

prof. dr hab. Dariusz Galasiński
Centrum Interdyscyplinarnych Badań
nad Zdrowiem i Chorobą
Uniwersytet Wrocławski

Recenzja rozprawy doktorskiej
mgr. Radosława Stupaka

„Model biomedyczny w psychopatologii i opozycja wobec niego. Perspektywa
psychologiczna”

Przedmiotem niniejszej recenzji jest rozprawa doktorska Pana mgr. Radosława Stupaka pt. „Model biomedyczny w psychopatologii i opozycja wobec niego. Perspektywa psychologiczna”, która powstała w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego. Promotorem pracy jest dr hab. Bartłomiej Dobroczyński, prof. UJ.

Celem recenzji jest odpowiedź na pytanie, czy rozprawa spełnia wymogi określone w art. 13 ust. 1 Ustawy z dnia 14 marca 2003 roku o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 882), a więc czy przedłożona do oceny rozprawa stanowi oryginalne rozwiązanie problemu naukowego, a przy tym wykazuje ogólną wiedzę teoretyczną kandydata w dyscyplinie oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. W swojej recenzji najpierw odniosę się do podjętej przez doktoranta problematyki, następnie skupię się na ocenie rozprawy.

Przedłożona rozprawa składa się ze zbioru opublikowanych i powiązanych tematycznie artykułów naukowych. Są to następujące publikacje:

1. Stupak, R. (2020). Model biomedyczny w psychopatologii. Krytyczny szkic historyczny, współczesny kontekst i problemy etyczne. *Diametros*, 17(66), 34–51. <https://doi.org/10.33392/diam.1260>;
2. Stupak, R., & Dobroczyński, B. (2019). Projekt Soteria: zwiastun „trzeciej drogi” w psychiatrii? *Psychiatria Polska*, 53(6), 1351–1364. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/91731>;
3. Stupak, R., & Dyga, K. (2018). Postpsychiatry and postmodern psychotherapy: Theoretical and ethical issues in mental health care in a Polish context. *Theory & Psychology*, 28(6), 780–799. <https://doi.org/10.1177/0959354318802973>;
4. Stupak, R., & Dobroczyński, B. (2021). From mental health industry to humane care. Suggestions for an alternative systemic approach to distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6625. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126625>.

Oświadczenia współautorów wskazują, że udział mgr. Stupaka w powstaniu artykułu 2 i 4 wynosi aż ok 90 proc., z kolei w artykuł 3, około 65 proc.

Zbiór artykułów poprzedzony jest wstępem, w którym doktorant dokonuje przeglądu artykułów.

Doktorant pisze, że celem jego pracy jest „próba naszkicowania rozwiązań, które mogłyby stanowić realną alternatywę wobec biomedycznego modelu zaburzeń psychicznych, tak w praktyce stricte klinicznej, jak i badawczej” (autor nie uznał za stosowne ponumerować stron, więc nie jestem w stanie podać numeru strony z powyższym, jak i z następnymi cytatami).

I tak, w pierwszym artykule mgr Stupak zajmuje się historią modelu biomedycznego oraz jego wadami, w tym nadmierną medykacją czy ‘farmaceutyzacją’. W tekście drugim, autorzy zajmują się jednym z alternatywnych modeli w terapii schizofrenii (projekt badawczy Soteria). Trzeci artykuł zajmuje się postpsychiatrią i psychoterapią postmodernistyczną. Wreszcie artykuł czwarty, dodając do rozważań nową propozycję opisującą trudności psychiczne, Power Threat Meaning framework, proponuje alternatywę dla dominującego modelu biomedycznego.

Muszę przyznać, że podstawowy cel doktoratu mgr. Stupaka, jest tyleż ambitny, co zaskakujący. Gdyby mógł być zrealizowany, praca mgr. Stupaka została by jedną z najbardziej znanych i cytowanych rozpraw doktorskich w psychologii klinicznej i psychiatrii. To bowiem cel, który, moim zdaniem, dalece wykracza poza ramy, które mogłaby wyznaczyć rozprawa doktorska. Tym bardziej, że autor mówi o ‘realnej alternatywie’, a zatem takiej, tak to odczytuję, która jest gotowa do zastosowania w praktyce klinicznej i w badaniach.

Niestety, nie mam wątpliwości, że tak zarysowany cel pracy musiał oznaczać porażkę. I rzeczywiście, tak się stało. Doktorat mgr. Stupaka nie proponuje niczego, co można by uznać za alternatywę dla obecnego modelu uprawiania psychiatrii (wróć za chwilę do kwestii biomedyczności tego modelu), nie wspominając już w ogóle o realności takiej alternatywy.

Żeby w ogóle można było mówić o takiej alternatywie, mgr Stupak musiałby zająć się np. problemami ekonomii (służby) zdrowia. Powtarzane postulaty zwiększenia udziału interwencji/terapii psychologicznych (choćby w ramach modelu Open Dialogue), nie mogą nie uwzględniać kwestii ich finansowania, a są one przecież znacznie droższe od farmakoterapii. Powszechne ich wprowadzenie jako zamiennik farmakoterapii jest najprawdopodobniej niemożliwe w budżecie jakiegokolwiek państwa. Doktorant wydaje się nie zdawać sobie sprawy z tego, że koszt jego propozycji (bez względu na to, czy są sensowne czy nie) byłby ogromny.

Podobnie jest z postulatami co do diagnozy nozologicznej. Diagnoza taka nie jest tylko wykorzystywana w praktyce klinicznej czy badaniach, jak sugeruje doktorant. Oparty jest na niej cały system świadczeń społecznych. Zniesienie psychiatrycznej diagnozy nozologicznej (bez względu na to, czy sama idea ma sens czy nie) oznacza zniesienie np. zwolnień lekarskich czy rent w ochronie zdrowia psychicznego. W pracy mgr. Stupaka nie znajdujemy nawet próby zakreślenia alternatyw dla obecnego systemu świadczeń, nie mówiąc już, ponownie, o kosztach zmian. A przecież to koszty od wypracowania działającego systemu, przez systemy informatyczne, aż do powszechnych szkoleń lekarzy, psychologów, komisji orzekających czy wreszcie urzędników. Koszty takich zmian byłyby monumentalne, praktycznie niewyobrażalne. Gdy do tego dołączymy logistykę takich zmian, trudno sobie w ogóle wyobrazić realność propozycji Doktoranta.

Warto sobie uzmysłowić, że tylko z tytułu diagnozy schizofrenii (F20), renty socjalne w Polsce pobierało ponad 30 tysięcy osób (dane za 2012 r), a ich koszt przewyższał 220 milionów złotych. To są dalece nietrywialne liczby i jakakolwiek 'realna alternatywa' musi je brać pod uwagę.

Rozprawa mgr. Stupaka nie ma zatem nic wspólnego z alternatywą wobec modelu uprawiania psychiatrii czy medycyny. To w najlepszym wypadku zbiór abstrakcyjnych idei, które można by określić co najwyżej ćwiczeniem intelektualnym. Jednak podejmowany temat oceniam pozytywnie. Wydaje mi się, że w polskiej literaturze psychologicznej brak poważnej refleksji zarówno nad psychiatrią i jej praktykami czy założeniami, jak i nad ewentualnym drogami alternatywnymi. Dobrze więc, że rozprawa Pana Stupaka powstała.

Niestety, może ona służyć głównie za dowód tego, jak trudno jest dokonać takiej refleksji. Praca ta ma bowiem więcej mankamentów niż zalet. Mankamenty te można by streścić za pomocą kilku kategorii. Po pierwsze, przedstawiona argumentacja oparta jest na znacznych uproszczeniach, po drugie, jest wyraźnie tendencyjna, po trzecie jest akontekstowa i aempiryczna. Poniżej postaram się dać uargumentować te tezy.

Jednym z kluczowych problemów, jakie widzę w pracy mgr. Stupaka, jest brak refleksji nad źródłami wiedzy, a w konsekwencji danych do analizy. Skąd doktorant czerpie wiedzę na temat dominujących praktyk w psychiatrii, skąd czerpie wiedzę na temat modelu biomedycznego, który poddaje krytyce? W artykule pierwszym, autor bez zatrzymania się po prostu cytuje kilka osób i oświadcza, że odkrył model biomedyczny. Po chwili sprawnie przechodzi do systemów klasyfikacyjnych i diagnostycznych (DSM i ICD) wskazując, że diagnoz jest coraz więcej.

Jednak warto zauważyć, że zarówno DSM jak ICD w rzeczywistości nie wypowiedają się na temat etiologii chorób psychicznych. Ba, w indeksie do DSM V nie ma głównego hasła odnoszącego się do biologii, ale są takie, które odnoszą się do psychologii czy kultury. Skąd zatem wiemy o dominowaniu modelu biomedycznego, jaka jest jego relacja do modelu medycznego, na dodatek co z modelem biopsychospołecznym, który dzisiaj często podawany jest jako dominujący w psychiatrii (co autor w jednym z tekstów sam przyznaje)?

Warto też dodać, że pierwsze dwa wydania DSM miały podłoże psychodynamiczne (taka zresztą była wtedy psychiatria!), a nie biologiczne, od 3. wydania DSM nie zawiera opinii na temat etiologii chorób psychicznych. Jeśli do tego dodamy prace Karla Jaspersa, jednego z filarów 20-wiecznej psychiatrii, którego trudno uznać za przedstawiciela psychiatrii biologicznej, problem źródeł wiedzy na temat biologiczności psychiatrii jest wręcz kluczowy.

Muszę przyznać, że z dużym rozczarowaniem czytałem tezy o 'faktycznej dominacji' modelu biomedycznego, które są poparte jednym (sic!) artykułem badawczym! Przeglądane w artykule badania zresztą w żadnej mierze nie mogą być traktowane jak reprezentatywne dla całej psychiatrii. Co więcej, artykuł ten w rzeczywistości mówi o psychiatrii badawczej, a nie o praktykach klinicznych. Doktorant milcząco zakłada, że praktyki badawcze przekładają się na praktyki kliniczne. W rzeczywistości takie założenie jest niezwykle problematyczne, mgr Stupak niestety zdaje się problemu nie zauważać.

Mówiąc inaczej, daleko idącym uproszczeniem jest założenie o homogeniczności psychiatrii, zarówno w praktyce diagnostycznej, jak i badawczej. Warto też pamiętać, że autor cytuje

wielu psychiatrów (Moncrieff, Healy, Frances) na poparcie swych krytycznych tez wobec psychiatrii. Niestety, zabrakło tych niuansów w tekście autora.

Niuansów zabrakło również gdzie indziej. Czytając pracę mgr. Stupaka można by pomyśleć, że psychiatria światowa to przede wszystkim kilku, może kilkunastu, brytyjskich psychiatrów krytycznych oraz kilku Amerykanów z Allenem Francesem na czele oraz jeden Fin (Seikkula). Warto być może zaznaczyć, że istnieje psychiatria poza dwoma krajami anglosaskimi oraz krajem zamieszkania Doktoranta. Nie zdziwi nikogo, że psychiatrzy są i piszą we Francji, Belgii czy Holandii. Psychiatria jest również na przykład w Chinach i w Japonii. W tej ostatniej w 2013 roku dokonano niezwykle ciekawego eksperymentu przemianowywania nazwy chorób, o którym Doktorant nie wspomina. Psychiatria jest również na całym kontynencie afrykańskim.

Nawiasem mówiąc, problemy, o których pisze mgr Stupak, błędną na tle problemów afrykańskich. Np. w Kenii braki lekarzy są tak duże, że 'psychiatrii' zaczęto uczyć lokalnych szamanów. Bowiem w całej Kenii jest ok. 100 psychiatrów i ok. 1000 łóżek – 1/200.000 mieszkańców), a poza Nairobi jest jeden psychiatra na 3-5 milionów ludzi. W RPA z kolei skomplikowana sytuacja językowa w kraju wymusza sieć tłumaczy w szpitalach, którymi często są ochroniarze. Problemy, o których pisze Doktorant, nawet nie mogą powstać w takich kontekstach.

Innymi słowy, doktorat mgr. Stupaka wcale nie jest o psychiatrii/psychopatologii i jej problemach, ale o psychiatrii w wysoko rozwiniętych krajach politycznego Zachodu. Niestety, o tym też doktorant milczy.

Uproszczenia czyniące z psychiatrii monolit powodują, że autor nie zadaje sobie pytania o to, czy model (bio-)medyczny psychiatrii może być użyteczny. Dzisiaj wiemy, że lekarstwa z grupy SSRI lepiej działają na pacjentów z diagnozą zaburzeń depresyjnych o silniejszym natężeniu, a i diagnozy są rzetelniejsze. Postulat doktoranta (s.45), że nie można ignorować społeczności depresji trudno traktować poważnie bez odniesienia się do poważnych badań, które by wskazywały, że psychiatria (w jakimkolwiek metonimicznym sensie tego słowa) ignoruje kontekst społeczny depresji.

Co więcej, gdy autor we wstępie pisze o 'nadmiernej medykalizacji', to natychmiast powstaje pytanie o kryteria owej nadmierności. Ile w takim razie byłoby dobrze? Kto miałby o tym decydować? Autor zapomina też, że w odpowiedzi na badania Epidemic Catchment Area i National Comorbidity Surveys pod koniec lat 1970. wprowadzono pojęcie 'clinical significance'. Okazało się po prostu, że trzeba ograniczyć liczbę 'chorych', bo uzyskane wyniki były nie do zaakceptowania politycznie, ekonomicznie, społecznie.

Tej społecznej refleksji zresztą szczególnie brak w rozważaniach autora. Szczególnie psychiatria nie funkcjonuje w oderwaniu od społeczeństwa i jego potrzeb. Świetnie ilustruje to np. historia anoreksji, która powstała w połowie XIX wieku jako jeden z mechanizmów patriarchalnej opresji wobec kobiet. Historia ADHD czy PMT, a także nieudane próby wprowadzenia nowych zaburzeń do DSM V, również pokazują, jak skomplikowana jest relacja między psychiatrią/psychopatologią a społeczeństwem.

Do tego należy dodać tendencyjność cytowań w doktoracie mgr. Stupaka. Bentall, Read, Moncrieff, Pilgrim, Kinderman to wszystko nie tylko znani krytycy psychiatrii, ale osoby z tego samego środowiska brytyjskiej psychologii i psychiatrii krytycznej. Z drugiej strony,

Pan Stupak nie cytuje kluczowej książki dla swojego doktoratu. W 2019 roku została opublikowana książka Ahmeda Hudy, *The Medical Model in Mental Health* (OUP). Doktorant ją ignoruje, choć jest kluczowa w rozumieniu modelu medycznego w psychiatrii i w przeciwieństwie do Doktoranta traktuje go jako pozytywny wkład w psychiatrię. Nawiasem mówiąc, opis modelu medycznego, który proponuje Huda, daleko odbiega od tego, co proponuje Stupak.

Wreszcie ostatnim uproszczeniem szczególnie w tekście pierwszym (i we wprowadzeniu do niego) jest widzenie psychiatrii w oderwaniu od pozostałej medycyny. Można się zachłysnąć niską rzetelnością czy trafnością diagnoz psychiatrycznych, jednak nie można ich nie widzieć w kontekście innych działów medycyny. I co ciekawe, psychiatria wcale nie wypada najgorzej, podobnie jest z farmakoterapią. Mgr Stupak pisze, że nie odkryto 'przekonujących biologicznych wyjaśnień' (autor nie zatrzymuje się, by rozważyć, kogo należy przekonać i jakie kryteria przyjąć), jednak to też nie dotyczy jedynie psychiatrii.

Nawiasem mówiąc, najpierw należałoby ustalić, co to znaczy, że choroba psychiczna jest (lub nie jest) biologiczna. Biorąc pod uwagę, że człowiek jest organizmem biologicznym, takie tezy nie są oczywiste. A mgr Stupak pisze tak, jakby mózg człowieka był jakimś dalekim kontekstem w opisie człowieka.

Co więcej, „biologicznych wyjaśnień” nie ma w ogóle wobec CFS (chronic fatigue syndrome), które po usunięciu z ICD-10 wraca właśnie do ICD-11. Medycyna nadal nie wie, co to za choroba, jednak uznaje, że to choroba i wpisuje ją do działu neurologii, a brytyjski NICE właśnie opublikował wskazówki kliniczne, jak ją leczyć. Mechanizm biologiczny w nadciśnieniu tętniczym pierwotnym (ICD10: I10) również nie jest do końca rozpoznany, jednak trudno sobie wyobrazić doktorat, który podważa diagnozę I10, bo medycyna nie zna dokładnego „mechanizmu biologicznego”. Co więcej, brak tej wiedzy nie przeszkadza zapewne dziesiątkom milionów ludzi na świecie zażywać tabletki na nadciśnienie. Co ciekawe, podobnie jak leki psychiatryczne, leki takie jak inhibitory ACE, nie tyle leczą nadciśnienie, co kontrolują jego objawy. Mówiąc ogólniej, teoria terapii/ulżenia w chorobie wcale nie musi odzwierciedlać teorii przyczyny choroby. Podobnie jak wyciągnięcie korka z przelewającej się wanny spowoduje zakończenie przelewania się i rozwiąże problem zalania sąsiadów, jednak nie mówi nam nic o tym, jak doszło do przelania się wanny.

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuł o Soterii. Historyczna refleksja mgr. Stupaka jest najmocniejszą stroną prezentowanej rozprawy. Szkoda jednak, że artykuł kończy się daleko idącymi refleksjami bez podstaw empirycznych. Np. na stronie 1360 czytamy:

„Biologiczne ujęcia zaburzeń psychicznych mogą być odbierane jako całkowicie pozbawiające chorych poczucia sprawstwa, podmiotowości i odpowiedzialności.”

Tak ogólne zdanie bez argumentacji czy badań jest wyjątkowo nieużyteczne i mam wrażenie, że to argument typu 'straw man'. To znów uproszczenie wskazujące, że psychiatria widzi choroby psychiczne tylko jako biologię i argumentowanie przeciwko tej fałszywej tezie. Od niechcenia dorzucony odnośnik do Frankla wątpliwie podpierający słowa autorów jedynie wskazuje, jak problematyczne jest takie stwierdzenie.

A przecież można by zacytować wiele badań, nie mówiąc o wypowiedziach pacjentów na przeróżnych forach publicznych, blogach, mediach społecznościowych, które wręcz entuzjastycznie podają, jak kluczowe są działania biologiczne, a zatem farmakoterapia.

Można też zacytować podobny materiał wskazujący na perspektywę przeciwną, dokładając trwającą od jakiegoś czasu dyskusję na temat 'uzależnialności' np. środków antydepresyjnych i trudności z ich odstawieniem. Istnieje też obszerna literatura na temat terapeutyczności diagnozy, w tym diagnozy psychiatrycznej.

Nawiasem mówiąc, niesławny tekst Anne Cooke i Petera Kindermana o języku w zdrowiu psychicznym, który w pierwszej wersji podważał użyteczność diagnozy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, spotkał się z wręcz agresywnym odporem grup pacjentów z diagnozą F42. Rozprawa mgr. Stupaka nie tylko ignoruje takie głosy, ale zdaje się podważać pozytywne doświadczenia i diagnozy, i farmakoterapii. Na dodatek, wybrzmiewające w tekście Stupaka i Dobroczyńskiego laingowskie nuty o głębokim sensie doświadczeń psychotycznych tylko potęgują wrażenie jednostronności twierdzeń doktoranta i uproszczeń, których dokonuje.

I na koniec, przeprowadzenie krytyki diagnozy schizofrenii jedynie ze stanowiska, nazwijmy go, neo-antypsychiatrycznego (Bentall) jest nieużyteczne. Diagnozę schizofrenii krytykuje się również w ramach psychiatrii głównego nurtu. A twierdzenie autorów, że schizofrenia jest kategorią niezwykle heterogeniczną nie jest ani nowe, ani odkrywczе i wyjątkowo rozczarowujące jest to, że w artykule nie ma żadnej literatury na ten temat. Rzeczywisty problem jednak nie leży w tym, że F20 to kategoria trudna i heterogeniczna, ale w tym, czym tę kategorię zastąpić. Szkoda, że doktorant tego zagadnienia nie podnosi, tak jakby ono nie istniało. A to właśnie ono, by podkreślić, jest istotą krytyki diagnozy schizofrenii.

Główną zaletą trzeciego tekstu jest omówienie postpsychiatrii i jej historycznego i instytucjonalnego kontekstu. Szczególnie ciekawe jest przedstawienie w tym kontekście polskich psychiatrów. Podobnie jak w artykule nr 2, niejako wbrew założeniom rozprawy, mgr. Stupakowi udaje się pokazać społeczność psychiatrii, nie jako zbioru oczywistych reguł czy przepisów, ale jako zbiór przeżywanych praktyk, które podlegają kontestacji i oporowi.

Niestety, ponownie z tekstu wyciera jednostronność przekazu. Tak, farmakoterapia psychiatryczna obarczona jest wieloma problemami, znanymi chociażby z ciekawego przeglądu Joanny Moncrieff, w którym pokazuje ona ciekawą drogę, która przeszły neuroleptyki od statusu środków uspokajających do statusu środków antypsychotycznych. Ciekawa dyskusja w artykule jest jednak znów tendencyjna.

Czy zadawane pytanie o ostateczną decyzję pacjenta dotyczy wszystkich pacjentów? Również tych w kryzysie psychotycznym? Również tych w bezpośrednim zagrożeniu samobójczym? A co z pacjentami, którzy uważają, że leki psychiatryczne uratowały im życie. Tych wszystkich debat nie ma w tekście mgr. Stupaka, co jest, po raz kolejny to zaznaczam, tyle tendencyjne co nieużyteczne, a artykuł jest niebezpiecznie bliski temu, co obecnie określa się jako „pillshaming”.

Podobnie jest z dyskusją na temat przemocy w psychiatrii. Mam wrażenie, że powierzchowność dyskusji w artykule uniemożliwia poważne odniesienie się do niego. Istnieje literatura na temat korzystania ze środków przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, która nieobecna jest w artykule. Artykuł nie zawiera nic poza sprawozdaniem z umocowań prawnych, które interpretowane są jako zagrożenie. Szczególnie tu, muszę przyznać, zamiast zdania autora chciałbym poznać choć jakieś dane na temat stosowania przymusu w szpitalach. A epatowanie jednym przykładem uważam za przeciwużyteczne. Mamy tu do czynienia z narracją typu: patrzcie, co ta psychiatria wyprawia. Tego typu rozważania nie powinny mieć miejsca w poważnej rozprawie.

Co ciekawe, konkluzje do artykułu wskazują, jak problematyczne są założenia rozprawy. Rozprawa zakłada bowiem, że psychiatrią rządzi pewien model, nie wskazuje jednak, na ile ten model przekłada się na praktyki lekarskie. W konkluzjach do artykułu 3, czytamy dokładnie ten argument, tyle że odwrócony. Tym razem jednak psychiatrią rządzi model biopsychospołeczny (są jeszcze inne modele w rozprawie), ale praktyki tak naprawdę są 'bio bio bio'. Odniesienie jest znów do tego samego artykułu Bentalla i innych, w którym autorzy w ogóle się nie wypowiadają na temat praktyk psychiatrycznych.

Nie rozumiem, dlaczego Doktorant przyjmuje tezę, że w psychiatrii dominuje model biomedyczny i ignoruje argumenty przeciw, jednak odrzuca właściwie bez argumentacji tezę, że psychiatria to model biopsychospołeczny, bo 'tak naprawdę' jest inaczej. Odnoszę wrażenie, że Doktorantowi bardziej zależy na dowodzeniu założenia, jakie przyjął, a nie na rzetelnej krytyce.

Autor kończy postulatami o korzystaniu m.in. modelu Otwartego Dialogu czy terapii kognitywno-behawioralnej, nie zwracając, czy takie postulaty w ogóle da się zastosować w praktyce. Pomijam tu to, że jedną z podstawowych krytyk modelu OD jest jego ubogie umocowanie empiryczne. I tak naprawdę niewiele jeszcze wiadomo o tym, czy działa, kiedy działa, jak działa. Wróć do tego poniżej.

I wreszcie uwaga formalno-merytoryczna. Tłumaczenie słowa 'non-compliant' jako 'nieposłuszny' jest tendencyjne. 'Non-compliant' to 'niestosujący się' – np. do zaleceń czy przepisów.

Celem artykułu 4. cyklu jest zaprezentowanie propozycji zmiany paradygmatu i sugestii „dotyczących reform w praktyce badawczej i terapeutycznej, które prowadzić mogłyby do istotnych przekształceń w ich obrębie”. Jak już napisałem we wstępie, to niezwykle ambitny cel, który zresztą nie został zrealizowany, bo nie mógł zostać zrealizowany, a moim zdaniem zresztą nigdy nie powinien być celem rozprawy doktorskiej.

W artykule skupiają się wszystkie wady rozprawy, o których pisałem wcześniej – uproszenia, tendencyjność, czy wreszcie traktowanie psychiatrii jako pozakontekstowego monolitu.

Mgr Stupak powtarza tezę o biomedyczności modelu psychiatrii, cytując tych samych Bentalla i Reada i muszę powiedzieć, że czytając tę samą tezę kolejny raz, kolejny raz miałem poczucie, że autor nawet nie usiłuje zejść poniżej poziomu powierzchownych deklaracji.

Jak poprzednio, autor zaczyna od leków psychiatrycznych i znów ogólnikami maluje obraz, który jest akontekstowy. Tym razem jednak widzimy dane o wzroście przepisywanych leków. Znów nie ma żadnych danych na temat skuteczności leków, nie ma nic na temat doświadczenia pacjentów – a przecież autor deklaruje pisanie o podejściu do cierpienia. Wydawałoby się, że powinien zadać sobie pytanie o to, jak pacjenci biorący leki postrzegają je.

Wreszcie akontekstowość dyskusji i jej ogólnikowość czynią argumenty mgr. Stupaka raczej bezużytecznymi. Doktorant nie zadaje sobie pytania o to, czy jego argumenty stosują się do wszystkich kontekstów terapeutycznych, instytucjonalnych, kulturowych, czy wreszcie medycznych.

Ja z kolei zwróciłbym uwagę na opis psychiatrii w Kambodży, autorstwa dziennikarza, Wojciecha Tochmana. Psychiatria w Kambodży, gdzie psychiatrów praktycznie nie ma (0.16 psychiatry na 100 tysięcy osób), to więzienie. Pacjentów trzyma się w klatkach, często przykutych. Ironicznie, robi się to również dla bezpieczeństwa pacjentów, których powrót do społeczności lokalnej wiązałby się z gwałtami, a również śmiercią.

Leki antypsychotyczne (tzn. neuroleptyki) byłyby wręcz darem od niebios, bo to one mogłyby wypuścić ‘pacjentów’ z klatek, bo mogłyby pozwolić im na jakieś funkcjonowanie w społeczności. A problemy, o których pisze mgr Stupak, są tak oderwane od rzeczywistości w takim kontekście, że trudno o nich nawet poważnie dyskutować.

Drugi problem to niezwykle radykalne twierdzenie, że zaburzenia psychiczne są przede wszystkim wynikiem okoliczności życiowych. To podejście obecnie związane szczególnie z modelem Power Threat Meaning, które proponuje pytanie „Co ci się stało” jako podstawę praktyki klinicznej.

Nie znajdziemy jednak w doktoracie Pana Stupaka choćby próby zaoferowania podstawy empirycznej dla jego tezy. Ba, trudno nawet znaleźć sensowną argumentację. Argumentacja, którą proponuje Doktorant to: zawiodły próby ustalenia biologicznej etiologii chorób, to znaczy, że ich nie ma i są to okoliczności życia. Muszę przyznać, że po przeczytaniu wiele razy, że jednym z głównych problemów psychiatrii jest brak dowodów na to, że choroba psychiczna jest biologiczna, propozycja, na którą również nie ma żadnych dowodów, tylko zaskakuje.

Jeszcze bardziej zaskakuje, że w całej rozprawie nie ma nawet próby odniesienia się do potężnej literatury badającej biologiczne mechanizmy chorób psychicznych. Nie da się rzetelnie odrzucić biologiczności chorób psychicznych na podstawie opinii, czy to własnej czy kilku innych osób. Doktorant nawet nie próbuje odnieść się chociażby do bardzo ciekawych badań Belindy Lennox czy Carmine Pariante, które być może są jeszcze daleko od stwierdzenia, że, powiedzmy, psychoza czy depresja, są biologiczne, nie są to jednak badania, które można odrzucić na podstawie opinii mgr. Stupaka i kilku osób, które cytuje. Chociaż autor poświęca rozprawę modelowi biomedycznemu i biologiczności psychiatrii, w całej rozprawie nie cytuje w ogóle badań na ten temat.

Chcę podkreślić, nie polemizuję tu z tezą, że nie poznano biologii chorób psychicznych, ja protestuję przeciwko stawianiu takiej tezy bez rzetelnego oglądu stanu wiedzy. A w rozprawie mgr. Stupaka takiego oglądu nie ma. Warto też zauważyć, że z tego, że nie znamy mechanizmów w ogóle nie wynika, że ich nie ma czy że ich nie poznamy, a takie założenie zdaje się czynić Doktorant.

Warto dodać, że w swych rozważaniach Doktorant ignoruje też, że są zaburzenia psychiczne (w tym psychozy), które spowodowane są stosowaniem używek, lekarstw czy innych substancji (przychodzi na myśl osławiony lek antymalaryczny, meflochina) – ICD-10, F10-F19. Oczywiście, daleko tu do stwierdzenia o biologiczności psychozy, jednak równie trudno zredukować tu psychozę to okoliczności życiowych polegających np. na zażywaniu leku Lariam (meflochina).

Kolejna zaskakująca propozycja to widzenie leków jako umożliwiających psychoterapie, jak się po chwili dowiadujemy, grupową i indywidualną, i muszę powiedzieć, że łatwość, z jaką mgr Stupak dokonuje swych propozycji jest zaskakujący.

Po pierwsze, czytamy o psychoterapii, a w doktoracie psychologicznym oczekiwałbym od Doktoranta chociaż słowa na temat paradygmatu psychoterapeutycznego, o jakim pisze. Znow nie ma żadnych danych na temat efektywności psychoterapii, a przecież nie możemy tu mówić o efektywności w ogóle, ale o efektywności wobec konkretnych zaburzeń, o konkretnym natężeniu, w konkretnych populacjach. Opinie Doktoranta podawane są wręcz z nonszalancyjną nieobecnością dowodów na skuteczność psychoterapii, szczególnie w porównaniu ze skutecznością leków.

Pisząc o PTMFramework czy o Open Dialogue, autor nie zatrzymuje się na refleksję, że o pierwszym modelu nie wiemy nic. Nie ma praktycznie żadnych badań na temat PTMF; nie wiemy nawet, jak się zachowuje w praktyce klinicznej, nie mówiąc o tym, jaka jest skuteczność takiego podejścia. Doktorant ignoruje też, że powstało już przynajmniej kilka poważnych tekstów z krytyką modelu (wskazujących zresztą na zaskakujące podobieństwo do obecnego paradygmatu nozologicznego opartego na symptomach/kryteriach diagnostycznych). Nie wspomina również o tym, że częste zarzuty wobec Open Dialogue skupiają się na tym, że badania, które przedstawia, są anegdotyczne.

Mgr Stupak również nie pisze nic o tym, że dzisiejsza medycyna jest oparta na dowodach (evidence-based), i choć takie podejście ma wiele wad, a obecna pandemia pokazała nowe (vide prace Trishy Greenhalgh), to jednak trudno zmieniać psychiatrię z powodu jasno wyrobionego zdania mgr. Stupaka. Nawet pomimo tego, że to zdanie jest wsparte opiniami kilkanaściorga Brytyjczyków i Amerykanów. Część cytowanych osób na dodatek czerpie zyski z organizowania spotkań w ramach inicjatywy „Drop the disorder” i ich tezy o nieużyteczności diagnozy nozologicznej obarczone są oczywistym konfliktem interesów.

Cytowanie krytyki głównie tych autorów, prawie wyłącznie z jednego i to stosunkowo małego środowiska brytyjskiej psychologii i psychiatrii krytycznej, budzi poważne zastrzeżenia. W tym aspekcie praca jest wyjątkowo tendencyjna.

Do tego, jak wskazywałem wcześniej, mgr Stupak nawet nie wspomina o kosztach, o ubezpieczeniach społecznych, o świadczeniach krótko- i długoterminowych, o wymiarze instytucjonalnym, politycznym, społecznym. Nie mówiąc wreszcie o tym, skąd wziąć tych wszystkich psychoterapeutów i czy to oni będą przyznawać renty i na jakiej podstawie.

Tego typu uwagi dotyczą również postulatów wobec diagnozy psychiatrycznej. Ponownie słyszymy tylko o jej wadach, ale nie słyszymy o zaletach i chociażby o pracach Annemarie Jutel, która mówi o diagnozie jako o wspólnie ustalonej narracji. Autor nie zatrzymuje się również, by zwrócić uwagę na powszechnie w Polsce praktykowaną tzw. diagnozę psychologiczną (w dużym stopniu odpowiednik brytyjskiego ‘formulation’).

Na koniec mam kilka uwag formalnych. Rozprawa p. mgr. Stupaka jest pierwszym doktoratem bez spisu treści, jaki miałem w ręce. Jest też pierwszym doktoratem, w którym strony są nieponumerowane. To zapewne moje wykształcenie polonistyczne spowodowało znaczną niechęć wobec okropieństwa językowego w postaci przymiotnika ‘longitudinalny’. W języku polskim występują raczej ‘badania podłużne’ i szczególnie od doktoranta z zainteresowaniami filozoficznym oczekiwałbym większej dbałości o język. Takich

nieudatności językowych więcej; zaskakuje ‘farmaceutyzacja’, rażą z angielska używane ‘projekt’, gdy idzie o przedsięwzięcie, czy ‘aktualny’, gdy idzie o coś dziejącego się obecnie. Przy okazji, w pracy Doktorant nie tylko mówi o modelu biomedycznym, mówi także o biologicznym, biopsychospołecznym i medycznym. Ta nonszalancja terminologiczna może nie utrudnia odbioru pracy, jednak wskazuje na jej niedopracowanie.

Podsumowanie. Praca ma wady i zalety, jednak moim zdaniem, wady przeważają. Zalety pracy to ciekawe dyskusje historyczne i ukazanie różnorodności psychiatrii. Czytałem te fragmenty z zainteresowaniem i skorzystałem na nich. Wadami są czasem drastyczne uproszczenia, tendencyjność wyводу, jego akontekstowość.

Mam wrażenie, że Autor stracił okazję, by zaproponować rzetelną krytykę psychiatrii, opartą o rzetelną empirię i rozumiejącą, że psychiatria nie funkcjonuje jedynie w Wielkiej Brytanii czy Polsce i jest bardzo daleka od homogenicznego monolitu. Taka krytyka byłaby użyteczna, ale nie może być krytyką o takim rozmachu, jaki proponuje Doktorant.

Uważam rozprawę mgr. Stupaka za pracę z potencjałem. Doceniam jego wysiłek, a w szczególności odwagę w stawianiu śmiałych tez. Niestety, uważam, że bez krytycznego spojrzenia i ukontekstowania tego, co proponuje doktorant, jego rozprawa znacznie traci na wartości. To powoduje, że w obecnej jej wersji nie jestem w stanie jej przyjąć. Chciałbym dlatego skorzystać z opcji skierowania rozprawy do poprawy.

Wnioskuje zatem, by Doktorant znacznie rozszerzył Wstęp o krytyczną refleksję w przynajmniej w dwóch obszarach. Po pierwsze, refleksja taka powinna dotyczyć metodologicznych podstaw rozprawy (np. źródła wiedzy, jej transferowalność i kontekst). Po drugie, moim zdaniem, Doktorant powinien dokonać daleko idącej refleksji nad kontekstem swych badań, perspektywą, którą w nich przyjmuje, czy wreszcie nad umocowaniem w szerszej literaturze przedmiotu. Doktorant musi, moim zdaniem, dokonać refleksji nad swoimi rekomendacjami czy opiniami, których potencjalny zasięg czyni je dalece nieużytecznymi. Moja stosunkowo szczegółowa recenzja, mam nadzieję, będzie dobrym punktem wyjścia do poprawek.

Zaznaczam, że rozumiem trudności, z jakimi będzie się musiał zmierzyć Doktorant. Proszę go krytyczny wstęp wobec tekstów, których zmienić się nie da – są to wszak opublikowane artykuły. Pomimo tego, uważam, że bez takich rozważań, rozprawa nie spełnia ustawowego warunku wymagającego potwierdzenia teoretycznej wiedzy kandydata. Tendencyjność pracy oraz ograniczenia metodologiczne przynajmniej podają w wątpliwość umiejętność prowadzenia samodzielnej pracy naukowej.

Jestem przekonany, że wnioskowana przeze mnie interwencja Doktoranta doprowadzi do z jednej strony lepszej pracy, a z drugiej strony do znacznie łatwiejszego zadania dla recenzenta.

Dariusz Galasiński