

Psychiatria i politycy: zespół pychy

Gerald Russel

The Psychiatrist 2011 35: 140-145

Lord Owen zwrócił uwagę na zagrożenia wynikające z piastowania czołowych stanowisk w rządzie przez osoby chore, szczególnie jeżeli za wszelką cenę starają się ukryć chorobę. Pojęcie „zespołu pychy” (hubris syndrome) dopiero zaczyna się kształtować, jednak Owen opracował przydatne wskazówki dla psychiatrów i innych lekarzy dotyczące rozpoznawania tego zespołu u osób sprawujących władzę. Przedstawiamy również zalecenia dla lekarzy zajmujących się takimi osobami.

Lord Owen ogłosił swoje poglądy dotyczące psychiatrycznych aspektów funkcjonowania polityków w 2009 roku na walnym zebraniu Royal College of Psychiatrists przed liczną publicznością. Do tej pory jego prace zostały opublikowane w książkach i czasopismach ogólnomedycznych.¹⁻³ Ten przegląd ma na celu bardziej bezpośrednie udostępnienie ich psychiatrom.

Droga zawodowa Davida Owena jest bogata i zróżnicowana. Szybko odszedł z medycyny (pracował między innymi w psychiatrii) na wyższe szczeble kariery politycznej (był parlamentarzystą, ministrem spraw zagranicznych, przewodniczącym partii socjaldemokratycznej i pokojowym negocjatorem w byłej Jugosławii). Stał się wpływowym, chociaż kontrowersyjnym, myślicielem politycznym. Pisząc o medycznych aspektach zachowania wybitnych polityków okresu ostatnich 100 lat, przyjął wyjątkowy punkt widzenia, łącząc perspektywę lekarza i polityka. W jego pracach można wyróżnić cztery zasadnicze tematy. Po pierwsze, zwraca uwagę na kluczowe znaczenie złego stanu zdrowia członków rządu, których decyzje mogą poważnie wpływać na interesy obywateli. Po drugie, jego opisy przypadków ukazują stałą tendencję do utrzymywania choroby w tajemnicy, co utrudnia lub uniemożliwia uzyskanie najlepszej pomocy medycznej i leczenia. Po trzecie, opisał zespół pychy, zaburzenie, które również często wpływa na zachowanie i podejmowanie decyzji przez polityków. W końcu, zaproponował środki naprawcze, które zminimalizowałyby wpływ złego stanu zdrowia na zdolność polityków do zajmowania się sprawami państwowymi.

Zespół pychy jest ogromnym wyzwaniem dla psychiatrów, częściowo dlatego, że jest pojęciem nowym, ale również z tego powodu, że, jak można sądzić, z trudem poddaje się łamigłówkom przemysłu klasyfikacji psychiatrycznych. Wkład Dawida Owena w dziedzinę psychiatrii polityków nie powinny być

przesłaniany przez aurę nowości wokół tego pojęcia. Chociaż jego prace koncentrują się głównie na politykach, mają one również znaczenie dla psychiatrów i innych lekarzy opiekujących się osobami piastującymi innego rodzaju stanowiska związane ze sprawowaniem władzy.

Historyczne opisy chorujących przywódców

Owen dokładnie przeanalizował wiele mechanizmów, za pośrednictwem których choroby psychiczne i fizyczne mogą zaburzać jakość decyzji podejmowanych przez członków rządu. Uwzględnił ostatnie 100 lat, przedstawiając sylwetki kliniczne mężów stanu, poczynawszy od Theodora Roosevelta i Woodrowa Wilsona na początku XX wieku, a skończywszy na Ronaldzie Reaganie i Borysie Jelcynie w niedawnej przeszłości.

Analizę pogłębia szczegółowa historyczna analiza postaci czterech przywódców, których choroby wywarły głęboki wpływ na wydarzenia na świecie: Anthony’ego Edena, Johna F. Kennedy’ego, szacha Iranu i Francois Mitteranda. W celu utrzymania tego artykułu w konwencji psychiatrycznej dalej omówimy tylko dwie pierwsze postaci, dołączymy natomiast opis trzeciej osoby, u której niewątpliwie występowała jawna choroba psychiczna. Opisy te z konieczności są krótkie, co rodzi ryzyko, że nie w pełni oddają charakter naukowych poszukiwań Owena, szczególnie w dostępnej dokumentacji medycznej. Wykażemy jednak wzajemne zależności między wahaniem stanu zdrowia tych trzech polityków a ich umiejętnościami politycznymi.

ANTHONY EDEN

Kariera Anthony’ego Edena zakończyła się po kryzysie sueskim (październik-grudzień 1956 r.). Eden podjął decyzję o podjęciu działań militarnych wobec Egiptu, we współpracy z Francją i Izraelem, po decyzji Nassera, prezydenta Egiptu, o zajęciu

Gerald Russel jest emerytowanym profesorem psychiatrii, Institute of Psychiatry, University of London oraz konsultantem psychiatrycznym w Priory Hospital Hayes Grove, Hayes, Kent.

Konflikt interesów: brak.

Kanału Sueskiego. Operacja okazała się co prawda sukcesem militarnym, jednocześnie jednak katastrofą polityczną, szczególnie przez wpływ na relację między USA a Wielką Brytanią. W sprawie tej operacji nie konsultowano się z prezydentem Eisenhowerem. Uznano, że ocena sytuacji Edena i jego zdolność do podejmowania kluczowych decyzji była poważnie zaburzona. Nie było wątpliwości, że był on ciężko chory wskutek uszkodzenia przewodu żółciowego podczas nieudanej operacji, następstwem czego było nawracające epizody zapalenia dróg żółciowych z wysoką gorączką. Dodatkowym czynnikiem było nierozsądne przepisanie mu tabletek drinamylu („purpurowe serca”, zawierające amfetaminę i barbiturany). W końcu Eden zaczął cierpieć na poważne wyczerpanie. Jego lekarz, Horace Evans, twierdził stanowczo, że powinien złożyć rezygnację ze względów zdrowotnych, co Eden uczynił 10 stycznia 1957 roku.

JOHN F. KENNEDY

Owen opisuje dokładnie, w jaki sposób polityczna przebiegłość (lub jej brak) prezydenta Kennedy'ego była zależna od jego stanu zdrowia, a szczególnie jakości leczenia, jakie otrzymywał.

John F. Kennedy mając 43 lata został najmłodszym prezydentem USA (wybrany w listopadzie 1960 roku). Mimo młodego wieku od początku prezydentury nie cieszył się dobrym zdrowiem. Cierpiał na chorobę Addisona, co utrzymywał w tajemnicy, mimo ostatecznego rozpoznania w 1947 roku. Był również narażony na silne bóle kręgosłupa na skutek urazu doznanego, kiedy niewielki kuter torpedowy, którym dowodził, został zatopiony przez japoński niszczyciel w 1943 roku. W 1954 r. konieczne było przeprowadzenie operacji stabilizacji lędźwiowego odcinka kręgosłupa metalową płytką, doszło jednak do zakażenia i w kilka miesięcy później płytka musiała zostać usunięta.

Pierwszym przykładem braku umiejętności politycznych Kennedy'ego była nieudana próba obalenia rządu Fidela Castro na Kubie. Amerykańska polityka miała polegać na udzieleniu wsparcia 1500 przeciwnikom Fidela Castro, po ich wyładowaniu w Zatoce Świń na Kubie w kwietniu 1961 roku. Kennedy uważał, że udzielenia jawnego militarnego wsparcia byłoby politycznie ryzykowne, nie był natomiast w stanie podjąć decyzji dotyczącej nadzorowania tajnych amerykańskich akcji militarnych. W obliczu porażki opracowano plan ewakuacji przez Amerykanów przeciwników Castro, jednak on również się nie powiódł.

Polityczną porażkę Kennedy'ego można powiązać z jego stanem zdrowia i złą koordynacją leczenia. Kennedy raczej wybierał sobie lekarzy, nie przyjmując rad sugerujących, żeby udał do któregoś ze znanych specjalistów. Jeden lekarz z powodu bólu kręgosłupa zalecił mu domięśniowe wstrzyknięcia prokainy. Inny lekarz przepisał amfetaminę doustnie i w formie iniekcji domięśniowych, okresowo w połączeniu z lekami sterydowymi, które były stosowane w dawkach przekraczających typową terapię zastępczą.

Inaczej niż w opisaney powyżej sytuacji, Kennedy wykazał się doskonałymi umiejętnościami politycznymi, kiedy rozwiązał kubański kryzys rakietowy w październiku 1962 roku. Przywódca Związku Radzieckiego Chruszczow wcześniej zdecydował o zainstalowaniu na Kubie rakiet nuklearnych, co miało być formą poparcia komunizmu na Kubie i w Ameryce Łacińskiej. W ciągu 2 tygodni postawa i koncentracja Kennedy'ego uległy ogromnej poprawie w porównaniu z okresem, w którym miały miejsce wydarzenia w Zatoce Świń. Prezydent powołał specjalną komisję wykonawczą, którego radami się kierował. Zrezygnował z zamiaru wykorzystania sił powietrznych na korzyść blokady morskiej, co okazało się skuteczniejszą metodą. Dał Chruszczowowi możliwość powiedzenia „Uratowałem Kubę, powstrzymałem inwazję”.¹ W ramach prywatnych kontaktów dyplomatycznych Kennedy zaoferował w rewanżu usunięcie rakiet amerykańskich z baz w Turcji.

Uważa się, że ogromny wzrost umiejętności politycznych Kennedy'ego był spowodowany wyraźną poprawą stanu jego zdrowia. Wtedy znajdował się pod opieką znanego specjalisty, dr. Hansa Krausa, który przejął całkowitą kontrolę nad stosowanym przez niego leczeniem, od tej pory opierającym się w dużej mierze na ustrukturyzowanej fizykoterapii i ograniczeniu szkodliwego połączenia amfetaminy i steroidów.

LYNDON JOHNSON

Po tym, jak prezydent John F. Kennedy został zamordowany w zamachu w 1963 roku, jego następcą został wcześniejszy wiceprezydent, Lyndon Johnson. Zdrowie Johnsona już wtedy budziło wątpliwości, ponieważ w 1955 roku, w wieku 46 lat, przeżył poważny incydent wieńcowy. Już wcześniej charakteryzowały go wahania nastroju z wyraźnymi epizodami depresyjnymi, jednak po zawale serca wystąpiła poważna depresja. Dziś niewiele wiadomo, czy w ogóle, a jeżeli tak, to jakie, leczenie depresji stosowano u Johnsona wówczas i w okresie, kiedy pełnił funkcję prezydenta.

W 1965 roku Johnson przeżył cholecystektomię spowodowaną kamcią żółciową. Po operacji rozwinęła się depresja o nasileniu wystarczająco poważnym, by rozważać rezygnację z prezydentury, jednak wyperswadowano mu tę decyzję. W 1965 roku bliscy obserwatorzy zwrócili uwagę na coraz bardziej nieracjonalne zachowanie Johnsona, jego wewnętrzny opór pogłębiły jeszcze zewnętrzne wydarzenia – wojna w Wietnamie – oraz słabnące poparcie polityczne.

Johnson był z natury podejrzliwy i robił wszystko, żeby ukrywać informacje o swojej chorobie. Nie budzi wielu wątpliwości to, że w ciągu całego swojego życia cierpiał na głęboką depresję, zaś niektórzy psychiatrzy jego ordynarne i gwałtowne zachowania przypisywali hipomanii. W 2006 roku na podstawie w przeglądu materiałów biograficznych dotyczących amerykańskich prezydentów rozważano, czy podczas swojej prezydentury Johnson nie przejawiał cech zaburzenia afektywnego dwubiegunowego typu I. W okresie 1965-67 przechodził przez długie okresy napięcia i cierpienia związanego z wojną w Wiet-

namie. Pod koniec 1967 roku lekarze ostrzegali żonę Johnsona, Lady Bird, że niepokoją się stanem zdrowia jej męża, jednak on już wcześniej oświadczył jej, że zrezygnuje przed wyborami prezydenckimi w 1968 roku. Ogłosił w wystąpieniu telewizyjnym, że nie będzie ponownie startował w wyborach.

Cytowany bywa Clark Clifford (doradca prezydentów Trumana, Kennedy'ego, Johnsona i Cartera), który twierdził, że „gdyby nie Wietnam, Johnson należałby do najznamienitszych prezydentów”.¹ Wczesny okres jego pobytu w Białym Domu charakteryzowały wybitne osiągnięcia w postaci reform prawa społecznego, szczególnie prawa cywilnego. Prezydent był jednak udrczony wojną w Wietnamie, która, w połączeniu z jego podupadającym zdrowiem, doprowadziła do rezygnacji.

Zespół psychy

Tłumacząc stworzony przez siebie termin zespół psychy, Owen stwierdza, że jego celem jest „ustalenie związku przyczynowo-skutkowego między sprawowaniem władzy a dziwacznym, zaskakującym zachowaniem, będącym przejawem niestabilności psychicznej”.² Owen starannie unika jednoznacznych określeń, takich jak szaleństwo czy psychoza. W rzeczywistości opiera się na języku Bertranda Russella, który opisuje, co może się zdarzyć, kiedy „brakuje niezbędnego elementu, pokory”: „Po zniknięciu tej kontroli nad dumą, kolejnym etapem jest znalezienie się na drodze do pewnego rodzaju szaleństwa – zatrucia władzą.”⁴

Słowo „hubris” pochodzi z greki i oznacza „zbliżającą się katastrofę”, jak również „arogancję”. Wiele przesłanek wykorzystanych przez Owena do opracowania hipotezy zespołu psychy pochodzi z obserwacji prezydenta USA George'a W. Busha i brytyjskiego premiera Tony'ego Blaira. Owen koncentruje się na krytycznych komentarzach dotyczących ich decyzji o rozpoczęciu wojny w Iraku bez wyraźnego planowania, adekwatnego do następstw konfliktu. Twierdzi, że istnieje ogromny zasób wiedzy na temat genezy tych wydarzeń. Wspomina również osobiste kontakty z Blairem w latach 1998-2003. Owen ma świadomość, że jego „opisy przypadków” dotyczące Busha i Blaira nie mają „perspektywy dającej większy dystans w stosunku do okresu historycznego, który opisują.”¹ W moim własnym komentarzu pominę poglądy dotyczące Busha i Blaira z bardzo oczywistego powodu – konieczności pełnej perspektywy historycznej. Zamiast tego przeanalizuje dwa przykłady przywódców, których historie zostały szczegółowo opisane i ostrożnie uargumentowane jako obrazujące zespół psychy. Chodzi o Davida Lloyda George'a i Richarda Nixona.

DAVID LLOYD GEORGE

Lloyd George osiągnął wysoką pozycję podczas pierwszej wojny światowej, kiedy dzięki zabiegom politycznym wysunął się na pozycję przywódcy rządu koalicyjnego partii liberalnej i konserwatywnej. Jego pozycja w wojennym gabinecie „wynikała w większej mierze z siły talentu i osobowości niż z cech zwią-

zanych bezpośrednio z jego pozycją... Wiele osiągnął dzięki mediacjom.”¹ Podczas wojny przeprowadził kilka znaczących interwencji. Po zakończeniu wojny w listopadzie 1918 roku Lloyd George został okrzyknięty „człowiekiem, który wygrał wojnę”.¹

Po wyborach w grudniu 1919 roku koalicja ponownie zdobyła poparcie i Lloyd George pozostał premierem. Panuje zgodne przekonanie, że był genialny jako premier. Zyskał opinię skutecznego mediatora. Przeprowadził również ważne reformy społeczne, w tym wprowadzenie ubezpieczenia dla bezrobotnych i powołanie nowego ministerstwa zdrowia. Jednak w latach 1921-22 fortuna się odwróciła, co zauważył Beaverbrook (1963): „Wówczas jego zalety zamieniły się w wady. Popępnął zbrodnię arogancji. Struktura oparta na pewności siebie i sukcesie załamała się.”¹ Jego reputacja skutecznego rozjemcy upadła po porażce Ligi Narodów. Konkludowano, że upadek Lloyda George'a był skutkiem błędów wynikających z „podejmowania działań nacechowanych pychą.”³ Był zafascynowany stanem wojny i wypracował „zwyczaj narady”. Wykształcił również prezydencki styl rządzenia, wchodząc w kompetencję ministrów.

RICHARD NIXON

Nixon na początku swojej kariery politycznej odnosił niezwykle sukcesy. W okresie prezydentury Dwighta Eisenhowera został wybrany na wiceprezydenta USA. Ubiegał się o prezydenturę w 1960 roku jednak został nieznacznie pokonany przez Johna F. Kennedy'ego. w 1968 roku startował ponownie i wygrał, a następnie został ponownie wybrany na kolejną kadencję, odnosząc miażdżące zwycięstwo w listopadzie 1972 roku. W sondażach opinii publicznej stale wyprzedzał swojego rywala z partii demokratycznej, dlatego zaskakujące było, dlaczego ponowna elekcja Nixona w 1972 roku spowodowała rozłam w Komisji Krajowym Komitecie Demokratów z główną siedzibą w Watergate, Washington DC. Ekipa Nixona próbowała zatuszować fakty, a ostatecznie okazało się, że on też był w to zaangażowany. Kiedy stanął w obliczu niemal pewnego oskarżenia, złożył rezygnację 9 sierpnia 1974 roku. 8 września 1974 roku jego następcą, prezydent Gerald Ford, zagwarantował Nixonowi całkowite ułaskawienie. Biografowie stwierdzili, że ocena osiągnięć Nixona w okresie jego prezydentury jest trudna. Było wiele mocnych stron, w tym zakończenie wojny w Wietnamie i poprawa relacji między USA a Chinami. Natomiast Owen nie idzie na kompromis, twierdząc, że nigdy nie należy zapominać o nadużywaniu władzy przez Nixona.

W okresie swojej prezydentury Nixon przejawiał wyraźne zaburzenia stanu psychicznego. Mocne dowody wskazują na to, że cierpiał na zespół psychy, szczególnie po reelekcji.¹ Opisując jego osobowość, określa się go jako samotnika, o paranoidalnych cechach, wysokim poziomie lęku, ze skłonnością do depresji i nadużywania alkoholu. W pewnym momencie było tak wiele wątpliwości dotyczących stabilności psychicznej Nixona, że James Schlesinger, sekretarz obrony, nakazał swoim

podwładnym na kierowniczych stanowiskach, żeby nie wprowadzali w życie żadnej decyzji prezydenta dotyczącej spraw militarnych bez wcześniejszej konsultacji z nim. W ciągu ostatnich 18 miesięcy urzędowania stan psychiczny Nixona jeszcze bardziej się pogorszył, co było związane z rosnącym zagrożeniem postawieniem w stan oskarżenia.

Na początku 1975 roku zdrowie Nixona się uległo poprawie. Odzyskał poważanie w roli wybitnego męża stanu w dziedzinie kontaktów zagranicznych. Przeżył poważny udar 18 kwietnia 1994 roku, a kilka lat później zmarł.

KLINICZNE CECHY ZESPOŁU PSYCHY

Sporządzono długą listę zachowań uważanych za charakterystyczne dla zespołu psychy.⁵

Kryteria

Tego typu zachowanie przypisuje się osobie, która:

1. postrzega świat jako miejsce służące własnej chwale poprzez użycie władzy,
2. skłania się do działań służących przede wszystkim wzmocnieniu osobistego wizerunku,
3. w stopniu nieproporcjonalnym do sytuacji dba o swój wizerunek i prezentację,
4. wysławia się z mesjanistyczną żarliwością i uniesieniem,
5. jednoczy się z narodem lub organizacją,
6. podczas rozmów używa formy *pluralis majestatis* „my”,
7. ujawnia nadmierną pewność siebie,
8. okazuje wyraźne lekceważenie innym
9. czuje się odpowiedzialna tylko wobec wyższej instancji (historii lub Boga),
10. niezachwiane przeczuwa, że ta wyższa instancja postępowania odda mu sprawiedliwość,
11. traci kontakt z rzeczywistością,
12. skłonna jest do niepokoju i podejmowania impulsywnych działań,
13. dopuszcza prawość moralną, by odsunąć rozważanie względów praktycznych, kosztów i rezultatów,
14. przejawia niekompetencję, lekceważąc praktyczne aspekty uprawiania polityki.

Spośród tych 15 punktów pięć jest uważanych za „unikalne” (5, 6, 10, 12 i 13), ponieważ nie występują wśród kryteriów zaburzeń osobowości w DSM-IV.⁶ Owen & Davidson stwierdzają,⁵ że konieczna jest obecność przynajmniej 3 z 14 charakterystycznych postaw i zachowań, przy czym aby kryteria zespołu psychy można było uznać za spełnione, przynajmniej 1 pozycja powinna być zaliczana do grona unikalnych.

Kontekst

Kluczowe dla rozpoznania jest spełnienie warunku, że dana osoba dysponuje znaczną władzą i zajmuje taką pozycję od pewnego już czasu, zanim rozwinęły się niektóre z wymienionych powyżej zachowań. Zachowania te często wygasają po utracie władzy.

Predysponujące cechy osobowości

Dokładnie te cechy osobowości, które umożliwiają danej osobie zdobycie władzy, jednocześnie, jeżeli ulegną zaostrzeniu, przyczyniają się do wystąpienia zespołu psychy.⁵ Jeśli te cechy ulegają zaburzeniu, stają się nieprawidłowymi zachowaniami, dzięki którym można rozpoznawać zaburzenie osobowości według kryteriów DSM-IV. Zidentyfikowano trzy takie zaburzenia:⁵

1. Osobowość narcystyczną.
2. Osobowość antyspołeczną.
3. Osobowość histrioniczną.

Co więcej, 7 z 14 postaw i zachowań charakterystycznych dla zespołu psychy należy również do kryteriów osobowości narcystycznej.

Stosowanie leków poprawiających funkcjonowanie lub nadużywanie alkoholu może nasilać cechy zespołu psychy. Rozpoznanie powinno być ograniczone do osób nieobciążonych dużą depresją,⁵ która jest kryterium wykluczającym, pozwalającym na odróżnienie tego zespołu od zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

KLASYFIKACJA I PATOGENEZA

Wybierając określenie „zespół psychy” Owen osiągnął ostrożny kompromis, umożliwiający rozpoznawania nieprawidłowych zachowań do celów diagnostycznych, niekoniecznie w połączeniu z przypisywaniem im konkretnego konkretnego statusu bezpośredniej patologii. Innymi słowy, Owen unika posługiwania się pojęciem choroby, czy nawet zaburzenia. DSM-IV i ICD-10 unikają trudnego zadania definiowania charakteru klasyfikowanych kategorii, posługując w zamian terminem „zaburzenie”, stanowiącym współczesną podstawę klasyfikacji diagnostycznych.⁶⁻⁸ Niektórych problemów związanych z pojęciem zaburzenia można uniknąć, odwołując się do koncepcji odrębnych zespołów, stanowiących jedynie grupy objawów zwykle występujących jednocześnie.

Owen osiągnął kompromis, jednak jednocześnie zaostrzył problem: „Nie ma większego znaczenia, czy (zespół psychy może być uznany) za odrębne rozpoznanie psychiatryczne, czy za podtyp osobowości narcystycznej”.

Brano pod uwagę przede wszystkim nabyty podtyp osobowości narcystycznej (oś II), który rozwija się po zdobyciu władzy i zanika po jej utracie. Owen i Davidson sugerują również, że zespół psychy może być zaburzeniem I osi, uwarunkowanym środowiskowo i rozpoczynającym się w związku ze stresującym wydarzeniem, a zatem przypominającym zaburzenie adaptacyjne (według kryteriów DSM-IV i ICD-10).⁵ Wydaje się, że do takiego podejścia zniechęca tytuł artykułu na temat zaburzeń adaptacyjnych, który określa je jako „wadliwy aspekt terminologii psychiatrycznej.”⁹ Wyrażano również żal z powodu marginalizacji zaburzeń adaptacyjnych (przynajmniej w badaniach epidemiologicznych) wskutek nadmiernie elastycznego pojmowania depresji i sztywnych kryteriów ICD-10 i DSM-IV.⁹

ZMODYFIKOWANE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZESPOŁU PSYCHY

Zaletą koncepcji zespołu psychy Owena jest jej ostrożność, natomiast ograniczeniem – długa, zoperacjonalizowana lista nieprawidłowych zachowań, z których żadne nie jest niezbędne do rozpoznania. Dlatego korzystne byłoby zmodyfikowanie opisu zespołu psychy, który dzięki temu mógłby stać się bardziej podatny na ewentualne zaklasyfikowanie w kolejnych wydaniach DSM w przyszłości.

Kontekst

Bardzo ważnym czynnikiem sytuacyjnym jest sprawowanie władzy przez osobę, u której rozwija się zespół psychy.

Zaburzenia zachowania

Oceny powinno się dokonywać bardziej na podstawie tego, czy dana osoba zachowuje się w dysfunkcyjny sposób, prowadzący do podejmowania niemądrych i obarczonych ryzykiem decyzji, mogących działać na szkodę osób, które reprezentuje, niż na przeglądzie listy szerokiego zakresu różnych zachowań. Jest to trudne, ponieważ jedynie osoby blisko związane z procesem podejmowania decyzji mogą wychwycić zmiany w zachowaniu.² Co więcej, oceny należy dokonywać niezależnie od kontekstu procesów politycznych.

Nadmierne reakcje polityków na stresujące wydarzenia polityczne

Pogorszenie funkcjonowania danej osoby może być postrzegane jako nadmierna reakcja na osobiste i polityczne wydarzenia życiowe. Można je rozumieć jako mechanizm radzenia sobie w obliczu poważnych zagrożeń (np. nadchodząca wojna lub katastrofa, np. 11 września 2001 roku). Stres jest często powiększany przez wrogie media stawiające polityków pod pręgierzem.

Wcześniejsze cechy osobowości i patoplastyczność

Te cechy stanowią atrybuty, które pomagają danej osobie zdobyć władzę i utrzymać się na szczycie. Mogą one również mieć wpływ patoplastyczny. Patoplastyczność jest terminem wprowadzonym przez Birnbauma,¹⁰ który używał go jako określenia przyczynowych czynników wpływających na strukturę choroby. Może oznaczać również cechy osobowości i kontekst społeczny, które wpływają na koloryt zaburzenia neurotycznego i jego psychologiczną treść.¹¹ Zgodnie z koncepcją patoplastyczności, następuje przejście od zaburzenia osobowości do ujawnienia choroby psychicznej. Dużą wartość ma tutaj koncepcja zaburzeń adaptacyjnych.

Dotychczasowe reakcje na pojęcie zespołu psychy

Dobrze rozumiem każdego, komu przyjdzie walczyć z systemami DSM i ICD podczas prób zwrócenia uwagi na występowanie nowego zespołu psychopatologicznego. Kiedy w 1979

roku opisałem bulimię,¹² musiałem zмагаć się jedynie z drobiazgowym wydawcą, który chciał, żebym dokładnie określił, dlaczego uważam ją za odrębny zespół. Do pewnego stopnia przekonałem siebie, że rzeczywiście mam do czynienia z odrębnym zespołem, którego wyodrębnienie jest przydatne pod względem diagnostycznym, który nie ma jednak żadnych implikacji etiologicznych. Szczęśliwie był to okres, kiedy system DSM stał w obliczu dużej zmiany, wraz z opublikowaniem DSM-III i przyjęciem „ateoretycznego podejścia”.¹³ W tym okresie nie było jeszcze ICD-10, kiedy jednak opracowano je w 1992 roku, przyjęto bez oporu stworzony przeze mnie opis żarłoczności psychicznej.

Komisje zajmujące się planowaniem kolejnych wydań DSM przeważnie są postrzegane jako konserwatywne. Byłoby zaskakujące, gdyby w piątym wydaniu planowanym na 2013 rok uwzględniły zespół psychy. Zwolennicy nowych zespołów napotkają prawdopodobnie na opór związany z dominującymi obecnie poglądami. Raport zdrowotny przedstawiony w wydaniu wiadomości BBC w czerwcu 2010 miał następujący nagłówek: „Zdrowie psychiczne: czy teraz wszyscy jesteśmy chorzy?”¹⁴ Wyrażano niepokój, że po opublikowaniu DSM-V u prawie każdej osoby można będzie rozpoznać zaburzenie psychiczne.

Także profesjonaliści, w bardziej zrównoważony sposób, mówili o ryzyku „przeddiagnozowania”.¹⁵ Zastanawiali się również, czy stawianie rozpoznań bywa rzeczywiście pomocne w leczeniu. Wyrażali żal z powodu tego, co, jak zakładali, będzie stanowić odejście od podejścia wielowymiarowego w kierunku klasyfikacji jaką początkowo proponowano dla DSM-V. Etykietowanie diagnostyczne jest bez wątpienia konieczne, częściowo jako podstawa leczenia, ale przede wszystkim w celu stworzenia języka używanego przez psychiatrów i wszystkich, którzy podejmują próbę zrozumienia zaburzeń psychicznych.

Pojawiło się kilka konkretnych komentarzy dotyczących pragnienia Owena, aby stworzyć pewne miejsce w systemach klasyfikacyjnych dla zespołu psychy. MacSuihbhne¹⁶ napisał obszerny, wnikliwy artykuł na temat konceptualizacji pojęcia choroby, szczególnie choroby psychicznej, w którym nawiązał do podejść filozoficznych. Na jednym końcu umieścił Thomasa Szasa, wraz z innymi radykalnymi i bardziej subtelnymi filozofami medycyny, Georgesem Canguilhemem i K.W. Fulfordem. Przytaczano następujący argument przeciwko definiowaniu zespołu psychy w kategoriach chorobowych: „problem wymykających się spod kontroli przywódców jest problemem politycznym. Traktowanie go jako choroby... jest po prostu błędem.”¹⁶

W odpowiedzi na to Owen powiedziałby prawdopodobnie, że stworzone przez niego pojęcie zespołu psychy nie jest w prosty sposób powiązane z pojęciem choroby psychicznej. Co więcej, z artykułem Pincusa i wsp.¹³ w pełni mogą zgodzić się tylko osoby, które są zwolennikami poglądu, że na rozpoznanie zaburzeń psychicznych „zasługują” tylko ciężko chorzy z zaburzeniami organicznymi lub psychotycznymi, a nie osoby z mniej nasilonymi lub atypowymi zaburzeniami, które określa się jedynie mianem „problemu społecznego”, „tylko zaburzeń

osobowości” lub „po prostu problemu politycznego.” W swoim ateoretycznym podejściu DSM i ICD unikają hierarchii wykluczających w nadziei, że zostaną uwzględnione wszystkie istotne klinicznie informacje. Prowadzi to do wielu różnych wąsko zdefiniowanych rozpoznań psychiatrycznych, z których każde ma zoperacjonalizowane kryteria diagnostyczne. Przeważnie nie przyjmuje się założeń dotyczących przyczyn zaburzeń, które należy wykazać empirycznie.

Innym autorem, który bezpośrednio komentował pracę Owena, jest Wessely.¹⁷ Nie był przekonany do traktowania pychy w kategoriach psychiatrycznych. Wskazywał na niebezpieczeństwa wynikające z używania pejoratywnych określeń przy opisywaniu osób, których zachowania są trudne, niebezpieczne lub odmienne od zachowań innych. Jest to słuszne zastrzeżenie, ponieważ w przeszłości „techniczne” terminy diagnostyczne zaczęły być stosowane w obraźliwym charakterze, szczególnie, kiedy przenikały z piśmiennictwa medycznego do potocznej prasy. Na tego rodzaju zagrożenia wskazują również ci, którzy obawiają się, że DSM-5 może prowadzić do medykalizacji wzorców zachowań i silniejszej stygmatyzacji.¹⁵ Zawsze działa się tak, że określenia diagnostyczne, nawet wskazujące na dysfunkcję umysłową, niosą ze sobą ryzyko stygmatyzacji. Dobrze wyraził to Roy Porter, który szyderczo powiedział: „Rzeczywistym rozwiązaniem problemu stygmatyzacji psychiatrycznej byłaby oczywiście powszechna akceptacja zaburzeń psychicznych i nieodczuwanie wstydu. Byłoby to jednak jak pragnienie gwiazdki z nieba.”¹⁸ Wessely stawia również pytanie o to, który Dawid Owen reprezentuje trafniejszy punkt widzenia – Owen lekarz czy Owen polityk.¹⁷ Owen polityk i historyk oczywiście rzucił światło na problem, jednak jego medyczny wkład w zrozumienie zaburzeń zachowania u polityków również zasługuje na uwagę. Trzeba go także docenić za pomoc w wykrywaniu wczesnego stadium zespołu pychy u polityków, których stan zdrowia budzi niepokój, a w przypadku których zespół pychy mógłby prowadzić do niebezpiecznych decyzji wynikających z niezdolności przewidywania niekorzystnych konsekwencji, związanych z dużym zagrożeniem dla niezliczonej liczby osób.¹

Leczenie i zapobieganie

JAWNE CHOROBY PSYCHICZNE

Owen wymienia siedmiu prezydentów USA, którzy, jak ocenia, cierpieli na choroby psychiczne podczas sprawowania swojej funkcji w okresie między 1906 a 2006 rokiem. Zwrócił również uwagę na częsty wśród polityków zwyczaj ukrywania choroby. Przyczyną tego jest przeważnie obawa, że nie zostaną wybrani, jeżeli prawda wyjdzie na jaw. Konspiracja trwa podczas sprawowania urzędu, ponieważ obawiają się, że ich opinie i decyzje zostaną uznane za niewiarygodne.

Owen z wyczuciem omawia trudną rolę osobistych lekarzy głów państw. Pragnąc całkowicie szanować poufność danych swojego pacjenta, mogą być narażeni na poważne konflikty.

Dobitnie wyraża swoje poglądy: „Lekarze muszą być gotowi zmierzyć się z faktem, że ponoszą odpowiedzialność za swoje państwo, która wykracza poza ich odpowiedzialność za pacjentów. Przysięga Hipokratesa nie jest bezwzględna. W bardzo rzadkich przypadkach muszą być wyjątki” (str. 209).¹ Teoretycznie może tak być w takich przypadkach. Jednak w praktyce osobisty lekarz będzie mieć poczucie, że jego najważniejszym zobowiązaniem jest lojalność wobec pacjenta.

Ostatnio głośno było o sytuacji dotyczącej Mo Mowlam, kiedy pełniła funkcję sekretarza stanu Irlandii Północnej i rzekomo skłamała w kwestii łagodnego lub złośliwego charakteru guza mózgu, na który cierpiała. Jej lekarz był zdania, że ten guz mógł przyczynić się do zaburzeń zachowania i złej oceny sytuacji: „Nie mogłem jednak nic zrobić, byłem jej lekarzem. Byłem odpowiedzialny za jej leczenie, nawet jeżeli nie pozwałała mi trzymać dokumentacji we właściwym miejscu, ani napisać do jej lekarza ogólnego. Mówiłem jej, żeby powiedziała Blairowi (Tonemu Blairowi, premierowi Wielkiej Brytanii), jednak nie zrobiła tego, kłamała... byłem w potrzasku... Ona była także moją pacjentką i musiałem dochować tajemnicy lekarskiej.”¹⁹ Na tym przykładzie widać jawną opozycję wobec poglądów wyrażanych przez Owena dotyczącą odpowiedzialności lekarzy w jego własnym państwie.

Owen sugerował częściowe rozwiązanie tego dylematu. Polegałoby ono na tym, że osobisty lekarz pełniłby nadal funkcję doradcy pacjenta, natomiast nie reprezentowałby już dłużej pacjenta przed opinią publiczną. Wydaje się dobrym pomysłem, żeby rozdzielić odpowiedzialność osobistego lekarza i drugiego lekarza, który uczestniczyłby w oficjalnych spotkaniach i wydawał raporty udostępniane opinii publicznej.

ZESPÓŁ PYCHY

W naturze tego zaburzenia leży upośledzenie krytycyzmu, dlatego osobistemu lekarzowi trudno jest zastosować leczenie, nawet, jeżeli jest skuteczne. Przykłady proponowanych przez Owena rozwiązań po części mają charakter polityczny, na przykład ustalenie czasowych granic sprawowania urzędu, np. 4-letnia kadencja dla prezydentów USA. Trzeba również zachować przestrzeń dla zwykłych środków, takich jak uzyskiwanie pomocy od bliskich krewnych i przyjaciół. Osoby z zespołem pychy mogą akceptować pomoc w leczeniu powikłań, takich jak depresja, problemy związane z używaniem alkoholu, czy wtórne trudności rodzinne. Owen ma nadzieję, że psychologiczne leczenie zaburzeń osobowości staje się coraz bardziej skuteczne, a dana osoba może chcieć poszukać pomocy, jeżeli wie, że uzyska większe korzyści i bardziej empatyczne podejście podczas leczenia niż w przeszłości.

Podsumowanie

Owen w dużym stopniu przyczynił się do rozwoju psychiatrii polityków i innych osób sprawujących władzę, co należy docenić. Opis zespołu pychy może wymagać przedefiniowania, zanim

stanie się jednym z rozpoznań w uznanych klasyfikacjach psychiatrycznych. W związku z tym oryginalne kryteria diagnostyczne Owena zostały zmodyfikowane i uproszczone. Jego rady dla lekarzy opiekujących się osobami sprawującymi władzę wzbudziły kontrowersje wśród profesjonalistów i osób reprezentujących poglądy, że prywatne życie nie jest publiczną własnością. Niemniej, Owen rozpoczął użyteczną dyskusję na ten temat, proponując rozdzielenie odpowiedzialności między osobistego lekarza zajmującego się pacjentem i drugiego lekarza, który interpretowałby chorobę pacjenta na korzyść opinii publicznej.

From the Psychiatrist (2011), 35: 140-145. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Owen D. In *Sickness and in Power*. Methuen, 2008.
- Owen D. *The Hubris Syndrome: Bush, Blair and the Intoxication of Power*. Politico's, 2007.
- Owen D. Hubris and nemesis in heads of government. *J R Soc Med* 2006;99:548-51.
- Russell B. *A History of Western Philosophy* (2nd edn): 782. George Allen and Unwin, 1961.
- Owen D, Davidson J. Hubris syndrome: an acquired personality disorder? A study of US Presidents and UK Prime Ministers over the last 100 years. *Brain* 2009;132: 1396-406.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). APA, 1994.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, 1992.
- Jablensky A. The syndrome - an antidote to spurious co-morbidity? *World Psychiatry* 2004;3:24-5.
- Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry* 2001;179:479-81.
- Birnbaum KC. *Der Aufbau der Psychose [The Structure of Psychoses]*: 6-7. Springer, 1923.
- Russell GFM, Treasure J. Anorexia nervosa through time. In *Eating Disorders* (eds G Szukler, C Dare, J Treasure): 9-10. John Wiley, 1995.
- Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
- Pincus HA, Tew J, First MB. Psychiatric co-morbidity: is more less? *World Med* 2004;3:18-23.
- Roxby P. Mental health: are we all sick now? *BBC News Health* 2010, 28 July (<http://www.bbc.co.uk/news/health-10787342>).
- Wykes T, Callard F. Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. *J Ment Health* 2010;19:301-4.
- McSuihbne SP. What makes 'a new mental illness'? The cases of salastalgia and hubris syndrome. *Cosmos History: J Natural Soc Philosophy* 2009;5:210-25.
- Wessely S. Commentary: the psychiatry of hubris. *J R Soc Med* 2006;99:552-3.
- Porter R. Is mental illness necessarily stigmatising? In *Every Family in the Land: Understanding Prejudice and Discrimination against People with Mental Illness* (Revised Edition) (ed AH Crisp): 3-13. Royal Society of Medicine, 2004.
- Merrick J. Mo Mowlam lied to Blair about her brain tumour: minister forced her doctor to keep malignancy secret as she took part in Ulster peace talks. *Independent on Sunday* 2010; 17 January.
- Aaronovitch D. Private lives should never belong to the public. *Times*, 2010;16 February.