

Γενικό άρθρο General article

Σκέψεις για τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής πράξης

N. Κουτουβίδης

Ψυχιατρικό Τμήμα, ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:247–253

Η φιλοσοφική παιδεία στο ψυχιατρικό πλαίσιο αντιμετωπίζεται παραδοσιακά ως μία εξω-ψυχιατρική ή μετα-ψυχιατρική δραστηριότητα, που συχνά δε θεωρείται άμεσα συνδεόμενη με την έκβαση των ψυχιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων. Εντούτοις, η φύση της πρώτης ύλης της ψυχιατρικής (η ψυχοπαθολογία του προσώπου), η υφιστάμενη κατάσταση της ψυχιατρικής επιστημονικής γνώσης και έρευνας, και το ατελέσφορο πολλών ψυχιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων επιβάλλουν προβληματισμό γύρω από νέες οντολογικές, γνωσιολογικές/επιστημολογικές και ηθικές κατευθύνσεις, που θα μπορούσαν να εμπλουτίσουν την ψυχιατρική φιλοσοφική σκέψη και να καταστήσουν αποτελεσματικότερη την ψυχιατρική θεραπευτική πράξη. Στα πλαίσια ενός ρεαλιστικού εμπειρισμού, στην προοπτική της αναθεώρησης των διαγνωστικών εγχειριδίων που χρησιμοποιούνται σήμερα (του DSM-IV και του ICD-10), ως επίκεντρο της σχετικής προβληματικής προβάλλεται η σχέση ιατρού-ασθενή. Αυτή θέτει ζητήματα οντολογικά (διαγνωστικά, νοσογραφικά), επιστημολογικά (πλαίσια, όρια, μέθοδοι της ψυχιατρικής γνώσης) και ηθικά (ηθική σημασία της ποιότητας/πληρότητας της σχέσης ιατρού-ασθενή αναφορικά με την έκβαση των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών μέσων), τα οποία η παραδοσιακή βιοϊατρική –ειδικότερα, η ψυχιατρική– φιλοσοφία προς το παρόν είτε έχει παραθεωρήσει είτε έχει αντιμετωπίσει επιφανειακά. Σε αυτά τα συμφραζόμενα παρέχονται προς συζήτηση προτάσεις ανανέωσης της σχετικής έρευνας μέσω της ανάδειξης νέων ερευνητικών προσανατολισμών στην κατεύθυνση της βελτιστοποίησης της ψυχιατρικής πράξης.

Λέξεις ευρετηρίου: ψυχιατρική φιλοσοφία, ρεαλιστικός εμπειρισμός, ελλαδική ψυχιατρική, σχέση ιατρού-ασθενή

Εισαγωγή

Η πρώτη ύλη της ψυχιατρικής κατά το πληρέστερο και βαθύτερο νόημά της πάντοτε θα διαφεύγει. Αυτή η παραδοχή (υπόθεση εργασίας, στην οποία πάντως φαίνονται να καταλήγουν σήμερα ερευνητές των πλέον διαφορετικών προελεύσεων) σημαίνει πρώτιστα ότι η ψυχιατρική έχει ορισμένα γνωσιοθεωρητικά όρια τα οποία δεν μπορεί να υπερβεί. Τα τελευταία (θα) καθορίζουν πάντοτε το μέτρο κατά το οποίο η επιστημονική ψυχιατρική μπορεί να αποσπαστεί από την ψυχιατρική φιλοσοφία· αλλά από μίαν άλλη σκοπιά, (θα) υποδεικνύουν πάντοτε και τη χρησιμότητα του φιλοσοφικού προβληματισμού στην άσκηση της ψυχιατρικής επιστήμης.

Κυριότερος λόγος για τη διατύπωση αυτού του γνωσιολογικού αγνωστικισμού είναι η φύση της ίδιας της ανθρώπινης ψυχοπαθολογίας. Εκείνο που μπορούμε να γνωρίσουμε γύρω από την ανθρώπινη ψυχή είναι ορισμένες εκδηλώσεις της, όπως φανερώνονται από την ανθρώπινη συμπεριφορά, που φθάνουν ως τον διαγνώστη έμμεσα μόνο, διαμεσολαβημένες από τη διάδραση ασθενή-ιατρού και απρόσβαστες στην ανθρώπινη γνωστική ικανότητα ως προς την πραγματική ουσία τους. Συνειδητοποιούμε ολόένα πως η γνώση των ψυχολογικών μηχανισμών ή η επισήμανση των ψυχοπαθολογικών φαινομένων, ακόμη και το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών, μπορούν να μας προσφέρουν απλώς μια στοιχειώδη εποπτεία της ψυχιατρικής παθολογίας και μια πλημμελή γνώση του ανθρώπινου ψυχισμού.

Οι προηγούμενες διαπιστώσεις δεν αποφάσκουν την αναγκαιότητα της επιστημονικής έρευνας στην ψυχική σφαίρα ούτε το εύλογο της προσδοκώμενης προόδου στις οικείες επιστημονικές γνώσεις, εφόσον δεν ακυρώνουν το δυνάμει περίοπτο κοινωνικό ρόλο που έχει να διαδραματίσει και στο μέλλον η ψυχιατρική. Καταφάσκουν όμως την ανάγκη του εμπλουτισμού της ψυχιατρικής ειδικότητας με τη φιλοσοφική σκέψη.

Οντολογικές και γνωσιοθεωρητικές προκείμενες

Ήδη η διαγνωστική πράξη θέτει το σύνολο των καιρίων φιλοσοφικών προβληματισμών. Οι οντολο-

γικές παραδοχές (οι νοσολογικές ταξινομικές επιλογές) είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις γνωσιολογικές/επιστημολογικές επιλογές (τις μεθοδολογικές και γνωσιοθεωρητικές εφαρμογές) καθώς και με τις ηθικές παραμέτρους (τις μετα-ψυχιατρικές συνέπειες στην ηθική σφαίρα – για τον ασθενή, για το κοινωνικό σύνολο αλλά και για τον ιατρό), σε σχέση αλληλεπίδρασης τόσο μεταξύ τους όσο και με την εξέλιξη της ψυχιατρικής. Στη βάση αυτής της αντίληψης, αυξάνονται και εντείνονται οι εκκλήσεις για αναθεώρηση των δύο κυριότερων διαγνωστικών εγχειριδίων, του DSM και του ICD. Όπως συνήθως συμβαίνει, η ιατρική πράξη ήταν και εδώ το κριτήριο αυτών των αιτημάτων, καθώς αποτέλεσε το πεδίο όπου δοκιμάστηκε η θεραπευτική αποτελεσματικότητα των θεωρητικών προσεγγίσεων.

Οι κύριες οντολογικές (νοούμενες κυρίως ως νοσολογικές) τάσεις στην ψυχιατρική φιλοσοφία είναι αυτές του υποκειμενικού ιδεαλισμού, του αντικειμενικού/ρεαλιστικού ιδεαλισμού, του νομιναλισμού ή αγνωστικιστικού εμπειρισμού και του ρεαλιστικού/υλιστικού εμπειρισμού.¹ Ποιες είναι όμως οι προκείμενες που συντελούν στην καταξίωση (ή στην απαξίωση) εκείνης ή της άλλης επιλογής; Ή, με άλλη διατύπωση: ποιες φιλοσοφικές προτιμήσεις υπαγορεύουν –και υπαγορεύονται από– την ψυχιατρική πράξη και με ποιους συγκεκριμένους τρόπους ανατροφοδοτείται η φιλοσοφική ψυχιατρική σκέψη από την ψυχιατρική πράξη;

Στο μέτρο όπου η προβληματική αυτή διαθέτει κάποια εγκυρότητα, γίνεται σαφές ότι η εξέτασή της οφείλει να είναι τόσο συγχρονική (στο επίπεδο της τρέχουσας ψυχιατρικής σκέψης και πράξης) όσο και διαχρονική (ως ιστορική διερεύνηση των ψυχιατρικών νοσολογικών-διαγνωστικών οντοτήτων και τεχνικών, των θεραπευτικών αποτελεσμάτων καθώς και των ηθικών παραμέτρων και των κοινωνικών συνεπειών τους). Η χαμηλή αποτελεσματικότητα των ψυχιατρικών θεραπειών, από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι δεν οφείλεται αποκλειστικά σε ανεπάρκειες ή στρεβλώσεις της ίδιας της ψυχιατρικής. Πολιτιστικοί παράγοντες, όπως το εντεινόμενο στρες στις συνθήκες του σύγχρονου βίου, οι διευρυνόμενες κοινωνικές ανισότητες, η ανισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η φαλκίδευση ή κατάρρευση πολλών ασφαλιστικών και

υγειονομικών συστημάτων λόγω υποχρηματοδότησης, το οικονομιστικό και ανταγωνιστικό πνεύμα που προωθεί η κυριαρχία των ιδεολογημάτων της αγοράς ανατροφοδοτούν και οξύνουν την ψυχιατρική νοσηρότητα, ανεξάρτητα από την έκβαση των εκάστοτε θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αυτά όμως δεν αντισταθμίζουν την ομολογημένη ανεπάρκεια των χρησιμοποιούμενων διαγνωστικών εργαλείων – πόσο μάλλον τις όποιες ψυχιατρικές καταχρήσεις. Κατά το ίδιο μέτρο, σε συνθήκες που ευνοούν την περαιτέρω διάρρηξη του κοινωνικού ιστού και την εξάπλωση της ψυχοπαθολογίας, η εισαγωγή μέτρων συνολικής ανανέωσης της ψυχιατρικής ανακύπτει ως επιτακτική ανάγκη. Αν μάλιστα αυτή δε θέλει να εκφυλιστεί, οφείλει να εδράζεται σε γνήσιο φιλοσοφικό προβληματισμό περί την οντολογική, γνωσιολογική και ηθική θεμελίωση της ψυχιατρικής.

Γνωσιοθεωρητική διάσταση της σχέσης ιατρού-ασθενή

Στους ψυχαναλυτές θεραπευτές, κατά κύριο λόγο, ανήκει η πατρότητα της διαπίστωσης της θεραπευτικής δράσης που ασκεί η αντιμεταβίβαση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Στην κλασική ψυχανάλυση μάλιστα, η αντιμεταβίβαση κατέληξε να αποτελεί τον πυρήνα, αν όχι το σύνολο της θεραπείας. Στη βάση αυτήν και με την παράλληλη ανάπτυξη της ερμηνευτικής (hermeneutics), η σχέση ιατρού-ασθενή αναδείχθηκε από την ψυχανάλυση ως η αποκλειστική παράμετρος της θεραπείας που έρχοζε διαρκούς ανάγνωσης, μετάφρασης (στη γλώσσα της ψυχανάλυσης) και ερμηνείας (με τα νεήλυδα εργαλεία της ερμηνευτικής), ώστε να αποκαλυφθεί και να αντιμετωπιστεί η πραγματική αιτία (η αλήθεια) του πόνου, εκείνη που προκαλούσε τη νόσο. Ο βιολογικός ψυχίατρος, που πιθανότατα στερείται ψυχαναλυτικής παιδείας, συχνά ανακαλύπτει επίσης (δισαιθητικά, αν είναι καλός ιατρός) ότι η σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή του έχει σημασία –αν και ακαθόριστη συνήθως– για την έκβαση της θεραπείας.

Οι προηγούμενες επισημάνσεις, στο μέτρο όπου ισχύουν, διαθέτουν πιθανώς αξία για τη χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή αλλά καθεαυτές δε συνι-

στούν γνωσιολογικές προτάσεις. Αυτά που ενδεχομένως θα ενδιέφεραν από την άποψη της γνωσιοθεωρίας/επιστημολογίας είναι κυρίως τα ακόλουθα: (α) το εάν και σε ποιο βαθμό η σχέση ιατρού-ασθενή επηρεάζει τη διαγνωστική απόφαση· (β) το εάν και με ποιον τρόπο μπορούν να ενταχθούν στο θεραπευτικό σχήμα το πλαίσιο και τα συμφραζόμενα των εξεταστικών συναντήσεων και των θεραπευτικών συνεδριών· (γ) το εάν και σε ποια έκταση μπορούν να ποσοτικοποιηθούν/μετρηθούν αφενός η δραστηριότητα του θεραπευτή ως παρατηρητή και αφετέρου η δραστηριότητα του θεραπευομένου ως παρατηρουμένου· και (δ) το εάν και πώς μπορεί να ενταχθεί στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία η σχέση ιατρού-ασθενή σε περιβάλλον απαγορευτικό για τη χρησιμοποίηση ψυχαναλυτικών/ψυχοθεραπευτικών τεχνικών (όπως συμβαίνει π.χ. στην περίπτωση των σοβαρών ψυχώσεων).

Η προηγούμενη προβληματική διαθέτει γνωσιοθεωρητική αξία στο συγχρονικό άξονα επειδή εγείρει με επίταση το ερώτημα της επίδρασης του παρατηρητή στην υπόσταση/συμπεριφορά του αντικείμενου της παρατήρησης. Η κλασική (νευτώνεια) επιστήμη ήθελε τον ερευνητή επιστήμονα έναν παράγοντα αποστασιοποιημένο, εξωτερικό και, άρα, ουδέτερο ως προς το παρατηρούμενο αντικείμενο/φαινόμενο. Από τη διατύπωση της κβαντομηχανικής θεωρίας και εντεύθεν, εντούτοις, γνωρίζουμε ότι για τα φυσικά φαινόμενα του μικροκόσμου (τουλάχιστον) ισχύει η αρχή της αλληλεπίδρασης παρατηρητή-παρατηρουμένου: το πλαίσιο, η θέση και οι τεχνικές/μέθοδοι της παρατήρησης επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παρατηρουμένου. Από την ανακάλυψη αυτήν μάλιστα, ορισμένοι διανοητές οδηγήθηκαν σε μια επιστροφή στον υποκειμενικό ιδεαλισμό (απ' όπου είχε αναχωρήσει ο κατά μείζονα λόγο θετικιστικός και υλιστικός 19ος αιώνας), στη βάση του ότι εφόσον ο παρατηρητής επηρεάζει το παρατηρούμενο, το δεύτερο υφίσταται μόνο σε σχέση με τον πρώτο.

Η υπέρ του υποκειμενικού ιδεαλισμού θέση έχει ανασκευαστεί με επάρκεια από αρκετούς μελετητές²⁻⁴ και η αναίρεσή της έχει στηριχθεί κυρίως στην οντολογική ιδιαιτερότητα παρατηρητή και παρατηρουμένου, η οποία υφίσταται ανεξάρτητα από το γεγονός (ή μη) της παρατήρησης.

Παραμένει, ωστόσο, με πλήρη εγκυρότητα το εξής γνωσιοθεωρητικό πρόβλημα: αν η παρατήρηση επηρεάζει το παρατηρούμενο, τότε το δεύτερο θα πρέπει να νοείται ως τέτοιο στα πλαίσια και μόνο της συγκεκριμένης παρατήρησης. Το πρόβλημα περιπλέκεται περαιτέρω, αν συνυπολογίσουμε ότι το αντικείμενο της παρατήρησης γίνεται προσβάσιμο στο γινώσκον υποκείμενο/στον παρατηρητή μόνο μέσω της εκάστοτε παρατήρησης, καθώς και ότι, ειδικά σε ό,τι αφορά την ψυχιατρική, δεν έχουμε να κάνουμε με στοιχειώδη σωματίδια της ύλης αλλά με δύο ολόκληρους κόσμους οι οποίοι συντίθενται –και εκδηλώνονται μέσα– από εξαιρετικά πολύμορφες, σύνθετες και περίπλοκες ψυχικές διεργασίες, ίσως τις πλέον πολύπλοκες διεργασίες που υπάρχουν στο σύμπαν: τον κόσμο του ιατρού-θεραπευτή και τον κόσμο του ασθενούς-θεραπευόμενου.

Πιθανές γνωσιολογικές κατευθύνσεις

Στο ερώτημα για το εάν η εξεταστική δραστηριότητα του θεραπευτή επηρεάζει το διαγνωστικό προϊόν έχει δώσει, μεταξύ άλλων, εμπειριστασμένη καταφατική και εξαντλητική απάντηση ο Άρνο Γκούντσμιντ.⁵ Τα επιμέρους ζητήματα, εντούτοις, που τέθηκαν ενωρίτερα στο πρόγραμμα μίας συγχρονικής γνωσιολογικής ψυχιατρικής έρευνας παραμένουν ανοιχτά. Η υφιστάμενη κατάσταση της έρευνας δεν επιτρέπει τη διεξοδική ενασχόληση με τα θέματα αυτά. Επιτρέπει όμως τη διατύπωση κάποιων προτάσεων-ερευνητικών κατευθύνσεων που αναδεικνύουν παράλληλα και τους γνωσιοθεωρητικούς περιορισμούς μιας τέτοιας απόπειρας. Συγκεκριμένα:

α. Η ερμηνευτική (hermeneutics) και η ποσοτικοποίηση όχι μόνο δε θα έπρεπε να θεωρούνται προσεγγίσεις ασύμβατες/ανταγωνιστικές μεταξύ τους, αλλά αντίθετα πλήρως συμβατές και συμπληρωματικές. Η στάση αυτή είναι πιθανότατα ιδιαίτερα εποικοδομητική ως προς την ψυχιατρική έρευνα καθώς –στο παρόν τουλάχιστον στάδιο της ανάπτυξής της– έρχεται αντιμέτωπη με φαινόμενα ανεπίδεκτα ποσοτικοποίησης, αλλά και με φαινόμενα που η μη ποσοτικοποίησή τους συνεργεί στην ελλειμματική κατανόησή τους.

β. Υπάρχουν θεραπευτικές τεχνικές που είναι διαπιστωμένα καταλληλότερες για συγκεκριμένα ψυχικά νοσήματα παρά για άλλα. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, όμως, φαίνεται ότι οι θεωρητικές προκείμενες, η μεθοδολογία και οι θεραπευτικές τεχνικές με τις οποίες αντιμετωπίζει τον ασθενή ο θεραπευτής διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ίδια τη διαγνωστική διεργασία. Εφόσον αυτό ισχύει, μένει να διακριβώνονται σε κάθε περίπτωση χωριστά η έκταση, η ένταση και η ποιότητα αυτής της επίδρασης στο εξαγόμενο της διάγνωσης και, συνεπώς, στην ακολουθητέα θεραπευτική αγωγή.

γ. Με τις μάλλον σπάνιες εξαιρέσεις της πλήρους αποδιοργάνωσης του ψυχικού κόσμου ή της σοβαρά ελλειμματικής ικανότητας για επικοινωνία εκ μέρους του ασθενή, σχεδόν πάντοτε υπάρχει βάση για μια λιγότερο ή περισσότερο ικανοποιητική επικοινωνία ιατρού και ασθενούς. Ο βαθμός επιτυχίας της επικοινωνίας τους θα έπρεπε να αποτιμάται διαγνωστικά από δύο τουλάχιστον σκοπιές: (α) από το πόσο επιτρέπει στον εξεταστή να εξαγάγει ασφαλή διαγνωστικά συμπεράσματα και (β) από τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί εκ μέρους του εξεταστή, ώστε να αυξηθεί αντίστοιχα η διαγνωστική και θεραπευτική αξία της σχέσης του με τον ασθενή.

Από τα προεκτεθέντα γίνεται σαφές ότι το ερευνητικό πεδίο της διαντίδρασης ψυχιάτρου-ψυχικά ασθενή ενδέχεται να είναι πολύ ευρύτερο απ' όσο υπολαμβάνει π.χ. η τρέχουσα φαρμακολογική ή επιδημιολογική έρευνα. Ίσως η ψυχιατρική χρειαστεί, σε ένα όχι πολύ μακρινό μέλλον, να αναπτύξει εντελώς νέες τεχνικές και εργαλεία διάγνωσης και θεραπείας, που θα εδράζονται στη συνεκτίμηση παραμέτρων παραθεωρημένων από την παραδοσιακή ψυχιατρική επιστημολογία.

Μία ηθική της γνωσιολογικής διάστασης

Εξαιρούμενων των πολύ βαρέων νοσημάτων με γονιδιακή ή άλλη σωματική αιτιολογία, οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες φαίνεται ότι περιστρέφονται γύρω από την έλλειψη αλήθειας, με την αρχαιοελληνική, διττή σημασία της έννοιας: η αλήθεια ως ειλικρίνεια και ως απουσία σφάλματος, μνημονικού ιδίως (ως ικανότητα ανάκλησης του παρελθόντος

με τη μεγαλύτερη δυνατή πιστότητα). Στην έκταση όπου ισχύει αυτή η διαπίστωση (για τους ψυχαναλυτές έχει περίπου απόλυτη ισχύ), η σχέση ψυχιάτρου-ψυχικά ασθενούς αποκτά –πέρα από τις οντολογικές και γνωσιολογικές παραμέτρους της– ιδιάζοντα ηθικά γνωρίσματα που εντοπίζονται πέραν των ορίων της παραδοσιακής βιοϊατρικής ηθικής. Και τούτο γιατί η ανειλικρίνεια ή η λήθη (με τη μορφή π.χ. του μηχανισμού της απώθησης) που ενδέχεται να παρουσιάζεται στη συμπεριφορά του ασθενή (για τον ιατρό, άραγε, τι ισχύει;) είναι μοιραίο να επηρεάζει την προδιάθεση, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του θεραπευτή, με συνακόλουθη επίπτωση στην ποιότητα και στην ένταση της μεταξύ τους αντιμεταβίβασης.

Για την εξέταση ορισμένων ηθικών ζητημάτων, μεθοδολογικού ως επί το πλείστον χαρακτήρα, που συνδέονται με την προκείμενη θεώρηση, ίσως φανεί χρήσιμη η παράθεση της εξέλιξης ενός συγκεκριμένου περιστατικού:

Τον Μάρτιο του 1981 ο ΓΜ, 42 ετών, με καταθλιπτική συμπτωματολογία, παραπέμπεται από τον παθολόγο για ψυχιατρική εκτίμηση. Αναφέρει δυσκολίες προσαρμογής και συναισθηματικά προβλήματα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (με αποτέλεσμα την οριστική αποβολή του από το σχολείο), φτωχή εκτίμηση για τον πατέρα του, μητρική υπερπροστατευτικότητα και ψυχρό συναισθηματικό οικογενειακό περιβάλλον. Έχει ασκήσει διάφορα επαγγέλματα της επιλογής του με αρκετή επιτυχία, αλλά τα εγκατέλειπε σχετικά σύντομα κυρίως λόγω της κατάθλιψης και του άστατου τρόπου της ζωής του, ενώ έχει μείνει άνεργος για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το γνωστικό προφίλ του είναι ομαλό. Είναι συστηματικός καπνιστής και χρήστης αλκοόλ και περιστασιακός χρήστης κάνναβης. Παντρεύτηκε αλλά χώρισε σύντομα. Έχει μία κόρη η οποία ζει με τη μητέρα της. Διαγιγνώσκεται με μείζονα κατάθλιψη, καθώς έχει παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό, και του χορηγούνται αντικαταθλιπτικά όλων των τύπων. Κατά την επανεξέταση, η καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζει μέτρια υποχώρηση αλλά η καταθλιπτική διάθεση επιμένει. Η ψυχολογική συμβουλευτική που του παρέχεται αποσκοπεί στην πιο εύτακτη διευθέτηση της ζωής

του. Του προσφέρεται επίσης εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση.

Τον Ιανουάριο του 1988 ο ΓΜ παραπέμπεται εκ νέου με κρίση άγχους, συμπτώματα κοινωνικής απόσυρσης και σοβαρή καταθλιπτική διάθεση. Στα επτά χρόνια που μεσολάβησαν από την πρώτη παραπομπή δεν έχει κατορθώσει να σταθεροποιηθεί σε δουλειά, έχει κάνει έναν δεύτερο επίσης αποτυχημένο γάμο (από τον οποίο έχει αποκτήσει άλλο ένα παιδί), ενώ έχει αυξήσει σοβαρά τη χρήση αλκοόλ και ήπιων ναρκωτικών. Ζει μόνος βγαίνοντας από το σπίτι μόνο για να πάει στη δουλειά του και δε βλέπει οικείους. Δε βρίσκει νόημα στη ζωή. Μετά τη λύση του δεύτερου γάμου του είχε περιστασιακές σχέσεις με γυναίκες ενώ εκφράζει φόβο για κάθε ουσιαστική δέσμευση. Ανησυχεί για το μέλλον κυρίως λόγω των συσσωρευμένων οικονομικών προβλημάτων του. Το γνωστικό προφίλ του παραμένει κανονικό. Του χορηγείται τροποποιημένη αγωγή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων όλων των τύπων. Στην επανεξέταση, η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχει υποχωρήσει αλλά το άγχος και η καταθλιπτική διάθεση επιμένουν, ενώ ο ασθενής βρίσκει μάταιη την όποια απόπειρα να αλλάξει τρόπο ζωής.

Το περιστατικό που παρατέθηκε δείχνει ότι σημαντικό μέρος της αποτυχίας της θεραπείας οφείλεται στην απροθυμία του ασθενή να αλλάξει τους όρους της διαβίωσής του, κάτι για το οποίο ο θεραπευτής καταρχήν δεν έχει ευθύνη. Η έκβαση της αγωγής που χορηγήθηκε, ωστόσο, υποβάλλει τον προβληματισμό: γιατί ο ασθενής, παρά την ειλικρίνειά του, παραμένει καταθλιπτικός και απρόθυμος να αλλάξει ζωή; Τι ματαιώνει την αυτο-εκτίμησή του; Γιατί το παρελθόν βαραίνει επάνω του τόσο πολύ; Γιατί φοβάται να δώσει και να πάρει αγάπη;

Από το παράθεμα γίνεται φανερό ότι τα σχετικά ερωτήματα αντιμετωπίστηκαν μάλλον επιδερμικά (στο επίπεδο των διαπιστώσεων) ή δε διερευνήθηκαν καθόλου. Η σχέση ιατρού-ασθενή έμεινε στο επίπεδο της ανταλλαγής ανακοινώσεων, αν όχι της τυπικής διεκπεραίωσης ενός «κοινού περιστατικού», όπως πολύ συχνά συμβαίνει στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Τα ουσιαστικά βήματα για την οικοδόμηση μιας γνήσιας σχέσης, τέτοιας που ο

ασθενής έχει αποτύχει να δημιουργήσει με άλλους στο παρελθόν, δεν έγιναν. Γιατί;

Η ηθική θεώρηση της ψυχιατρικής είναι μια μετα-ψυχιατρική (μετα-επιστημονική) υπόθεση, με την έννοια ότι εμφανίζεται ερχόμενη *a posteriori* να αποτιμήσει την έκβαση των ψυχιατρικών παρεμβάσεων από ηθική άποψη. Η δεοντολογική και η ωφελμιστική ηθική προβληματική επιτάσσουν τη συνεξέταση σοβαρών προβλημάτων, που συχνά μιλώντας για την ψυχιατρική, συνδέονται με την ίδια τη ζωή των ασθενών. Δεν αντιμετωπίζουν, ωστόσο, την ηθική διάσταση της πληρότητας – ή της ελλειμματικότητας – της σχέσης ιατρού-ασθενή, την ηθική σημασία της μεταξύ τους αντιμεταβίβασης σε σχέση με την έκβαση της θεραπείας.

Αν η σχέση ιατρού-ασθενή καθεαυτή διαθέτει θεραπευτική ισχύ και αν έσχατος ηθικός στόχος της χορηγούμενης αγωγής είναι η (απο)θεραπεία, η τυπική θεώρηση των εξεταστικών/θεραπευτικών συνεδριών ως συναντήσεων διεκπεραίωσης διαγνώσεων στη βάση προδιαγεγραμμένων κριτηρίων ή συνταγογράφησης τυποποιημένων θεραπευτικών μέσων καθίσταται αντι-θεραπευτική. Να γιατί η οντολογική και γνωσιολογική εξάρτηση του ψυχιάτρου συνδέεται με την ηθική σκευή του: κατατείνουν εν τέλει στον καθορισμό της ποιότητας της σχέσης του με τον ασθενή, μιας θεραπευτικής σχέσης που, τουλάχιστον στις πλείστες περιπτώσεις, αποτελεί το κύριο θεραπευτικό μέσο.

Μερικές μεθοδολογικές παρατηρήσεις

Εν προκειμένω θα μπορούσαν επομένως να διατυπωθούν, με αυξημένη ενδεχομένως πιθανότητα εγκυρότητας, οι ακόλουθες μεθοδολογικές επισημάνσεις:

α. Η οντολογική και γνωσιολογική θέση που διατηρεί ο ιατρός συνδέεται και με το ηθικό περιεχόμενο του έργου του. Πέρα από γενικούς δεοντολογικούς ή και ωφελμιστικούς κανόνες και αρχές, ο ψυχίατρος οφείλει να διερευνά, αφομοιώνει και αξιολογεί ηθικά, χάριν της διάγνωσης και της θεραπείας, την επί τούτου αν-αλήθεια του ασθενούς του (πόσο μάλλον τη δική του).

β. Το ψυχιατρικό ήθος, όπως εκφράζεται από τον εκάστοτε θεραπευτή, έχει τη δύναμη –τουλάχιστον ως πιθανότητα– να μεταβάλλει το ήθος του ασθενούς. Πρόκειται για μία παράμετρο της θεραπευτικής πράξης που συχνά παραγνωρίζεται· εντούτοις, είναι περισσότερο από πιθανό ότι αποτελεί μίαν από τις ισχυρότερες παραμέτρους της θεραπευτικής διεργασίας. Εφόσον αυτό ισχύει, ίσως είναι χρήσιμη η ανάπτυξη συγκεκριμένων θεραπευτικών τεχνικών που θα συμπεριλαμβάνουν ηθικές παραμέτρους στη χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, καθώς και εργαλείων αποτίμησης/αξιολόγησης αυτών των εφαρμογών.

Αντί συμπεράσματος

Και στο πεδίο της ηθικής, όπως και σε αυτά της οντολογίας και της γνωσιολογίας, πολλά ερευνητικά ερωτήματα παραμένουν προς το παρόν αναπάντητα όταν δεν πολλαπλασιάζονται. Η φιλοσοφική παιδεία φαίνεται απαραίτητη για τον ψυχίατρο γι' αυτόν ακριβώς το λόγο: τα ερωτήματα στην ψυχιατρική έρευνα είναι προπάντων οντολογικά, γνωσιολογικά και ηθικά – με μια λέξη, φιλοσοφικά.

Η βιολογική και η ψυχοθεραπευτική ψυχιατρική συχνά εξαντλούνται στην εφαρμογή περίπλοκων διαγνώσεων και εξελεγμένων θεραπευτικών μέσων, που έχουν τη δική τους αξία, ξεχνώντας όμως ότι με την παρούσα κατάσταση της επιστήμης, η αξία αυτή είναι σχετική – όταν δεν είναι αμφισβητήσιμη. Πολύ συχνότερα, οι ασθενείς ζητούν συνήθως έμμεσα και υπόρρητα από τον ιατρό να τους βοηθήσει να δημιουργήσουν συνθήκες επικοινωνίας που δεν κατορθώνουν να έχουν σε σχέσεις μη ιατρικές. Πρόκειται για μία κατάσταση εξαιρετικά σύνθετη με αποφασιστική εντούτοις θεραπευτική ισχύ, όπως δηλώνει, έμμεσα επίσης η ακόλουθη μαρτυρία μιας ασθενούς: «Σας λέω ειλικρινά, είναι φοβερή η απόρριψη. Και πιστεύω ότι, όσο κι αν καλύτερέψει η ψυχιατρική, πάντα θα υπάρχει –γιατί βασικά υπάρχει– αυτός ο φόβος».⁶

Πριν και πάνω απ' όλα, εκείνο που οι ασθενείς μας καλούν να τους δώσουμε είναι λίγο από αυτό που οι ίδιοι δυσκολεύονται ή αδυνατούν εντελώς να δώσουν: ψυχή.

Thoughts on the philosophy of psychiatric practice

N.I. Koutouvidis

Psychiatric Department, NIMTS Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:247–253

Philosophical training within a psychiatric context has been traditionally seen as an out- or meta-psychiatric activity, not directly associated with the outcomes of psychiatric therapeutic interventions, whether they belong to the realm of psychoanalysis/psychotherapy or to that of biological psychiatry. Yet, psychiatry's subject matter (personal psychopathology), current status of scientific knowledge and research, as well as marked inefficiency of many psychiatric treatments suggest that we might consider novel ontological, epistemological/epistemic, and ethical parameters that could both enrich psychiatric philosophical thought and enhance psychiatric therapeutic practice by rendering it more efficient. Within a realistic empiricist context, in view of revising currently used diagnostic manuals (DSM-IV and ICD-10), related discourses are proposed to focus upon doctor-patient relationship. This raises ontological (diagnostic, nosographical), epistemological (related to contexts, boundaries, and methods of psychiatric knowledge), and ethical questions (as per moral significance of both quality and fullness of doctor-patient relationship regarding outcomes of treatment administered), which, in their turn till now are either ignored or superficially dealt with by traditional biomedical –psychiatric in particular– philosophy. Within this context, certain suggestions are offered towards a renewal of psychiatric philosophical thought by indicating novel research orientations for scrutiny, with the aim to optimize psychiatric practice.

Key words: psychiatric philosophy, realistic empiricism, greek psychiatry, doctor-patient relationship

Βιβλιογραφία

1. Oulis P. Ontological assumptions of psychiatric taxonomy: main rival positions and their critical assessment. *Psychopathology*, 2008, 41:135–140
2. Berganza CE, Mezzlich JE, Pouncey C. Concepts of disease: their relevance for psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005, 38:166–170
3. Berrios GE. Phenomenology, psychopathology and Jaspers: was there ever a relationship? *Compreh Psych* 1993, 34:213–220
4. Loux MJ. *Metaphysics: a contemporary introduction*. London: Routledge, 1998
5. Goudsmit AL. Psychiatric Diagnosis between realist and nominalist discourses. In: AL Goudsmit (ed) *Towards a Negative Understanding of Psychotherapy*. Ph.D. thesis, Rijksuniversiteit Groningen, 1998
6. Φαφαλιού ΜΣ. *Ιερά οδός 343 – Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*. Αθήνα Εκδόσεις Κέδρος, 1995

Αλληλογραφία: Ν. Κουτουβίδης, Ψυχίατρος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ψυχιατρικό Τμήμα, ΝΙΜΤΣ, Κομνηνών 36, 165 61 Γλυφάδα, Αθήνα
Τηλ.: 210 72 88 375
Email: nkoutouv@otenet.gr