

MARCIN J. JABŁOŃSKI  
SŁAWOMIR MURAWIEC

## Antynomie w psychospołecznych kontekstach zdrowia w epoce pandemii COVID-19

Żyjemy w świecie zarządzanym przez uniwersalne procesy psychospołeczne, ale zwykle nie dostrzegamy ich wpływu na nasze codzienne życie. Bywa tak, że dopiero sytuacje ponadprzeciętne, kryzysowe, tak jak to miało miejsce w przypadku pandemii COVID-19, pozwalają na wyostrenie spojrzenia i dostrzeżenie istoty problemu. Procesy psychospołeczne, na które chcemy zwrócić uwagę, właśnie w kontekście wiążących się z nimi sprzeczności omawiane są nie tylko w dyskursie naukowym, ale funkcjonują również w popkulturze oraz w szerokim kontekście społecznym. Wydają się nam też istotne z powodu ich potencjalnego wpływu na problematykę zdrowia, zwłaszcza zdrowia psychicznego w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i populacyjnym. Do procesów tych należą: finansjalizacja, anomia, dysonans poznawczy i postprawda.

### Finansjalizacja

W ujęciu ekonomicznym finansjalizacja definiowana jest jako proces, w którym rynki, instytucje oraz elity finansowe zyskują dominujący wpływ na procesy ekonomiczne i politykę [11]. W szerszym ujęciu finansjalizacja jest opisywana jako podporządkowanie całej organizacji nowoczesnych społeczeństw wymogom rynków finansowych. Ponadto, finansjalizacja jest postępującym procesem przekształceń społecznych i organizacyjnych, który dotyka warunków pracy i warunków ekonomicznych, relacji społecznych, struktury rodziny, wartości i norm [2]. W wyniku tego procesu relacje zostają zastępowane transakcjami, wzrasta też liczba pośredników zainteresowanych prowizjami od transakcji. Możliwość zysku potęguje chciwość, odwracając uwagę od jakości zachowań, by skupić ją na wynikach finansowych. W obszarze zdrowia zjawisko finansjalizacji skutkuje nie tylko zmianą języka i definicji, które do tej pory były stabilne, ale też zmianą postaw lekarzy, co znajduje odzwierciedlenie w jakości relacji terapeutycznej.

## Antynomie językowe w epoce finansjalizacji

Język, którym opisujemy świat, oddaje nasz sposób myślenia o nim i odzwierciedla nasze przekonania na temat stanu jego uporządkowania. W procesie transformacji kapitalistycznej, która w Polsce rozpoczęła się w latach 80. ubiegłego wieku i trwa do dziś, nastąpiła istotna zmiana języka używanego do opisu zagadnień związanych ze zdrowiem. Samo pojęcie „ochrona zdrowia” zaczęto utożsamiać z „działalnością leczniczą”, „służbę zdrowia” z „usługami medycznymi”, lekarzy ze „świadczeniodawcami”, a szpitale i przychodnie z „podmiotami leczniczymi – przedsiębiorstwami”. Pacjenci stali się natomiast „świadczeniobiorcami – klientami systemu”.

Naszym zdaniem ta zmiana języka, odzwierciedlająca przekształcenie etosu „służby” i „powołania” w etos „świadczania usługi” i „prowadzenia biznesu”, pociągnęła za sobą zmianę dominujących postaw i zachowań lekarzy, co znalazło potwierdzenie w prowadzonych przez nas badaniach [6].

Pandemia COVID-19 dowiodła ponadto, jak niezwykle wrażliwe jest przełożenie pomiędzy zdrowiem indywidualnym i zdrowiem populacji w sensie medycznym i epidemicznym a zdrowym funkcjonowaniem gospodarki, przepływem pieniądza, migracją ludzi i środków pomiędzy oddalonymi obszarami dotkniętego pandemią globu. Nigdy nie spodziewaliśmy się usłyszeć z ust autorytetów medycznych tak dosadnych słów, że teraz nie ma miejsca na budowanie formy, uprawianie sportu i wzmacnianie zdrowego stylu życia, a jest miejsce jedynie na przetrwanie.

Jako psychiatrzy nie spodziewaliśmy się, że będziemy świadkami globalnej promocji zachowań uważanych do tej pory za przejawy lęku społecznego i postaw aspołecznych, jak jednostkowa izolacja, unikanie kontaktów społecznych, powstrzymywanie się od fizycznej bliskości czy przebywania we wspólnej przestrzeni. Nagle usłyszeliśmy też, że życie milionów ludzi nie zależy już, czego byliśmy do niedawna pewni, od poziomu stresu, zdrowego stylu życia i odpowiedniej diety, a zależy od wstrzymanej produkcji leków w odległych krajach, dostaw papierowych maseczek z Chin, ilości respiratorów czy wreszcie od wysokości akcyzy na alkohol używany do produkcji środków dezynfekcyjnych. Pandemia uderzyła też w liczne, do tej pory stabilne, elementy systemu finansjalizacji: ruch transgraniczny, wzrost PKB, prawo własności, wolność osobistą i gospodarczą, rentowność inwestycji.

Również lekarze, do tej pory tak pewni siebie i świadomi swojej postawy zawodowej i etycznej, zaczęli masowo wycofywać się z bezpośrednich kontaktów z pacjentami. Paradoks zamkniętych przychodni, odwoływania planowych zabiegów, wstrzymanych chemioterapii, przerwanych psychoterapii, zaniechanej rehabilitacji, całkowitej blokady stomatologii jeszcze długo będzie obciążał naszą wyobraźnię i nasze lekarskie sumienia.

Niewielką pociechę może stanowić fakt, że pod wpływem pandemii wielu lekarzy, zwłaszcza starszego pokolenia, przekonało i zapoznało się z możliwościami pracy zdalnej, przydatnych usług internetowych, prowadzenia e-porad, wypisywania e-recept i e-zwolnień. Przykładem paradoksu, o anegdotycznym wymiarze, może być też konstatacja, że niezamierzonym skutkiem dystansowania społecznego stało się świadczenie porad zdalnych (e-wizyt) pacjentom z odległych miejscowości lub nawet z zagranicy, czyli takim, którzy, gdyby nie pandemia, prawdopodobnie nigdy nie zgłosiliby się do danego lekarza, gdyż bliżej byłoby im do kogoś we własnym miejscu zamieszkania.

Ponadto, w trakcie szeregu terapii prowadzonych, o zgrozo, przez komunikatory i łącza internetowe, a nie – jak sami zalecaliśmy do niedawna – w jedyny możliwy sposób, czyli w kontakcie bezpośrednim, zaskakiwały nas relacje pacjentów. Pacjenci, którzy jeszcze wczoraj czuli się stygmatyzowani swoim lękiem i brakiem swobody w kontaktach społecznych, obecnie, w dobie koronawirusa stali się ekspertami od funkcjonowania w zaistniałych, trudnych warunkach zgeneralizowanej, społecznej izolacji.

Zastanawiamy się też, jak promowana obecnie tzw. „nowa normalność” (nawiasem mówiąc, już samo to określenie zasługuje na miano „antynomii roku 2020”) zaistnieje i utrwali się w świadomości społecznej. Czy takie nagłe przeprogramowanie społecznej i jednostkowej świadomości w kierunku swoistego zanegowania dotychczasowego porządku „starej normalności” jest w ogóle możliwe? Czy możliwe jest, żeby w szerszym, społecznym kontekście postawy, które do tej pory uchodziły za dezadaptacyjne czy wręcz psychopatologiczne i stanowiły wskazanie do podjęcia leczenia, nagle stały się postawami ogólnie zalecanymi i adaptacyjnymi (służącymi przetrwaniu). Za przykład niech posłuży wspomniany już zespół lęku społecznego (*social fobia*), lub zespół natręctw (*obsessive-compulsive disorder*), polegający m.in. na częstym myciu rąk i unikaniu kontaktu z jakimikolwiek przedmiotami, z obawy przed zakażeniem. Czy wyobrażamy sobie całą populację osób, których zachowanie normatywne, wg kryteriów „nowej normalności” (masowe izolowanie się, wielokrotne mycie i odkażanie rąk i przedmiotów codziennego użytku itp.), będzie właśnie wyglądać w taki sposób? Jak głębokiego przeprogramowania ludzkiej świadomości będzie wymagało nauczenie się spokojnego i godnego życia w świecie, gdzie śmiertelne niebezpieczeństwo może zaiść się na każdej powierzchni, na paczce gum do żucia czy na puszcze coli? Miejmy nadzieję, że ta katastroficzna wizja przyszłości w ogóle się nie ziści i już wkrótce zapomnimy o tym, co przykrego nas spotkało, po czym radośnie wsiądziemy w samolot i polecimy na włoską lub hiszpańską riwierę. Kolejny paradoks polega bowiem na tym, że osłabienie pamięci i zatrata przykrych wspomnień sprzyjają szybszemu powrotowi do zdrowia po zaistniałej traumie.

## Najważniejsze, aby leki były tanie

W dobie pandemii koronawirusa mało kto pamięta o fakcie, że zakłócenia produkcji leków na Dalekim Wschodzie zaowocowały brakiem leków w polskich aptekach już latem 2019 r., na długo przed tym, jak usłyszeliśmy o SARS-CoV-2. Na ogłoszony w lipcu 2019 r. przez Ministerstwo Zdrowia wykaz leków zagrożonych brakiem dostępności trafiło aż 341 różnych lekarstw. Już wtedy można było obserwować skutki podporządkowania wszelkich decyzji zakupowych efektywności ekonomicznej, bez zważania na długofalowe rezultaty takich działań. Chcielibyśmy tu zwrócić uwagę na podstawową kwestię. Z samej definicji finansjalizacji wynika, że uznaje ona argument efektywności finansowej za ostateczny i rozstrzygający o kierunkach podejmowanych działań administracyjnych – to, że tanio i dużo decyduje. Inne argumenty, zwłaszcza te z obszaru wartości, relacyjności i etyki, znikają z pola widzenia.

W nawiązaniu do podejmowanego przez nas tematu chcielibyśmy zacytować dobrze ilustrujący to zagadnienie fragment wywiadu, jakiego udzielił francuski politolog Jacques Rupnik (publikacja kwiecień 2020 r., a więc już w dobie pandemii). W swojej wypowiedzi mówi on: „Francuscy aptekarze odkryli, że 100 proc. paracetamolu sprze-

dawanego we Francji jest produkowane w Chinach, nie mówiąc o maskach i kombinezonach. Taki system jest nie do utrzymania. [...]. Na pytanie dziennikarza: „Więc, dlaczego powstał?”, Jacques Rupnik odpowiada, odwołując się bezpośrednio do omawianego przez nas tematu. Jego odpowiedź brzmi: „Bo jest efektywny kosztowo”. A teraz widzimy, że efektywność kosztowa nie może być jedynym kryterium podejmowania decyzji gospodarczych, bo na dłuższą metę staje się to niebezpieczne. W tzw. normalnych czasach to jest fantastyczne. Kupujemy tam, gdzie jest najtaniej, i zamawiamy dokładnie na dzień, w którym coś będzie nam potrzebne. Tak robiliśmy przez parę dobrych dekad starej normalności. [...] Ale przede wszystkim osłabła już wiara, że rynek wszystko załatwi. Pandemia pokazała, jak bardzo jest to nieprawdą, jak ryzykowny jest system tworzony przez niekontrolowane rynki i jak ważne są dla nas usługi publiczne oparte na nierynkowych zasadach.

Tak więc z jednej strony przez całe dekady „starej normalności” społeczeństwo było przekonywane, że efektywność kosztowa jest najważniejszym kryterium „budowania systemu”, „wykonywania świadczeń”. Po czasie okazuje się, że jest to podejście niezwykle krótkowzroczne. Okazuje się, że „zasady nierynkowe” powinny znaleźć miejsce w myśleniu i podejmowaniu decyzji o zaspokajaniu potrzeb społecznych w zakresie ochrony zdrowia. Osoby kierujące się wyłącznie zasadami rynkowymi przyjmują pewien niezwykle uproszczony, wąski i jednoznaczny punkt widzenia, który pozwala im zazwyczaj z wyższością patrzeć na osoby uwzględniające szersze perspektywy jako „niewiedzące o co naprawdę chodzi” (naprawdę chodzi tylko o zysk i efektywność ekonomiczną jako jedyne kryterium) i kierujące się anachronicznymi, błędnymi przesłankami. Z przyjmowanego przez nie punktu widzenia jest wręcz niezrozumiałe i nieuzasadnione kierowanie się wartościami poza-ekonomicznymi. Jednak sytuacja kryzysu, sytuacji taka jak przytoczony przykład braku leków sprowadzanych z Chin lub kryzysu związanego z pandemią COVID-19 obnaża słabości systemu i ujawnia zagrożenia płynące z globalnej i lokalnej finansjalizacji. Z tego punktu widzenia system wartości oraz dominujących postaw osób podejmujących kluczowe decyzje, ich zasób wiedzy i szerokość perspektyw myślowych mają kluczowe znaczenie dla życia i przetrwania społeczeństw.

## Antynomie klasycznej relacji terapeutycznej i podejścia biznesowego

W naszych poprzednich publikacjach [7, 8] omówiliśmy obszary konfliktowe na styku relacji terapeutycznej i postaw biznesowych, mające w naszej opinii znaczenie dla pełnego zrozumienia zagrożeń, jakie niesie ze sobą postępująca zmiana postaw terapeutów i lekarzy związana z funkcjonowaniem w kapitalistycznie transformującej gospodarce. Do tradycyjnych postaw lekarskich, sprzed epoki transformacji, zaliczamy: umiejętność tworzenia uczciwej relacji, budowanie zaufania, dbałość o rzetelność własnego wykształcenia i umiejętności zawodowych, indywidualne podejście do pacjenta, przejrzystość relacji terapeutycznej, dbałość o dobro pacjenta (o wynik leczenia) bardziej niż o własny wynik (zysk) finansowy, umiejętność i gotowość do podejmowania współpracy między specjalistami i ogólnie mówiąc *fair play* w pełnym zakresie działań zawodowych.

W zestawieniu z powyższymi wartościami należy wymienić ich biznesowe (po-transformacyjne) antynomie, do których zaliczymy: nawiązywanie transakcji biznesowej (w miejsce relacji), nieufność (jakże przydatna w biznesie) w miejsce zaufania, duże znaczenie przywiązywane do dobrej reklamy, nawet większe niż do rzetelności i samej jakości świadczonej usługi, wnioskowanie statystyczne w miejsce podejścia indywidualnego, rywalizację o jak najlepszą pozycję w grupie (np. lokalnych specjalistów) w miejsce współpracy i wymiany doświadczeń, zachowywanie tajemnicy (handlowej) w miejsce przejrzystości działania, dbałość o wynik finansowy w miejsce dbałości o dobro pacjenta, oraz generalną zasadę mówiącą, że: cel uświęca środki w miejsce *fair play*.

Jako przykłady zmian w tym zakresie można przytoczyć sytuacje, które zachodzą także na poziomie organizacji dostosowujących się do biznesowych warunków. W jednej z sieci poradni psychiatrycznych zaistniała sytuacja dobrze ilustrująca tego rodzaju przemiany. Osoba wykonująca prace psychoterapeuty udała się na dłuższe zwolnienie lekarskie w związku z problemami zdrowotnymi. Nieoczekiwanie dla niej samej i dla jej pacjentów poradnia nawiązała z osobami leczonymi kontakt, proponując „substytucję” terapii innym terapeutą/terapeutką na czas nieobecności nieobecnego specjalisty, z perspektywą powrotu do dotychczasowej terapii po powrocie ze zwolnienia osoby prowadzącej poprzednio terapię. Przykład ten może posłużyć do zilustrowania dwóch sposobów myślenia. W tradycyjnym systemie kontakt terapeutyczny jest relacją unikatową, jednostkową, jest spotkaniem dwóch osób. W związku z tym nie podlega „czasowej zamianie” na inną osobę, która wejdzie w taką samą relację, a potem ją zakończy i przywrócony zostanie kontakt z osobą, z którą relacja została nawiązana poprzednio. W modelu biznesowym takie zachowanie jest w pełni uzasadnione. Powstaje luka w dochodach związana z nieobecnością pracownika, którą należy wyrównać. Są dostępni klienci, którzy „należą” do poradni (a nie są w relacji z terapeutą/terapeutką), więc trzeba im podstawić wykonanie tych samych usług innym usługodawcą. Wpływ takiej sytuacji na przytoczone wyżej wartości jak zaufanie, rzetelność, jednostkowe traktowanie jest dość oczywisty. Zarówno osoby leczone, jak i specjalista wykonujący usługi dostrzegają w takiej sytuacji swoją wartość przedmiotową (przynoszenie zysku) jako jedyne kryterium swojej wartości.

Sytuacja epidemiczna w 2020 r. unaoczniała nam zakres i globalny charakter napięcia pomiędzy tymi dwoma obszarami układu społecznego: tradycyjnym i biznesowym. Uwidoczniło się to najmocniej w zróżnicowaniu postaw lekarzy, takich jak: wycofywanie się z kontaktów z pacjentami vs. działanie na pierwszej linii frontu, podtrzymywanie relacji terapeutycznych w imię dobra pacjenta vs. zrywanie ich w imię własnego bezpieczeństwa. Również narastanie wzajemnej nieufności - lęk przed transmisją wirusa i związany z tym złożony system wzajemnych zabezpieczeń (ankiet epidemiologicznych, pomiarów temperatury, używania środków ochrony osobistej, maseczek, przyłbic, kombinezonów przez lekarzy (np. psychiatrów) i pacjentów, którzy nigdy wcześniej tego nie robili) potęgował stan wzajemnej nieufności i wzajemnego zagrożenia.

Równocześnie miało miejsce rozbudzanie lęku i stymulowanie masowej wyobraźni poprzez codzienne medialne obwieszczenia statystyk wykrywalności i zgonów, projektowane na osobiste zagrożenie jednostki. Pojawiło się też, niespotykane wcześniej, wyraźne zróżnicowanie środowiska lekarskiego w zakresie możliwości utrzymania pracy w warunkach epidemii (np. niemal całkowite wyłączenie gabinetów stomatologicz-

nych) oraz promowanie, zwłaszcza przez decydentów, kontr-etycznego podejścia, głoszącego, że w warunkach epidemii cel uświęca środki.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, jak te psychospołeczne procesy przełożą się na ogólny poziom zaufania do systemu ochrony zdrowia i do przyszłych strategicznych decyzji organizacyjnych? Jakie odległe skutki dla ludzkich zachowań, w sensie populacyjnym, przyniesie promowanie postawy, głoszącej, że: „cel uświęca środki”? Jak w związku z powyższym będzie przebiegać rozkład proporcji ufność – nieufność pomiędzy lekarzami (świadczeniodawcami) a pacjentami (klientami systemu).

## Anomia, czyli ryzyko „nowej normalności”

Koncepcja anomii (gr. a- = „bez”, nomos = „prawo”) została zaproponowana przez Emila Durkheima [3]. Wskazuje na uniwersalne zagrożenia, które pojawiają się w sytuacji niespójności systemów normatywnych, w okresach niepewności, braku jasnych celów społecznych, zwykle w czasach przemian społecznych i załamywania się porządku społecznego. W takiej sytuacji nie ma pewności, jakie reguły powinny być przestrzegane, gdyż dotychczas obowiązujące normy nie pasują do nowej rzeczywistości, a nowe nie są jeszcze ukształtowane. Prowadzi to do wzrostu liczby zachowań o charakterze dewiacyjnym i przestępczym. Ten stan może prowadzić do dezorganizacji społeczeństwa oraz do dezorganizacji jednostek, włączając w to zwiększone ryzyko zachowań przestępczych oraz samobójczych (samobójstwa anomiczne).

Jako psychiatrzy chcemy zwrócić uwagę na ryzyko nasilenia anomii w związku z tzw. „nową normalnością” w epoce po pandemii COVID-19. Czy w ogóle możliwe jest coś takiego jak nowa-normalność? Czy to określenie, jak wspomnieliśmy uprzednio, samo w sobie nie jest sprzeczne? Czy raczej nie pełni ono funkcji eufemizmu, pod którym kryje się raczej: a-normalność, analogiczna do durkheimowskiej anomii, czyli upadku normalności, załamania uznanych reguł?

Jeśli odpowiednio wcześniej nie zwrócimy uwagi na ryzyko powstania anomii w ramach a-normalności czy „nowej normalności”, to wkrótce może się okazać, że codziennie będziemy „zaskakiwani” informacjami o fali zachowań antyspołecznych, wykroczeń, przemocy domowej i instytucjonalnej, wznoszącej fali przestępstw oraz o rosnącej liczbie samobójstw. Dobrym przykładem może być eskalacja zamieszek, wandalizmu i przemocy w USA związana ze śmiercią aresztanta na skutek policyjnej przemocy, w szczytowym momencie pandemii koronawirusa.

Proces anomii może być jeszcze bardziej wzmocniany przez sprzeczne z zasadami i normami społecznym działania i wypowiedzi decydentów, polityków i liderów opinii, z których wynika, że doraźna efektywność jest ważniejsza niż stosowanie się do uzgodnionych struktur regulacyjnych (patrz: „cel uświęca środki”), przepisów prawa oraz przez systemową dewaluację autorytetów.

Przygotowanie się do przeciwdziałania społecznym skutkom anomii może, w naszej opinii, różnicować społeczeństwa na te, które sprostają odległym, o wiele groźniejszym niż wynikające z samej transmisji koronawirusa, psychospołecznym skutkom pandemii oraz te, które nie podążają temu zadaniu.

## Dysonans poznawczy

Pojęcie dysonansu poznawczego odwołuje się do teorii opisanej przez Leona Festingera w latach 50. XX w. [5]. Dysonans poznawczy definiuje się jako stan nieprzyjemnego napięcia psychicznego pojawiający się u danej osoby wtedy, gdy jednocześnie występują dwa niezgodzące się ze sobą elementy poznawcze (np. myśli i sądy), np. zachowanie danej osoby jest niezgodne z deklarowanym przez nią systemem wartości.

Stan dysonansu wywołuje przykre napięcie psychiczne i motywuje jednostkę do podjęcia działań mających na celu złagodzenie tego przykrego napięcia. W skrajnych przypadkach w wyniku dysonansu poznawczego osoby, które pierwotnie robią coś bez przekonania, np. na polecenie innych, zwłaszcza nielubianych lub nieszanowanych osób, zaczynają wierzyć w sens tego działania, a nawet są w stanie to działanie polubić i uzasadnić je w przeszłości.

Z teorii dysonansu poznawczego wynika, że człowiek może przeżywać przykre napięcie związane z konstatacją: „co innego myślę, a co innego robię”. Z uwagi na fakt, że zachowania nie można łatwo zmienić, to zazwyczaj dostosowaniu ulegają postawy. Innymi słowy, osoby zaczynają naprawdę wierzyć w to, co robią, i robić to ze zdwojoną energią, nawet jeśli jest to złe lub pozbawione sensu, bo w przeciwnym razie, gdyby uświadomiły sobie ten bezsens lub zło, którego się dopuszczają, to i ich poczucie wartości i samoocena musiałyby ulec poważnemu załamaniu.

Wraz z nadejściem pandemii COVID-19 w przestrzeni społecznej zaczęło pojawiać się wiele odniesień do książki „Czarny łabędź” Nassima Nicholas Taleba (2010, wyd. polskie 2020). W skrócie fenomen „czarnego łabędzia” ma polegać na pojawieniu się zjawiska, które nie było spodziewane, nie było oczekiwane, a jednak zaistniało. Na poziomie konkretnym jest to nawiązanie do dawnego przekonania, że wszystkie łabędzie są białe, co, jak pokazuje historia, zostało zweryfikowane po odkryciu Australii, gdzie kolonizatorzy zobaczyli miejscowe łabędzie czarne (*Cygnus atratus*) [14]. Nagle więc okazało się, że nie wszystkie są białe, istnieją także czarne, co miałyby być właśnie tym zaskoczeniem i niespodzianką. W takim ujęciu wybuch pandemii, jej skutki, lock-down i okres izolacji miałyby być „czarnym łabędziem”, który zaskoczył światową społeczność. Czy rzeczywiście?

Skoło jesteśmy przy łabędziach, oddajmy głos ornitologowi. Z takim poglądem polemizuje prof. Piotr Tryjanowski, który pisze: „Niektórzy dziś zaczynają dostrzegać czarne łabędzie w prognozowaniu, nawet tam, gdzie zjawisko, jak w przypadku epidemii wirusów odzwierzęcych, wcale nie ma rzadkiego charakteru. Teraz, post hoc, zaczynają przyznawać nawet rację, że rzeczywiście problem jest, ale wcześniej był głęboko ukryty. Szkoda czasu na rozstrzyganie kwestii, kto i kiedy miał rację. Lepiej wyciągnąć z tej lekcji wnioski. Trudno przewidywalne zjawiska, rzadkie i ekstremalne, stają się coraz bardziej prawdopodobne. Wędrują po świecie niczym łabędzie. Zgodnie z odwieczną naturą rzeczy, ale także wspierane nowoczesnymi procesami globalizacyjnymi – transportem na wielkie odległości, miejskim, przegęszczonym trybem życia i wzrastającą liczbą potencjalnych interakcji”. Tak więc „czarny łabędź” epidemii nie jest zjawiskiem nieoczekiwanym, a więc metafora przestaje mieć swoje uzasadnienie.

Ladislav Kesner i Jiří Horáček w artykule opublikowanym w „British Journal of Psychiatry” w ramach Cambridge Coronavirus Collection mierzą się z tematem wyzwań, jakie pandemia stawia przed współczesną psychiatrią. W nawiązaniu do „ele-

mentu zaskoczenia”, wskazują oni, że pandemia COVID-19 nie jest zdarzeniem izolowanym na tle wcześniejszej ogólnie dobrej kondycji społeczeństw i jednostek. Nie powinna więc być zaskoczeniem. Podkreślają, że rozprzestrzenianie się pandemii koronawirusa potęguje i tak znaczne obciążenie psychiczne ogółu społeczeństwa spowodowane problemami globalnymi, mającymi wieloraki wpływ na większość. Już wcześniej społeczeństwa mierzyły się ze stopniowo narastającymi i coraz bardziej powszechnymi negatywnymi emocjami: lękiem, obawami, poczuciem bezradności w obliczu narastających problemów jak pogłębiające się nierówności ekonomiczne, katastrofalne skutki zmian klimatycznych, rozprzestrzenianie się różnych form ekstremizmu, takich jak terroryzm, nieoczekiwany wzrost autorytarnych tendencji w polityce, kryzys migracyjny oraz towarzyszący temu gwałtowny wzrost ksenofobii i polaryzacji społeczeństw. Skutki tych zmian nie sumują się po prostu, ale narastają wykładniczo.

Uważają oni także, że komentatorzy i naukowcy działający w obszarze nauk społecznych zwrócili uwagę na zachodzenie tych problemów, jednak psychiatria nie uwzględniła jeszcze w wystarczającym stopniu tego, w jaki sposób na zdrowie psychiczne wpływa presja spowodowana gwałtownie narastającymi problemami i zagrożeniami stojącymi przed globalnymi społecznościami. Nie uwzględnia także dostatecznie tego, w jaki sposób indywidualne zdrowie psychiczne jest dynamicznie ograniczane i w jaki sposób wpływa na nie interakcja między poszczególnymi umysłami i mózgiami, które oddziałują na siebie we wspólnej przestrzeni społecznej. Przyjęty model psychiatrii skupiający się na indywidualnych problemach i chorobach mózgu będzie ich zdaniem coraz bardziej niezdolny do radzenia sobie z wyzwaniami wprowadzonymi przez niekorzystne zmiany o powszechnym charakterze.

W świecie postrzeganym jako zmienny, nieprzewidywalny i wypełniony zagrożeniami dla egzystencji coraz większa liczba indywidualnych przypadków lęku i zaburzeń nastroju i rozmaitych zaburzeń psychicznych jest przyczynowo związana z szeroko rozumianym przekazem medialnym i z przekazywanymi negatywnymi uczuciami i emocjami związanymi z radzeniem sobie z zagrożeniami. Psychobiologiczne czynniki etiologiczne zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju należy rozumieć w nowy sposób, jako pojawiające się również właśnie na poziomie społeczno-środowiskowym, a nie wyłącznie na poziomie genetycznym, molekularnym czy neuronalnym.

W konsekwencji należy uznać, piszą cytowani autorzy, że negatywne doświadczenia społeczne w coraz większym stopniu wynikają nie tylko z indywidualnych doświadczeń życiowych poszczególnych osób, ale są tworzone przez społecznie transmitowane negatywne treści psychiczne. Bezprecedensowy wzrost łączności między ludźmi za pomocą Internetu, komunikacji elektronicznej, a przede wszystkim wpływ mediów społecznościowych może odgrywać główną rolę w rozpowszechnianiu negatywnie waloryzowanych wiadomości i w pogłębianiu wpływu obiektywnie istniejących problemów na zdrowie psychiczne.

Wspólnym mianownikiem wszystkich wyżej wymienionych obciążeń społecznych, z których ostatnim i najbardziej dramatycznym wydarzeniem jest pandemia COVID-19, jest zwiększony poziom niepewności, jaki one stwarzają. Trudność, którą niesie doświadczanie niepewności, jest bardzo istotnym czynnikiem leżącym u podstaw rozwoju różnych zaburzeń: lękowych, nastroju i psychotycznych, a także niewłaściwych stylów radzenia sobie z nimi (obrony psychologicznej, takiej jak mechanizm unikania, postrzegania uciążliwości, agresji oraz samobójstwa). Z drugiej strony fakt, że lęk i stres



mogą ułatwiać i przyspieszać rozwój nowych, adaptacyjnych stylów radzenia sobie z negatywnymi zdarzeniami, otwiera możliwości skutecznych interwencji zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, czy po pandemii koronawirusa uda nam się w wymiarze społecznym rozwiązać szereg dylematów związanych ze zjawiskiem dysonansu poznawczego? Jak to się stało, że pandemia, która dotknęła nie więcej niż promil ludności świata, a tylko dla małego odsetka tego promila przyniosła poważne skutki zdrowotne, stała się jednocześnie usankcjonowanym administracyjnie powodem do egzystencjalnego, finansowego i psychicznego zdegradowania nieporównywalnie większej populacji? Jak to się stało, że niekwestionowane autorytety w dziedzinie zdrowia publicznego jak WHO czy krajowe ministerstwa zdrowia, towarzystwa epidemiologiczne etc., systematycznie wydawały sprzeczne, a częstokroć nedorzeczne zalecenia? Jak to się stało, że z dnia na dzień światowe media zdecydowały się przekierować uwagę widzów i słuchaczy z afirmacji życia i stałego rozwoju na tabu umierania i stałego zagrożenia, odliczając skrupulatnie kolejne zgony i tworząc, równoległe do pandemii, medium światowej infodemii i fake-newsdemii.

Z psychospołecznego punktu widzenia procesy informacyjne i komunikacyjne żyją teraz własnym życiem, pustosząc emocje i wyobraźnię milionów ludzi. Jak to się stało, że prominentni politycy, ludzie, którzy odpowiadają organizacyjnie za nasze życie, zdrowie, i bezpieczeństwo, tak łatwo i nagminnie (nie tylko w Polsce) pozwolili się oszukiwać nieautoryzowanym dostawcom beużytecznego sprzętu medycznego?

Czy uda nam się o tym wszystkim zapomnieć? Czy raczej, zgodnie z koncepcją dysonansu, uwierzmy, że to była jedyna słuszna droga, nasze działania miały głębszy sens i zakończyły się sukcesem? Przecież wiemy, że system poznawczy człowieka działa tak, by znaleźć uzasadnienie dla doświadczanych obaw i lęków, nadać sens stratom i porażkom. Ludzie dopasowują obraz świata do tego, jak się w danym momencie czują i co robią.

Z powyższego założenia wynikają też inne, bardziej praktyczne implikacje. Na przykład, jeśli wszyscy na ulicach i w sklepach będziemy przewlekle nosić maseczki, to tym bardziej będziemy przekonani o zakaźności, wszechobecności i szkodliwości koronawirusa, a także coraz mocniej wprzęgani w spiralę lęku i dystresu. To oczywiście nie jest zachęta do zrzucania maseczek, a jedynie zwrócenie uwagi na fakt, że każda tego typu decyzja, z pozoru tylko doraźna i uzasadniona epidemicznie, powinna być przeanalizowana w szerszym kontekście psychospołecznym, w ramach profilaktyki odległych i powiązanych z nią skutków zdrowotnych.

## Postprawda i postczłowiek

Postprawda (ang. *post-truth*) to sytuacja, w której fakty są mniej istotne w kształtowaniu opinii publicznej niż odwołania do emocji i osobistych przekonań [1]. W kreowaniu postprawdy kluczową rolę odgrywają media oraz osoby pełniące ważne funkcje publiczne, polityczne, i kulturowe. Postprawda odwołuje się wprost do koncepcji populizmu, neguje potrzebę argumentacji w dyskursie publicznym, promuje postawy cyniczne i dewalujące tradycyjne wartości (np. prawdę, uczciwość, rzetelność). W miejsce idei i realnych pomysłów, postprawda wprowadza grę na emocjach i tanią

sensację. Życie w epoce postprawdy skutkuje tym, że kłamstwo staje się naturalnym elementem przekazu, a kłamca żyje w przekonaniu, że za kłamstwa nie można go obwiniać. Ralph Keyes w swojej książce „The Post-Truth Era: Dishonesty and Deception in Contemporary Life” [10] twierdzi, że prawdziwy problem pojawia się wtedy, gdy „ktoś mówi, co tylko jest wygodne w danej chwili, nie zważa na prawdę i nie przyznaje się do tego nawet przed sobą”.

Jako psychiatrzy zastanawiamy się, jak zanurzenie ludzkiej świadomości w oceanie postprawdy, wylewającym się z mediów, reklam, Internetu, licznych psychologizujących i filozofujących webinarów oraz „pandemia samozwańczych autorytetów” ukształtują świadomość społeczną, jakość relacji międzyludzkich, poziom relacji terapeutycznych, a nawet tożsamość i metodologię samej psychiatrii. Czy w świetle opisanej uprzednio zmiany zachowań i postaw przystosowawczych związanych z pandemią możemy mieć nadal zaufanie do obiektywizmu diagnozy psychiatrycznej (np. w zakresie lęku społecznego, nerwicy natręctw)? Czy zaburzenia psychiczne rozpoznawane po pandemii koronawirusa będą dokładnie takie same jak przedtem, czy może w jakiś szczególny sposób wymodelowane przez nią, zgodnie z paradygmatem „nowej normalności” i modnym założeniem, że pandemia zmieniła wszystko? I wreszcie, w jakim stopniu my sami jako psychiatrzy poddajemy się pokusie konformizmu i wpisujemy w narrację postprawdy? Od razu śpieszymy z wyjaśnieniem, że nie znamy odpowiedzi na wszystkie wymienione pytania, tym samym pozostawimy je w sferze retorycznej.

Ostatnia obawa, którą chcemy podzielić się z czytelnikami, jest sumą wszystkich poprzednich obaw. Dostrzegamy bowiem ryzyko wzajemnego nakładania się i wzmacniania oddziaływań na jednostkę opisanych powyżej globalnych procesów społecznych: finansjalizacji, społecznej anomii, dysonansu społecznego i postprawdy. Brak refleksji nad tą synergią, może w naszej ocenie prowadzić do wzmocnienia ewolucji społeczeństwa w kierunku, który można określić jako postludzki czy posthumanistyczny [4]. W sensie jednostkowym taki postczłowiek kierowałby się w życiu, prostym rachunkiem ekonomicznym, preferował skuteczne, nawet jeśli byłyby brutalne, metody rozwiązywania konfliktów, a przy tym głęboko wierzył w to, co robi, i nadawał temu pozytywne znaczenie. Jeśli pandemia COVID-19 pozwoli nam zatrzymać się na moment i podjąć refleksję na temat powyższego zagrożenia, to może okazać się, że ujęta w przysłowiu staropolska antynomia: „Nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło” znów okaże się prawdziwa.

## Bibliografia

- [1] Biesecker B. A., *Guest Editor's Introduction: Toward an archaeogenealogy of post-truth*, Philosophy & Rhetoric, 2018, vol. 51, nr 4, s. 329-341.
- [2] Dembinski P. H., *Finance: servant or deceiver? Financialisation at the crossroad*, Basingstoke 2009.
- [3] Durkheim E., *Samobójstwo : studium z socjologii*, Warszawa 2006.
- [4] Fukuyama F., *Koniec człowieka : konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków 2004.
- [5] Hock r. r., *40 prac badawczych, które zmieniły oblicze psychologii*, Gdańsk 2003.
- [6] Jabłoński M. J., Matuszczyk M., Samardakiewicz M., *Różnorodność zachowań lekarzy wobec pacjentów w warunkach finansjalizacji systemu opieki zdrowotnej. Badanie ankietowe*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2019, t. 19, nr 2, s. 113-128. doi: 10.15557/PiPK.2019.0012
- [7] Jabłoński M. J., Murawiec S., Bielas J., Jach r., Pilecki M. w., *Finansjalizacja wpływa na jakość relacji terapeutycznej w psychoterapii*, Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 2015, t. 15, nr 1, s. 13-18. doi: 10.15557/PiPK.2015.0002

- [8] Jabłoński M. J., Pilecki M. w., Murawiec S., Bielas J., Rachel w., Jach r., *Nowe zagrożenia dla psychoterapii w Polsce po transformacji ustrojowej lat 80. XX wieku*, *Psychiatria*, 2014, t. 11, nr 2, s. 81-86.
- [9] Kesner L., Horáček J., *Three challenges that the COVID-19 pandemic represents for psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*, 2020, vol. 217, nr 3, s. 475-476. doi: 10.1192/bjp.2020.106
- [10] Keyes r., *The post-truth era: dishonesty and deception in contemporary life*, New York 2004.
- [11] Martin r., *Financialization of daily life*, Philadelphia 2002.
- [12] Taleb N. N., *The black swan*, 2<sup>nd</sup> ed., New York 2010.
- [13] Taleb N. N., *Czarny łabędź : jak nieprzewidywalne zdarzenia rządzą naszym życiem*, Poznań 2020.
- [14] Tryjanowski P., *Metafory forecastingu : zróżnicowanie łabędzi*, [dokument elektroniczny] <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/prof-piotr-tryjanowski-metafory-forecastingu-zroznicowanie-labedzi/> [dostęp: 08.08.2020].
- [15] Żakowski J., *Jaka będzie nowa normalność? Wywiad z Jacquesem Rupnikiem*, *Polityka*, 2020, nr 16 (3257), s. 23-25.