednostki, jako doświadczony deficyt egzystencjalny, który jest interpretowany jako nieszczęście lub jego źródło, także jako przyczyna poczucia bycia chorym, także zaburzeń psychicznych, które – jak pisze Andrzej Kapusta – „odzwierciedlają cechy ludzkiego świata, obecnych tam potrzeb, pragnień i norm”¹⁵; choroba bowiem „stanowi niekorzystną zmianę w życiu pacjenta i wiąże się z jego chęcią powrotu do

¹⁴ O. Marquard, *Philosophie des Stattendessen. Studien*, Reclam, Stuttgart 2001.

¹⁵ A. Kapusta, *Pojęcie choroby psychicznej w fenomenologicznej perspektywie. Wprowadzenie*, „Studia Metodologiczne” 2013, nr 30, s. 50.

stanu przedchorobowego. Niesie cierpienie, poczucie obcości (*Unheimlichkeit*) i braku zakorzenienia w świecie”¹⁶.

O ile jednak adaptacja społeczna jest procesem uspołecznienia, w którym jednostka biernie uczestniczy, adekwatnie lub nie reagując na oczekiwania społeczne, narzucone role i normy otoczenia społecznego, to proces kompensacji deficytów wynikających z niepowodzeń adaptacji społecznej, rozumianych jako niemożność realizowania partykularnych celów jednostki pomimo spełnienia przez nią oczekiwań społecznych, zakłada jej sprawczość i refleksyjność. Jednostka kalkuluje, w jaki sposób przeformułować cele; jak należy zmodyfikować swoje postawy, zachowania czy działania, wygląd bądź pozycję w społecznych relacjach; jakie powinna wybory podejmować, aby niepowodzenia kompensować doznawaniem przyjemnych przeżyć, doświadczaniem sukcesu, społecznego prestiżu, poczuciem samozadowolenia. Racjonalizuje również osiągnięte rezultaty swoich działań, konsekwencje wyborów, aby przedstawić je sobie jako zamierzone wcześniej cele. Jeśli tym wysiłkom jednostki towarzyszą pożądane stany emocjonalne, ma ona poczucie satysfakcji, a nawet szczęścia. Trwałym punktem odniesienia jest bowiem wyłącznie ona sama – jako źródło, przedmiot i cel wszelkich zabiegów.

Jest to konsekwencja rozpisanego we współczesnej kulturze systemu idei, który nakazuje jednostce poszukiwanie indywidualnego szczęścia i dostarczanie sobie możliwie najintensywniejszych przyjemnych doznań (wręcz na narkotycznym poziomie odurzenia), które wartościują życie jako szczęśliwe, dobre, przyjemne, godne przeżycia i zdrowe. Im silniej eksponowana będzie owa ideologia szczęśliwego życia – opartego na przyjemności, rozkoszy, poczuciu dobrostanu i pełnego zdrowia – jako celu egzystencjalnego człowieka, tym częstsze będą zabiegi podejmowane przez jednostkę, aby kompensować wszelkie niepowodzenia życiowe, ponieważ tym dotkliwiej odczuwać będzie je jako brak, deficyt egzystencjalny i tym boleśniej doświadczać będzie owe absencje jako zło i chorobę.

W takim typie doświadczania własnej egzystencji nie ma miejsca na smutek, żal, żalobę, poczucie utraty sensu, wyrzuty sumienia, frustrację – wszystko to może być zinterpretowane jako objawy choroby (*illness*). A przecież, pisał wiele lat temu Kazimierz Dąbrowski: „Stany depresyjne, lękowe, obsesyjne są często wyrazem przeżyć empatycznych, przeżyć troski o innych. Przeżywanie stanów podniosłych i agonalnych, przeżywanie lęku i głębokiego smutku – na przykład po odejściu osób bliskich, i to przeżywanie w sposób ciężki, trwający lata – świadczy o dużej kulturze wewnętrznej jednostki i o jej zdolności do przyspieszonego rozwoju”¹⁷. Do tych konkluzji zgłosiłby z pewnością swoje zastrzeżenia Francis Fukuyama, choć skierował je ku myślom autora *Nowego*

¹⁶ Tamże, s. 55.

¹⁷ K. Dąbrowski, *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, PWN, Warszawa 1996, s. 8.

wspaniałego świata: „Huxley mówi nam więc, że powinniśmy nadal odczuwać ból, cierpieć z powodu depresji czy samotności lub dawać się degradować chorobie, a wszystko z tego powodu, że ludzie tak żyli przez cały niemal czas istnienia naszego gatunku. Trudno byłoby wygrać wybory z takim programem. Dlaczego zamiast przyjmować ten zestaw cech i twierdzić, że są one podstawą »godności ludzkiej«, nie zaakceptujemy naszego przeznaczenia, polegającego na tym, że sami siebie zmieniamy?”¹⁸. Nie dostrzega jednak autor *Końca człowieka*, że jest to program (o wiele gorszy niż wyborczy) wyrugowania z ludzkiego doświadczenia znaczeń i sensów, które przypisane są ludzkiemu cierpieniu i nieszczęściu, złu i chorobie, na rzecz farmakologicznej symulacji doświadczenia życia, a ostatecznie – i kulturowej pamięci.

Współcześnie zdrowie i szczęście są nie tylko brakiem choroby i nieszczęścia, czy owym pełnym (bodaj utopii) dobrostanem jednostki, ale przede wszystkim umiejętnym sposobem kompensowania przez nią jakichkolwiek egzystencjalnych deficytów po to, aby zapewnić sobie trwałe komfort psychiczny. Dlatego współczesny człowiek to przede wszystkim wiedziony pragnieniem dobrostanu psychofizycznego *homo compensator*, kompensujący wszelkie zło, jakie go dotknęło: absencje zdolności, niepowodzenia, dolegliwości, ból – cokolwiek, co uzna za przyczynę złego samopoczucia. To zło wyradza się bowiem z niedoskonałości, z braku, z błędu, z wady, zawsze jednak... niezawinione – *malum ex quolibet defectu*. Za egzystencjalną potrzebą kompensacji stoi usprawiedliwienie siebie: jako uzasadnienie dla wynagrodzenia, jako przesłanka wyrównania, jako powód zadośćuczynienia. Ta moc katalogu usprawiedliwień, którym współczesny człowiek rozporządza, jest zracjonalizowaną grą z własnym *Ja*, aby uchylić się od kary, napiętnowania, wyrzutów sumienia, wstydu – wreszcie, od etyczności. Jednostka kalkulująco alienuje siebie – uprzedmiotawia swoje niepożądane stany i dyspozycje jako nie-*Ja*. Ono rozpada się na poczucie tożsamości w pożądanym stanach psychicznych i na te, dla których właściwym są owe deficyty będące źródłem dyskomfortu i cierpienia. To nowoczesne zarządzanie tożsamością i projektowanie siebie: *Ja* jawi się jako przedmiot wyborów własnych odczuć, emocji, pamięci i wyobrażeń, zdolności i umiejętności.

Homo compensator

Postęp przestrzeni życiowej człowieka powoduje, twierdzi Marquard w *Apologii przypadkowości*¹⁹, przyśpieszone „starzenie się” doświadczenia. To cecha egzystencji nowoczesnego człowieka: podążając za pragnieniem lepszego

¹⁸ F. Fukuyama, *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, przeł. B. Pietrzyk, Znak, Kraków 2004, s. 19.

¹⁹ O. Marquard, *Apologia przypadkowości*, przeł. K. Krzemieniowa, Oficyna Naukowa, Warszawa 1994.

świata przez siebie stwarzanego, wytwarza deficyty. Tym zasadniczym jest utrata doświadczenia. Dotychczasowe, nabyte doświadczenie, „starzejąc się”, uniemożliwia rozumienie nowych, wytwarzanych przez postęp, sytuacji egzystencjalnych. To, co znane, staje się obce – to oderwanie się od świata własnego życia, w którym doświadczenie nie ma pokrycia w bycie człowieka. Iluzją zatem staje się przeszłe doświadczenie świata, aktualne – obce, a przyszłe, oczekiwane – nieznanne i również oderwane od świata. Postęp, w którym pokłada się wszelkie nadzieje, rozczarowuje, co wzmaga potrzebę kompensacji rozczarowania: najpierw pojawiają się odciażenia (kompensacje), które obojętnieją, aby następnie stać czymś negatywnym, które wymaga odciażenia. To, według Marquarda, najprostsze i trafne określenie nowoczesności, która jest epoką wytwarzania deficytów i ich kompensacji. W tej epoce człowiek określony być może jedynie jako, konstatuje Marquard w *Philosophie des Stattdessen*, jestestwo kompensujące swoje braki i deficyty. Ta wizja człowieka jest, wedle jego myśli, charakterystyczna dla współczesnej antropologii filozoficznej, uwzględniając myśl Arnolda Gehlena (człowiek kompensuje swoje naturalne deficyty) bądź refleksję Helmutha Plessnera (człowiek kompensuje efekty własnej ekscentrycznej pozycji). Można z powodzeniem odszukać wątki kompensacji u Jeana-Paula Sartre'a (człowiek kompensuje projektem brak esencji), jak i w psychoanalizie (Alfred Adler – kompensacja poczucia niższości, Gustaw Jung – kompensacja jako regulator procesów psychicznych).

Przykładem charakterystycznym są kompensacje medyczne, które ujmuje autor *Skepsis und Zustimmung* jako syndrom księżniczki na ziarnku grochu²⁰. Janusowy charakter postępu wyraża się w medycynie tym, że ta zwalczając choroby i cierpienia, również je wytwarza. Niosąc ulgę, pomniejszając cierpienia, pozostawia coraz mniej dolegliwości, które wywołują większe cierpienia. To syndrom księżniczki na ziarnku grochu, która nie mając powodu do cierpienia, cierpiała z powodu ziarnka grochu: „tam, gdzie postęp – również, a zwłaszcza postęp w medycynie – naprawdę przynosi sukces i rzeczywiście likwiduje choroby, rzadko wzbudza zachwyt. Staje się raczej oczywistością, a uwaga koncentruje się całkowicie na dolegliwościach, które pozostają. Działa tutaj prawo wzrastającej natrętności tego, co pozostało. Im więcej rzeczy negatywnych znika ze świata, tym bardziej przykre wydają się te z nich, które pozostają – właśnie dlatego, że rzeczy negatywnych zostaje coraz mniej. Dobra, których ubywa, stają się coraz bardziej cenne; dolegliwości, których ubywa, stają się w sensie negatywnym bardziej cenne: dokuczają coraz silniej, a te, których nie udaje się zwalczyć, stają się wręcz nie do zniesienia (dlatego dziś strach przed zagrożeniami, których nie udało się przezwyciężyć, jest większy niż niegdyś strach przed zagrożeniami). Im mniej źródeł cierpienia pozostaje człowiekowi wskutek

²⁰ Tenże, *Skepsis und Zustimmung. Philosophische Studien*, Reclam, Stuttgart 1994.

postępu, tym dotkliwsze staje się cierpienie nimi wywołane. To właśnie – jak sądzę – jest przypadek księżniczki na ziarnku grochu, która, jako że nie miała już żadnego innego powodu, aby cierpieć, cierpiała z powodu jednego ziarnka grochu. I dlatego może stać się ona alegorią postępowego, współczesnego człowieka; ona, jak i reprezentowany przez nią syndrom, syndrom księżniczki na ziarnku grochu”²¹.

Jeśli więc pojawiają się jakiegokolwiek deficyty – czy to społeczne, czy to zdrowotne – jednostka podejmuje starania, aby je kompensować. Jeśli niemożliwe było osiągnięcie pożądanego stanu psychofizycznego bądź nastąpiła utrata tego stanu, jeśli niemożliwe było uzyskanie określonego pożądanego przez jednostkę dobra bądź nastąpiła jego utrata, sposobem zaradzenia tej sytuacji jest strategia kompensacji. To strategia odciążenia, wynagrodzenia za dolegliwy brak, który jednostka odczuwa jako zło egzystencjalne. Cechą charakterystyczną współczesnej bonizacji zła jest to, że jeśli tylko jednostka odczuje krzywdę egzystencjalną, jest głęboko przekonana, że dzięki temu uzyskała ona uprawnienie do działań odciążających. Jeśli owe kompensacje biorą na siebie instytucje społeczne, wobec nich zgłaszane są roszczenia naprawienia krzywd i wszelkiego zła, które przydarzyło się jednostce.

Dziś ta strategia realizuje się w głównych dwóch obszarach: w wyborach biograficznych (kompensacja biograficzna) oraz w świadczeniach medycznych (kompensacja medyczna). Szczęście bowiem za gwarant ma zdrowie, a zdrowie wypełniło się znaczeniami szczęścia. Ta medykalizacja szczęścia sprzęża obie kompensacje: jeśli kompensacja biograficzna jest niemożliwa lub nieudana, z pomocą przychodzi kompensacja medyczna.

Kompensacja biograficzna

Swoboda wyborów życiowych (rodzina, praca, styl życia, hobby, pasje, światopogląd), owo komponowanie własnej egzystencji jest wyrazem nie tylko ucieczki od niepomyślności i towarzyszącemu jej cierpieniu, zawodowi, rozczarowaniu, niespełnieniu itp., ale nadto próbą kompensowania doświadczanej przez jednostkę krzywdy egzystencjalnej. Jeśli więc jednostka dozna niepowodzenia w jednym scenariuszu biograficznym, to może zrekompensować je przez wybór innego scenariusza. Nieszczęście zmusza do zdefiniowania na nowo warunków początkowych własnych wyborów egzystencjalnych po to, aby nie-szczęście pomniejszyć, zapomnieć, po to, aby sprzyjać – dzięki kompensacjom – doświadczeniu szczęścia. Nowa rodzina, nowa praca, nowe otoczenie społeczne, sąsiedzkie, nowe zainteresowania i zmiana stylu życia itd., jeśli są wynikiem niezgody na niepowodzenia, zło, cierpienie, brak poczucia sensu, tego więc

²¹ Tamże, s. 105–106.

wszystkiego, co związane było z dotychczasową formą egzystencji, to wybór innego scenariusza biograficznego jest, z jednej strony, poszukiwaniem kompensacji, z drugiej zaś – dążeniem do szczęścia. Wystarczy żyć odmiennie niż dotychczas: w odmiennym otoczeniu społecznym, etnicznym, zawodowym, w innej rodzinie, w innych segmentach konsumpcji, dzieląc odmiennie niż dotąd wartości, poglądy czy światopoglądy, wzbogacając się o inną wiedzę i umiejętności, doświadczając innych przeżyć, aby stale poszukiwać możliwości zagwarantowania sobie szczęśliwego życia.

Ta mnogość scenariuszy biograficznych, będących w dyspozycji lub obieranych przez jednostkę, to właśnie – potencjalne lub aktualne – wielożycie, które jest wyrazem zdolności jednostki do refleksyjnego kształtowania własnej biografii i jednocześnie tożsamości, indywidualnej i społecznej²². Jest ono swoistą konsumpcją społecznie oferowanych scenariuszy biograficznych, których realizacja jest momentem konstruowania tożsamości indywiduum. Wielożycie jest bowiem koniecznością, ponieważ jednostka uwolniona od tradycji nie jest biograficznie przez nią zdeterminowana, musi więc dokonywać wyborów egzystencjalnych określających bieg jej życia. W wielożyciu *Ja* aktualne przedstawia się jednostce jednocześnie również jako *nie-Ja*, jako opcje tożsamości w odmiennych jej obrazach. To zwielokrotnienie obrazów *Ja* nie jest wielością jaźni, lecz katalogiem rzeczywistych i możliwych sposobów odczuwania własnej tożsamości w ramach otwartych i zmiennych scenariuszy biograficznych. Jest to bezpośrednia konsekwencja zerwania z tradycją i jej symboliczną liturgią, która umocowywała jednostkę również w gorsecie etycznych nakazów i zakazów, prowadząc ją po znanych koleinach życia.

Paradoksalnie jednak, jeśli jednostka nieefektywnie realizuje projekt wielożycia, to tym łatwiej traci kontrolę nad swoim życiem i tym trudniej jej utrzymać poczucie tożsamości. Trudniejsze jest wtedy również pogodzenie się z negatywnymi doświadczeniami będącymi konsekwencją niepowodzeń kompensacji biograficznej. Wielożycie staje się wtedy moralnym i psychicznym obciążeniem, z którym jednostka nie radzi sobie. Jedynym sposobem radzenia sobie z obciążeniami pozostaje więc terapia, czyli kompensacja medyczna. Celem jej jest odciążenie od doświadczania niepowodzeń i nieszczęścia dzięki modyfikacji stanów i zdolności psychicznych.

Kompensacja medyczna

Kluczowym kryterium zdrowia psychicznego jest dobre samopoczucie, czyli trwała dyspozycja do odczuwania przyjemnych stanów psychicznych. Jakiegokolwiek więc emocje i przeżycia, doznania i wyobrażenia, które naruszają tę

²² J. Barański, *Utopia zmedykalizowana*, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław 2013, s. 129–135.

dyspozycję, wprowadzając stan złego samopoczucia, są traktowane jako niepożądane, jako objaw choroby (*illness*), są medykalizowane do poziomu zaburzeń, które wymagają terapii. Leczenie farmakologiczne jest wówczas postacią kompensacji medycznej niwelującej złe samopoczucie. Być może, jest to jeden z powodów, który przyczynia się do rozbudowania taksonomii zaburzeń psychicznych. Coraz więcej bowiem emocji i zachowań, postaw i dyspozycji psychicznych jest diagnozowanych jako choroba (*disorders*). To proces medykalizacji złego samopoczucia, proces – jak pisze Peter Conrad – „w którym niemedyczne problemy są definiowane jako medyczne, zwykle w terminach chorób (*illnesses*) albo zaburzeń”²³. Uznanie określonych stanów psychicznych, braku pewnych dyspozycji psychicznych, którym towarzyszy dyskomfort, za chorobę (*illness*) albo problem medyczny, który wymaga konsultacji bądź upoważnienia lekarzy do podjęcia leczenia, jest jawnym wyrazem medykalizacji: ta „występuje tutaj jako ta część interakcji lekarz-pacjent, kiedy lekarz definiuje problem jako medyczny (tj. daje medyczną diagnozę) albo leczy »społeczny« problem medyczną postacią leczenia (np. przepisuje środki uspokajające na nieszczęśliwe życie rodziny)”²⁴. Istotą zatem medykalizacji jest zdefiniowanie egzystencjalnego problemu w kategoriach medycznych, aby zainicjować medyczną interwencję²⁵. Kategorią diagnostyczną może być zaburzenie psychiczne, którego objawy w postaci określonych emocji, zachowań i postaw interpretuje się jako przyczynę wystąpienia problemu egzystencjalnego. Dzięki ich modyfikacji poprzez interwencję farmakologiczną możliwe staje się rozwiązanie problemu egzystencjalnego, co jednocześnie ma przywrócić komfort psychiczny.

Te zatem stany psychiczne uznaje się za niepokojące, które, jeśli trwale zagrażają komfortowi psychicznemu, osłabiają albo niszczą zdrowie psychiczne: nadpobudliwość, gniew, brak koncentracji, słaba pamięć, brak zdolności do przyswojenia informacji, lęk, niepokój, bezsenność, głęboki smutek, nieśmiałość, niezdolność decyzyjna, chroniczne zmęczenie i wiele innych. Kompensacja medyczna usuwa niepożądane stany psychiczne (odciąża od nich) i równoważy deficyty psychiczne dzięki zastosowaniu leków podwyższających poziom serotoniny (np. Paxil, Prozac) albo zawierających benzodiazepiny (np. *valium*, *relanium*). Z powodu niejasności etiologicznej wiele zaburzeń psychicznych obarczone jest definicyjną otwartością, sprzyjając medykalizacji obciążających emocjonalnie stanów psychicznych, zachowań, postaw czy absencji psychicznych, przez co ADHD, OCD, PMS, PTSD, GAD, SAD czy CFS wykazują się diagnostyczną ekspansją. Prozac i Paxil podnoszą stężenie serotoniny w mózgu,

²³ P. Conrad, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, nr 18, s. 209.

²⁴ Tamże, s. 211.

²⁵ P. Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007, s. 5.

a jako leki antydepresyjne zalecane są osobom ze stanami lękowymi, z zaburzeniami kompulsywno-obsesyjnymi (OCD), stanami niepokoju (SAD, GAD). Medykalizowane są więc emocje, takie choćby jak smutek i nieśmiałość, a nadto leki te adresowane są do tych, którzy mają problemy szkolne, którym właściwa jest skłonność do irytacji. Celem ich zażycia jest również usprawnienie myślenia, uzyskanie entuzjazmu i pewności siebie, podniesienie poziomu samooceny, poprawa zdolności podejmowania decyzji czy sprzyjanie przyjaznemu nastawieniu wobec innych. To wzmocnienie zdolności psychicznych uzyskuje się dzięki lekom, których przeznaczenie terapeutyczne jest lub było zgoła odmienne: przykładowo, Modafinil, mający poprawić sen, sprzyja koncentracji i podnosi zdolności poznawcze; Donepezil, stosowany u pacjentów z chorobą Alzheimera, poprawia pamięć długotrwałą²⁶.

Nie ulega wątpliwości, że ta postać kompensacji medycznej może ułatwić budowanie i utrzymanie więzi społecznych, taki wpływ na otoczenie społeczne, które sprzyjać będzie realizacji celów egzystencjalnych jednostki dotkniętej określonymi absencjami dyspozycji psychicznych. Jednocześnie ugruntowuje to w jednostce przeświadczenie, że sprawuje kontrolę nad własnym życiem psychicznym. Jednakże kompensacja farmakologiczna jest postacią medycznej kontroli nad procesami psychicznymi jednostki, polegającej nie tylko, jak jest to w kontekście chorób psychicznych i przy zastosowaniu neuroleptyków, na przywracaniu określonej normy czynności psychicznych bądź na przybliżaniu się do niej, ale na ukierunkowaniu tych czynności, aby uzyskać pożądane rezultaty ich przebiegu u ludzi zdrowych. W kontekście konstruowania indywidualnej tożsamości odwołanie się do kompensacji medycznej jest wyrażeniem potrzeby bycia innym, niż dotąd się było, o ile dotychczasowa forma egzystencji i towarzyszących im stanów psychicznych była przez jednostkę doświadczana jako źródło cierpienia, nieszczęścia czy złego samopoczucia.

Zakończenie

Zdrowie psychiczne, rozumiane jako zdolność do kompensacji niepowodzeń, zakłada nieustanną samokontrolę, czujność i refleksyjność nakierowaną na kalkulowanie wyborów biograficznych lub form terapii. Tkwią w tym jednak pewne zagrożenia: wielożycie może prowadzić do rozbicia tożsamości jednostki, a medykalizowane *Ja* przeobraża się w *Ja* obsesyjne, bo obsesyjnie lękające się niepowodzeń życiowych, obsesyjnie zabiegające o utrzymanie dyspozycji psychofizycznych, obsesyjnie dbające o zdrowie (*healthism*). Dzięki strategii kompensacji jednostka staje się nadwrażliwa na jakiegokolwiek odstępstwa, dolegliwości, straty i na jakiegokolwiek niepowodzenia. Ta nadwrażliwość zmusza do

²⁶ L.L.E. Bolt, *True to oneself?*, dz. cyt., s. 286.

działania, ale też przynosi cierpienie, jeśli podjęte działania w kierunku kompensacji okazały się nieefektywne. Nadwrażliwość ta przyczynia się do pojawieniu się trwałego deficytu dobrego samopoczucia i wymaga stałej kompensacji farmakologicznej. Tkwi w tym i to niebezpieczeństwo, że stymulowana farmakologicznie jednostka nie może już i nie potrafi – niesiona imperatywem komfortu psychicznego – doświadczać siebie i innych poza terapią.

Jeśli więc w kompensacji biograficznej jednostka jest konsumentem form własnej egzystencji, wiecznym tułaczem gnany przez pragnienie szczęścia, to w kompensacji medycznej jawi się ona jako wieczny pacjent, który realizuje swoje cele życiowe jedynie dzięki terapii. *Homo compensator* to w istocie rzeczy *homo patiens* – podmiot cierpiący i podmiot leczony.

Bibliografia

- Barański J., *Utopia zmedykalizowana*, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław 2013.
- Beck U., *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt am Main 1986.
- Bolt L.L.E., *True to oneself? Broad and narrow ideas on authenticity in the enhancement debate*, „Theoretical Medicine and Bioethics” 2007, nr 28, DOI: 10.1007/s11017-007-9039-8.
- Conrad P., *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, nr 18, DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233.
- Conrad P., *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2007.
- Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*, PWN, Warszawa 1996.
- DeGrazia D., *Human Identity and Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge 2005.
- Fukuyama F., *Koniec człowieka. Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, przeł. B. Pietrzyk, Znak, Kraków 2004.
- Gehlen A., *W kręgu antropologii i psychologii społecznej. Studia*, przeł. K. Krzemieniowa, Czytelnik, Warszawa 2001.
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość*, przeł. A. Szulżycka, PWN, Warszawa 2002.
- Kapusta A., *Pojęcie choroby psychicznej w fenomenologicznej perspektywie. Wprowadzenie*, „Studia Metodologiczne” 2013, nr 30.
- Krasiński Z., *Wyjątki z listów*, t.1, Księgarnia Polska, Paryż 1860.
- Marquard O., *Apologia przypadkowości*, przeł. K. Krzemieniowa, Oficyna Naukowa, Warszawa 1994.
- Marquard O., *Philosophie des Stattdessen. Studien*, Reclam, Stuttgart 2001.
- Marquard O., *Skepsis und Zustimmung. Philosophische Studien*, Reclam, Stuttgart 1994.
- Schulze G., *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, Campus, Frankfurt/New York 2000.

Summary

Mental Health as Ability to Compensate Deficits. Philosophical Essay on the Problem

Mental health is the subject of control, subject of reflective management of mental conditions by an individual. The goal of these efforts is to achieve lasting psychological comfort and feeling of happiness. Thus, any undesirable mental conditions or misfortunes, psychological deficits or defeats need to be compensated in order to maintain well-being. This strategy is brought to completion in two ways: biographical decisions (biographical compensation) and choices of therapeutic methods (medical compensation). Mentally healthy is an individual, who can manage to compensate psychological deficits, taking up efforts to eliminate psychological discomfort.

Keywords: mental health, happiness, compensation, philosophical anthropology, philosophy of medicine

Summarised by Jarosław Barański

Zusammenfassung

Psychische Gesundheit als Fähigkeit zur Defizitkompensierung. Eine philosophische Skizze zum Problem

Psychische Gesundheit ist ein Gegenstand der Kontrolle sowie einer reflexiven Verwaltung psychischer Zustände durch das Individuum. Das Ziel der Maßnahmen ist es, einen dauerhaften psychischen Komfort und das Glücksgefühl zu erreichen. Alle unerwünschten psychischen Zustände und Misserfolge, psychische Defizite und Unglücksfälle verlangen eine Kompensierung, um eine gute Verfassung zu bewahren. Diese Strategie wird in zwei Bereichen verwirklicht: in biographischen Entscheidungen (biographische Kompensierung) und in der Wahl von Formen der Therapie (medizinische Kompensierung). Ein psychisch gesundes Individuum ist somit eines, das geschickt psychische Defizite kompensiert, indem es sich bemüht, das psychische Unbehagen zu beseitigen.

Schlüsselworte: psychische Gesundheit, Glück, Kompensierung, philosophische Anthropologie, Philosophie der Medizin

Aus dem Polnischen übersetzt von Anna Pastuszka

Information about Author:

JAROSŁAW BARAŃSKI, habilitated doctor, Department of Humanistic Sciences in Medicine, Wrocław Medical University. Address for correspondence: ul. J. Mikulicza-Radeckiego 7, PL 50-368 Wrocław. E-mail: jaroslaw.baranski@umed.wroc.pl

