

ANNA MICHALSKA

POLSKA AKADEMIA NAUK
INSTYTUT FILOZOFII I SOCJOLOGII
E-MAIL: MICHALSKANNA@GMAIL.COM

Hiperracjonalność jako niedostatek rozumności. Studium depresji

STRESZCZENIE

Łączę perspektywy neurobiologiczną i fenomenologiczną, by pokazać, że depresja jest związana z zaburzeniami w percepcji własnego ciała, a także ze zmniejszoną motywacją do eksploracji otoczenia i zredukowanym poczuciem sprawczości. Efektem tego jest hiperracjonalność, wyrażająca się czysto rozumowym stosunkiem do otoczenia, przy czym schematy myślenia charakteryzuje sztywność mająca związek z brakiem potrzeby eksploracji. Konkludując, wskazuję, że struktura doświadczenia w depresji jest podobna do struktury dobrze osadzonych instytucji, a ewentualna krytyka postaw depresyjnych przenikających rozmaite praktyki społeczne musi iść w parze z krytyczną analizą oferty filozoficznej, którą niosą popularne paradygmaty terapeutyczne.

SŁOWA KLUCZOWE

depresja, racjonalność, nadrefleksja, ciało, percepcja ciała

Depresja rozumiana jako zespół szczególnego rodzaju zaburzeń afektywnych i poznawczych stanowi dogodny model dla studiów nad specyfiką ludzkiej rozumności oraz jej deficytów. Charakteryzuje ją swoisty paradoks: hiperracjonalność (nadrefleksyjność, hiperlogiczność) idzie w parze ze znaczącymi zaburzeniami w sferze racjonalnego działania.

Jeśli przyjrzeć się jej szerzej – wykraczając poza dobrze znany zestaw objawów, jak obniżenie nastroju, poczucie winy, apatia, problemy ze snem itp. – depresja okazuje się samonapędzającym się mechanizmem, który w swym dążeniu do problematyzacji każdego aspektu ludzkiego doświadczenia zarazem rozszerza i zawęża jego granice. Uważna analiza struktury

doświadczenia depresyjnego sugeruje ponadto, iż u podstaw nowożytnego – nastawionego od czasów Kartezjusza na krytykę wszelkich form myślenia i działania – ideału racjonalności tkwi coś, co na użytek niniejszego wywodu proponuję nazwać postawą depresyjną. Ideał ten – propagowany i realizowany nie tylko w licznych koncepcjach filozoficznych, ale też stanowiący zespół głęboko zakorzenionych, milczących założeń, określających strukturę i sposób działania wielu instytucji – jest kontrowersyjny w tej mierze, w jakiej separuje sferę myślenia od sfery działania, w efekcie zaburzając obydwie. Pojawia się w związku z tym pytanie, czy skrajnie „krytyczna” racjonalność nie jest w rzeczywistości szczególnym przypadkiem irracjonalizmu.

Powyższego pytania nie jestem oczywiście w tym krótkim tekście rozstrzygnąć. Ograniczam się tu do analizy depresji jako określonego sposobu myślenia i przeżywania, który wydaje się wypełniać zasady racjonalności krytycznej. Łączę neurobiologiczne oraz fenomenologiczne perspektywy analityczne, koncentrując się na sposobie, w jaki osoby dotknięte depresją doświadczają własnego ciała. Coraz więcej koncepcji i rozstrzygnięć neurobiologicznych oraz fenomenologicznych jest bowiem zbieżnych w sugerowaniu, iż objawy i doświadczenia afektywne i poznawcze są drugorzędne względem przedrefleksyjnych zaburzeń w postrzeganiu ciała. Owo „wykorzenie” jest z kolei źródłem postawy krytycznej bliskiej bądź tożsamej ze sceptycyzmem.

W pierwszej części tekstu omawiam najważniejsze neurobiologiczne modele depresji. Analiza taka, ujawniając „mechanikę” depresji, pozwala usystematyzować jej symptomatologię oraz fenomenologię. Ponieważ jednak mechanistyczny opis nie wyczerpuje problemu doświadczenia depresyjnego, w kolejnej części przeanalizuję fenomenologię depresji pod kątem tych aspektów, które są istotne z punktu widzenia relacji między cielesnością a stylem myślenia czy też nastawieniem poznawczym osób cierpiących na depresję.

Kończąc, zwracam uwagę na strukturalne podobieństwa pomiędzy postawą depresyjną a popularnym modelem krytycznej racjonalności. Sygnalizuję też istnienie międzydyscyplinarnych pól problemowych, które zasługują na wnikliwą eksplorację.

Neurobiologia depresji. Modele badań nad depresją

W literaturze przedmiotu znajdziemy co najmniej kilka niesprzecznych ze sobą neurobiologicznych modeli depresji, które kładą nacisk na różne aspekty tego złożonego zjawiska. Wzięte razem, modele te wyznaczają zbiór pod-

stawowych zasad, które muszą być uwzględnione w analizie depresji. Z neurobiologicznego punktu widzenia depresja jest zaburzeniem w funkcjonowaniu całych systemów neuronalnych, nie zaś poszczególnych ośrodków, i ma związek z obniżeniem lub zanikiem neurogenezy oraz neuroplastyczności. Mówiąc bardziej precyzyjnie, wśród przedstawicieli tak zwanych neuronauk panuje zgoda, iż depresja ma związek z wielopoziomowymi zaburzeniami w ramach tak zwanej pętli korowo-limbicznej, które skutkują, najbardziej obrazowo rzecz ujmując, patologicznym uproszczeniem światopoglądu i zarazem wyostreniem doświadczenia w pewnych jego aspektach.

Depresja jako zaburzenie równowagi i komunikacji pomiędzy mózgowymi ośrodkami przetwarzania emocjonalnego

Na poziomie neurobiologicznym depresja przejawia się zaburzeniami w funkcjonowaniu kilku kluczowych ośrodków mózgowych, będących komponentami pętli czołowo-limbicznej¹: kory przedczołowej i ciemieniowej oraz tak zwanego układu limbicznego (w tym głównie jądra migdałowatego i hipokampa), przedniego zakrętu obręczy oraz kory wyspy.

Wyraźne anomalie występują w funkcjonowaniu dwóch krytycznych z punktu widzenia sprawnego poruszania się w świecie ludzi i przedmiotów rejonów kory przedczołowej: tak zwanej kory grzbietowo-bocznej oraz brzuszno-przyśrodkowej². Kora grzbietowo-boczna odpowiada za wyższe funkcje poznawcze, do których należą między innymi planowanie, uwaga, pamięć robocza, rozwiązywanie problemów. Kora grzbietowo-boczna bierze udział w przetwarzaniu bodźców płynących ze środowiska zewnętrznego, a także w tak zwanej kontroli wykonawczej³ (zob. niżej). Aktywność

¹ W. D. S. Kilgore, D. A. Yurgelun-Todd, *Ventromedial Prefrontal Activity Correlates with Depressive Mood*, "Developmental Neuroscience" 2006, No. 26, s. 167–171; V. Miletic, M. Robinson, T. Oakes, S. Iyengar, S. G. Ball, J. Russell, *Neurobiology of Depression: An Integrated View Of Key Findings*, "International Journal of Clinical Practice" 2007, No. 61 (12), s. 2030–2040; M. Koenigs, J. Grafman, *The Functional Neuroanatomy of Depression. Distinct Roles for Ventromedial and Dorsolateral Prefrontal Cortex*, "Behavior and Brain Research" 2009, No. 201 (2), s. 239–243; D. Sliz, Sh. Harley, *Major Depressive Disorder and Alterations in Insular Cortical Activity. A Review of Current Functional Magnetic Imaging Research*, "Frontiers in Human Neuroscience" 2012, No. 6, s. 323.

² M. Koenigs, J. Grafman, op. cit.; A. Papazacharias, M. Nardini, *The Relationship Between Depression and Cognitive Deficits*, "Psychiatria Danubina" 2012, Vol. 24, suppl. 1, s. 179–182.

³ Zob. R. N. Spreng, *The Fallacy of "Task-Negative" Network*, "The Frontiers of Psychology" 2012, No. 145; R. N. Spreng, W. D. Stevens, J. P. Chamberlain, A. W. Gilmore, D. L. Schacter, *Default Network Activity, Coupled with the Frontoparietal Control Network, Supports Goal-Directed cognition*, "NeuroImage" 2012, No. 53 (1), s. 30–17.

kory brzuszo-przyśrodkowej jest natomiast ukierunkowana wewnętrznie: ma ona wiele wzajemnych powiązań z ośrodkami przetwarzania emocji w układzie limbicznym oraz z podkorowymi ośrodkami nagrody. Krótko mówiąc, ten rejon mózgu pełni rolę pośrednika między poznaniem a afektem, nadaje myślom i spostrzeżeniom wartość emocjonalną, uczestniczy też w procesie autorefleksji⁴.

Badania za pomocą funkcjonalnego rezonansu magnetycznego pokazują, że u chorych dotkniętych depresją spoczynkowa aktywność kory grzbietowo-bocznej jest obniżona względem grupy kontrolnej, natomiast aktywność kory brzuszo-przyśrodkowej – podwyższona⁵. Umysł pacjenta dotkniętego depresją funkcjonuje głównie w tak zwanym trybie domyślnym (*default mode*). Chory nie ma motywacji do działania, jest bierny i zorientowany na przeżycia wewnętrzne. Przejście z trybu domyślnego na zadaniowy najwyraźniej sprawia chorym trudność, o czym świadczy obniżona aktywność kory brzuszo-przyśrodkowej oraz podwyższona aktywność kory grzbietowo-bocznej podczas wykonywania zadań. Owe różnice w rozkładzie aktywności kory grzbietowo-bocznej oraz brzuszo-przyśrodkowej podczas spoczynku oraz wykonywania zadań sugerują, iż pacjenci dotknięci depresją muszą włożyć więcej wysiłku w rozwiązywanie zadań. Cierpi zarówno pamięć robocza, jak i podejmowanie decyzji oraz koncentracja⁶. Rozwiązywanie problemów przestaje być naturalne, spontaniczne: badania wykazują, iż w trakcie wykonywania złożonych zadań, na przykład tak zwanego testu Stroopa, osłabienie kory bocznej idzie w parze z zaangażowaniem zasobów „zewnętrznych” względem funkcji poznawczych, jak pamięć semantyczna⁷.

Kora grzbietowo-boczna bierze również udział w neutralizowaniu negatywnych emocji za pomocą ich tłumienia lub poprzez reewaluację bodźca. Istnieją różnice w funkcjonowaniu tego rejonu w prawej i lewej półkuli: w depresji obniżona aktywność spoczynkowa dotyczy lewej półkuli, podczas gdy prawa – odpowiedzialna za utrzymanie uwagi – okazuje się nadaktywna⁸. W rezultacie osoby dotknięte depresją nie tylko mają problemy

⁴ M. Koenings, J. Grafman, op. cit.

⁵ Ibidem.

⁶ A. Papazacharias, M. Nardini, op. cit.

⁷ D. Sliz, Sh. Harley, op. cit. W teście Stroopa badanemu prezentuje się na przykład nazwy kolorów wydrukowane czcionką w kolorze niezgodnym z treścią, a następnie prosi się o określenie, w jakim kolorze wydrukowane jest dane słowo.

⁸ S. Grimm, J. Beck, D. Shuepbach, D. Hell, P. Boesiger, F. Bermpohl, L. Niehaus, H. Boeker, G. Northhoff, *Imbalance between Left and Right Dorsolateral Prefrontal Cortex in Major Depression Is Linked to Negative Emotional Judgment. An fMRI Study in Severe Major Depressive Disorder*, "Biological Psychiatry" 2008, No. 63 (4), s. 369–376.

z reewaluacją negatywnych emocji, ale też bardziej się na nich koncentrują. Są zalewani falą negatywnych uczuć, z którą nie są sobie w stanie poradzić inaczej niż przez wycofanie się. Nie bez znaczenia jest również fakt, iż zgodnie z hipotezą lateralizacji prawa półkula jest w dużo większym stopniu nakierowana na przeżycia negatywne i sytuacje chaotyczne, podczas gdy lewa półkula pełni funkcję organizującą i jest ukierunkowana na percepcję porządku. Nadaktywność prawej półkuli względem lewej sama w sobie stanowi więc częściowe przynajmniej wyjaśnienie interesującego nas zjawiska.

Charakterystyczny dla depresji zanik motywacji do działania ma związek z faktem, iż mózgowo ośrodki nagrody osób dotkniętych depresją – znajdujące się w starym ewolucyjnie ośrodku, w tak zwanych jądrach podstawy – dużo słabiej reagują na pozytywne bodźce⁹. Najprawdopodobniej zaburzenia w tym rejonie są przyczynowo odpowiedzialne za objawy związane z obniżeniem aktywności kory przedczołowej bocznej – oba regiony są silnie powiązane ze sobą, a ich praca regulowana jest przekazywaniem dopaminy.

Charakterystyczne dla depresji wycofanie samo w sobie świadczy o zaburzeniach w ramach systemu dopaminergicznego. W depresji, podobnie jak w stanach lękowych, spada znacząco motywacja do spontanicznych zachowań zorientowanych na eksplorację otoczenia¹⁰, co w oczywisty sposób wpływa ujemnie na proces uczenia się. Uczenie się nowych rzeczy wymaga pewnej wrażliwości na bodźce, która powoduje raczej zaciekawienie niż lęk przed nieznanym. Z uwagi na zaburzenia w ramach systemu dopaminergicznego owa ekscytacja nowością, w normalnych okolicznościach motywująca do aktywnej eksploracji, zostaje stłumiona niepokojem, który z kolei zostaje „skodyfikowany” w postaci typowego dla depresji, cynicznego światopoglądu (zob. niżej), który ma za zadanie uzasadniać na poziomie intelektualnym wspomnianą niechęć do podejmowania kontrolowanego ryzyka i testowania różnych możliwości działania.

⁹ J. Epstein, H. Pan, J. H. Kocsis, Y. Yang, T. Butler, J. Chusid, H. Hochberg, J. Murrrough, E. Strohmayer, E. Stern, B. A. Sillbersweig, *Lack of Ventral Striatal Response to Positive Stimuli in Depression versus Normal Subjects*, “American Journal of Psychiatry” 2006, No. 163 (10), s. 1784–1790; D. A. Pizzagalli, A. J. Holmes, D. G. Dillon, E. L. Goetz, J. L. Birk, R. Bogdan, D. D. Dougherty, D. V. Iosifescu, S. L. Rauch, M. Fava, *Reduced Caudate and Nucleus Accumbens Response to Awards in Unmedicated Subjects with Major Depression Disorder*, “American Journal of Psychiatry” 2009, No. 166 (6), s. 702–710.

¹⁰ Jakk Pansepp odnoszące się do systemu dopaminergicznego określenie „system nagrody” proponuje zastąpić nazwą „system eksploracji” (SEEKING system). Zob. J. Pansepp, *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford–New York 1998.

Depresja jako zaburzenie kontroli wykonawczej

Rozpatrując rzecz z nieco innej perspektywy, można powiedzieć, że depresja jest zaburzeniem w ramach tak zwanej kontroli wykonawczej. Kontrola wykonawcza to sieć ośrodków mózgowych (części płata ciemieniowego, przedczołowego, kory obręczy, kory wyspy), która nadzoruje interakcje między różnymi segmentami systemu emocjonalnego oraz wyższymi funkcjami poznawczymi. Mechanizm ten pozwala integrować poznanie wewnętrzne z zewnętrznym w procesie rozwiązywania złożonych (wieloaspektowych) problemów i projektowania długofalowych strategii działania¹¹. Zaburzenia w funkcjonowaniu kontroli wykonawczej skutkują rozszczepieniem między intelektem a emocjami oraz osłabioną, zorientowaną negatywnie uwagą i motywacją.

Za jedną z podstawowych przyczyn depresji uznaje się dziś powszechnie przewlekły stres lub też wrodzoną nadwrażliwość na bodźce. Przekonanie to ma solidne neurobiologiczne podstawy. Chroniczny stres jest zjawiskiem samonapędzającym się: w wyniku długotrwałej ekspozycji na stresogenny bodziec zostaje on niejako zinternalizowany – dochodzi do swoistego uogólnienia bodźca w postaci mniej specyficznego wzorca, w wyniku czego coraz więcej sytuacji zaczyna podpadać pod kategorię stresora. Stan napięcia staje się wręcz nawykiem, reakcją względnie niezależną od presji środowiskowej.

Na poziome neurobiologicznym przewlekły stres przejawia się trwałą nadaktywnością na osi hormonalnej podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy. Mechanizm jest następujący: Każde – czy to realne, czy domniemane – zagrożenie aktywuje mózgowy ośrodek strachu, jądro migdałowe. Jądro to wpływa na działanie podwzgórza oraz podkorowych regulatorów reakcji autonomicznych („uciekaj-albo-walcz”), jego aktywność jest z kolei modulowana przez hipokamp oraz korę mózgową. Przewlekły stres oznacza silniejszą stymulację jądra migdałowego, które wymyka się spod kontroli wyższych ośrodków korowych, pobudzając podwzgórze do zintensyfikowanej stymulacji przysadki, która z kolei wydziela hormon pobudzający korę nadnerczy do produkcji kortyzolu. Nadmiar kortyzolu zwrótnie oddziałuje na hipokamp, z czasem go niszcząc¹². Ponieważ zaś hipokamp odpowiada za kontekstualne uczenie się, pośredniczy też w relacji między jądrem migdałowym a korą mózgową, przewlekły stres upośledza mechanizmy odpowiedzialne za reewaluację bodźców i modulację odpowiedzi. Brak możliwości spontanicznego umiejscawiania zdarzeń w szerszym, mniej

¹¹ N. R. Spreng, op. cit.

¹² V. Maletic et al., op. cit.

biało-czarnym kontekście powoduje charakterystyczne dla depresji widzenie tunelowe i uwięzienie w nacechowanych negatywnie schematach reakcji emocjonalnych i myślowych. Sytuacyjny strach przeradza się w zdekontekstualizowany lęk¹³, trwale zmieniając percepcję rzeczywistości.

Co szczególnie istotne, w depresji zaburzona jest komunikacja między jądrem migdałowatym (ośrodkiem strachu) a korą wyspy, ważnym ośrodkiem odpowiadającym za integrowanie uczuć trzewnych i tym samym umożliwiającym świadome monitorowanie stanów fizjologicznych organizmu¹⁴. Kora wyspy jest, wedle Antonia Damasio, źródłem uczuć podstawowych, które z racji swej oczywistości są najmniej uchwytnie, a jednocześnie zasadniczo wpływają na nasze samopoczucie¹⁵. W depresji kora wyspy jest zmniejszona, gorzej skomunikowana z wyższymi ośrodkami mózgowymi, w dodatku przetwarzanie emocji zostaje przekierowane do tego jej rejonu, który u osób zdrowych odpowiada za przetwarzanie bodźców bólowych¹⁶.

Podsumowując, depresja na poziomie neurobiologicznym przejawia się powiązanymi ściśle ze sobą zaburzeniami kontroli wykonawczej oraz interocepcji, co koreluje z obniżeniem nastroju, motywacji do działania oraz zdolności zmiany punktu widzenia.

Fenomenologia depresji. Dwa obrazy ciała

W niniejszym tekście skupiam się na bardzo podstawowym, choć wciąż niedostatecznie silnie obecnym w powszechnej świadomości, cielesnym aspekcie depresji. U osób dotkniętych przewlekłą depresją dochodzi bowiem do zaburzeń w percepcji własnego ciała. Zaburzenie to stanowi elementarny punkt odniesienia – czy wręcz ramę pojęciową – dla fenomenologii i symptomatologii depresji. Cielesny aspekt depresji dobrze też naświetla relację pomiędzy neurobiologicznym oraz fenomenologicznym poziomami zjawiska.

Problem zaburzonej percepcji ciała w depresji (oraz schizofrenii) podejmuje Thomas Fuchs w swych pracach inspirowanych fenomenologią Edmunda Husserla oraz Maurice'a Merleau-Ponty'ego. Fuchs za Merleau-Pontym posługuje się rozróżnieniem na ciało przeżywane (*lived body*) oraz ciało jako obiekt¹⁷. Ciało przeżywane to ciało będące podmiotem, działają-

¹³ J. LeDoux, *The Synaptic Self. How Our Brains Become Who We Are*, New York 2003.

¹⁴ D. Slitz, Sh. Harley, op. cit.

¹⁵ A. Damasio, *Jak umysł zyskał jaźń. Konstruowanie świadomego umysłu*, Poznań 2010, s. 87–88, 128.

¹⁶ D. Slitz, Sh. Harley, op. cit.

¹⁷ Th. Fuchs, *The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression*, "Journal of Phenomenological Psychology" 2003, No. 33 (2), s. 223–

ce, żywe, odpowiadające w skoordynowany sposób na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne. Wśród osób zdrowych fizycznie i psychicznie jest ono oczywistością i stanowi niewysłowiony i niesproblematyzowany punkt odniesienia i medium doświadczenia – jest czymś, co z samej swojej natury nie podlega ewaluacji i krytyce. Ciało ma jednak także aspekt fizyczny: podlega oddziaływaniom przyczynowo-skutkowym, stawia opór, ulega chorobom, wymaga poddawania go różnym operacjom¹⁸. Własnego ciała jako obiektu doświadczamy na co dzień w sytuacjach dużego wysiłku, na który nie jesteśmy przygotowani, czy też podczas wykonywania rutynowych, nieważnych, automatycznych czynności, jak mycie zębów.

Jak zauważa Fuchs, w depresji relacja między dwoma obrazami ciała zostaje zaburzona. Ciało przeżywane *zastyga*, zaczyna się wymykać bezpośrednio doświadczeniu. Przestaje być medium działania i staje się martwym obiektem fizycznym, którego opór trzeba ciągle pokonywać siłą woli¹⁹. Warto przypomnieć, że rozróżnienie na ciało przeżywane oraz ciało jako obiekt zostało dużo wcześniej zaproponowane przez Arthura Schopenhauera – miało ono zasadnicze znaczenie w jego interpretacji filozofii Immanuela Kanta. Wedle Schopenhauera ciało pierwotnie (w sensie metafizycznym) nie jest przyczynowo nieuwarunkowaną wolą, lecz stanowi jej wyraz. Ciało dla Schopenhauera jest podstawą bycia i doświadczenia: harmonię osiąga się w procesie doświadczania świata i siebie samego, nie zaś poprzez próby manipulowania fizycznością w nadziei na pokonanie jej nieuchronnych ograniczeń. Jednakże życie osoby pogrążonej w depresji jest podporządkowane właśnie wysiłkowi kontrolowania odpornej materii ciała i umysłu, co szybko prowadzi do stanu mentalnego wyczerpania, powodując nasilenie symptomów.

Depresyjna nadrefleksyjność

Gdy ciało przestaje być medium doświadczenia i działania i zostaje zredukowane do obiektu podlegającego oddziaływaniom, pojawia się potrzeba odgórnej kontroli, a w ślad za tym – nadrefleksyjność.

243; idem, *Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Depression and Schizophrenia*, "Psychology and Psychiatry" 2005, No. 12 (2), s. 95–107.

¹⁸ A. Schopenhauer, *Świat jako wola i przedstawienie*, tłum. J. Galewicz, Warszawa 2009.

¹⁹ Do opisu tego zjawiska Fuchs używa trudnego do przetłumaczenia terminu *corporealization*.

Pojęcie nadrefleksyjności należy stosować z dużą ostrożnością, gdyż zasadniczo odnosi się ono zarówno do depresji, jak i schizofrenii (psychozy)²⁰. Między tymi dwoma rodzajami nad-myślenia zachodzi jednak zasadnicza różnica. Jak podkreśla Fuchs, podczas gdy schizofrenicy doświadczają odcieleśnienia (*disembodiment*) – dosłownie rozszczepienia ciała i umysłu – melancholicy zostają uwięzieni we własnym „martwym” ciele²¹. Nie ma tu miejsca, by szczegółowo rozwinąć tę myśl. Wystarczy na razie zaznaczyć, iż nadrefleksyjność w depresji ma związek z zanikiem woli i motywacji do działania²²: melancholicy, w przeciwieństwie do schizofreników, nie mają obsesji kontrolowania każdego gestu i ruchu, wykazują jednak zasadnicze trudności w podejmowaniu (inicjowaniu) działań i ich systematycznym wykonywaniu, co – jak zauważono wcześniej – ma związek z nadmiernym obciążeniem aparatu wolicjonalnego i koniecznością angażowania go do najbardziej nawet trywialnych zadań. Wola w depresji, jak zauważa Fuchs, traci przejrzystość semantyczną²³ i staje się problemem. „Czysta” myśl ma zastąpić naturalną sprawczość. Pojawia się samonarzucony przymus. Wedle Matthew Ratcliffe’a melancholia to w istocie zaburzenie w o l n e j w o l i²⁴.

Z neurobiologicznego punktu widzenia zanik naturalnej sprawczości ma związek z zaburzeniami w obrębie tak zwanych znaczników somatycznych. Termin ten – ukuty przez Antonia Damasio – odnosi się do stanów cielesnych (emocji), które zabarwiają nasze myśli i działania, subtelnie nadając im kształt i kierunek. Stanowią one nieodzowny komponent w procesie podejmowania decyzji oraz planowania i monitorowania działań²⁵. Zaburzenia na poziomie interocepcji, z którymi mamy do czynienia w depresji, skutkują zagubieniem, zanikiem inicjatywy, myśleniem za pomocą dużych kwantyfikatorów, nadmierną koncentracją na sobie oraz potrzebą kontroli, która jest w istocie jej pozorem, ponieważ musi być każdorazowo poprzedzona aktami deliberacji i nie znajduje oparcia w naturalnym, zadaniowym i kontemplatywnym, nastawieniu do świata.

²⁰ L. A. Sass, *Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1994; Th. Fuchs, *The Psychopathology of Hyperreflexivity*, „Journal of Speculative Philosophy”, 2010, No. 24 (3), s. 239–255; idem, *Corporealized...*, op. cit.

²¹ Idem, *The Psychopathology...*, op. cit.

²² Ibidem.

²³ Th. Fuchs, *Corporealized...*, op. cit.

²⁴ M. Ratcliffe, *Depression and the Phenomenology of Free Will*, [w:] K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, T. Thornton, *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford 2014.

²⁵ A. Damasio, *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*, tłum. M. Karpiński, Poznań 2013.

Jak zauważa Fuchs, depresja przejawia się ograniczeniem *metaperspektywy* rozumianej jako umiejętność koordynowania dwóch obrazów ciała²⁶. Na poziomie neurobiologicznym metaperspektywa odpowiada kontroli wykonawczej, odpowiedzialnej za równoważone funkcjonowania mózgu w trybach zadaniowym (zorientowanym zewnątrznie) i domyślnym (zorientowanym wewnątrznie). W depresji tryb domyślny, jak wspomnieliśmy, wyraźnie dominuje i jest – inaczej niż u osób zdrowych – podporządkowany negatywnym emocjom²⁷.

Poczucie winy – jeden z najważniejszych, różnicujących objawów długotrwałej depresji – wiąże się właśnie z owym „nieogarnianiem ciała”, jego przytłaczającą obecnością i obcością zarazem. Melancholicy mają tendencję do nadmiernego tłumaczenia się i poczuwania do odpowiedzialności za wszelkie zło. Bezpośrednią przyczyną jest oczywiście niskie mniemanie o sobie, głębsza przyczyna leży jednak w elementarnym braku zaufania do własnego ciała, które zdaje się wymagać ciągłego nadzoru. Ów brak zaufania uogólnia się na poczucie powszechnego skażenia i niedoskonałości. Wycofanie się ze świata jest źródłem swoistego egocentryzmu, który powoduje, że chory poczuwa się do odpowiedzialności za wszelkie zło, paradoksalnie nie będąc przy tym w stanie podejmować działań naprawczych, co ma oczywiście związek z uogólnioną, niemożliwą do praktycznego ogarnięcia skalą przewin.

Podobnie rzecz ma się ze wstydem: melancholik czuje się wystawiony na krytyczny ogląd otoczenia, ponieważ sam rozpatruje siebie i swoje ciało z perspektywy zewnętrznej, pasywnej i rozczłonkowanej, nie zaś wewnętrznej, aktywnej i całościowej.

Nastawienie osądzące i cyniczny paradygmat poznawczy

Najogólniej rzecz ujmując, w depresji człowiek traci poczucie integralności cielesnej i mentalnej. Spójność w myśleniu i działaniu nie jest już dana, lecz musi zostać odgórnie, za cenę dużego wysiłku, narzucona. Jak trafnie zauważa Fuchs, melancholik osadza siebie w roli prokuratora: traktuje siebie jak niesprawny mechanizm i ciągle osądza swoje braki. Ten negatywny osąd zastępuje wewnętrzną motywację. Brak metaperspektywy oznacza brak

²⁶ Th. Fuchs, *The Phenomenology...*, op. cit.

²⁷ M. Koenings, J. Grafman, op. cit.; D. Slitz, Sh. Harley, op. cit.; J. P. Hamilton, D. Furman, C. Chang, M. Thomason, E. Dennis, I. Gotlib, *Default-Mode and Task-Positive Network Activity in Major Depressive Disorder. Implications for Adaptive and Maladaptive Rumination*, "Biological" 2011, No. 70 (4), s. 327–333.

perspektywy rekonyliacji, rozwiązania konfliktu²⁸. Cierpiący na depresję są w stanie intelektualnie wyobrazić sobie pozytywne rozstrzygnięcia konkretnych problemów, jednak traktują je jako fantasmagorie niewarte poważnego potraktowania i niemożliwe do zastosowania w praktyce.

Charakterystyczna dla depresji nadrefleksyjność prowokuje specyficzną postawę poznawczą, którą można określić mianem cynicznego poznania. Depresja to też swoisty nadrealizm: badania wskazują na przykład, że u osób chorych wzrasta się świadomość upływającego czasu²⁹. Będąc bardziej (samo)świadomym i bardziej analitycznym, melancholik ma poczucie poznawczej wyższości, co stanowi czynnik utrudniający terapię. Wizja wyzdrowienia może być przez osobę cierpiącą na depresję postrzegana przez pryzmat możliwego oślepienia czy „ogłupienia”, co jest słuszne w takiej mierze, w jakiej zdrowie psychiczne wymaga pewnego rozproszenia uwagi w różnych kierunkach, podczas gdy uwaga melancholika jest skupiona na jednym wymiarze rzeczywistości, który uznaje on za absolutnie fundamentalny. Poznanie melancholika nie jest oczywiście „czyste”. Steruje nim negatywna emocja. Brak kontroli wykonawczej nad systemem emocjonalnym sprawia, że negatywna emocja staje się niemal przezroczysta i zaczyna tworzyć własny układ odniesienia.

To ostatnie spostrzeżenie wymaga dalszego komentarza. Otóż osoby depresyjne są często wybitnie świadome samych siebie, w tym również schematów, w ramach których działają. Nie można więc powiedzieć, iż melancholik nie zdaje sobie sprawy, że sterują nim negatywne emocje. Rzecz raczej w tym, że często uważa on, iż ta negatywna emocja jest jedyną, która odpowiada rzeczywistości, a minimalizm w działaniu jest bardziej adekwatny niż naiwność, którą wykazują ludzie zdrowi, angażując się w rozmaite aktywności i snując plany³⁰. Melancholik może na przykład postrzegać optymizm jako wynik biologicznego zaprogramowania, proreprodukcyjnego oszustwa. Innymi słowy, osoba dotknięta depresją może być w pełni świadoma braku swobody działania, jednocześnie będąc zdania, iż postawa depresyjna najlepiej odpowiada obiektywnej rzeczywistości, a postrzegane ograniczenia są bardziej realne niż sfera możliwości, o której istnieniu przekonane są osoby niecierpiące na depresję. Z perspektywy melancholika zdrowie psychiczne wydaje się wręcz rezultatem wypierania niewygodnych „prawd”.

²⁸ Th. Fuchs, *The Phenomenology...*, op. cit.

²⁹ S. Gil, S. Droit-Volet, *Time Perception, Depression, and Sadness*, "Behavioural Processes" 2009, No. 80, s. 169–176.

³⁰ Z perspektywy biologicznej depresja jest wynikiem negatywnego uczenia się, mentalnym odpowiednikiem tudzież rozszerzeniem opcji „zastygnij” lub „wycofaj się”.

Melancholik uważa wolność i wolną wolę wyłącznie za konstrukt intelektualny (wymysł, iluzję), ponieważ jest ją w stanie jedynie intelektualnie pojmować (jako utopię), nie zaś realnie jej doświadczać jako swobody i spontaniczności działania. Funkcjonowanie społeczne jest utrudnione nie tylko z powodu wszechobecnego wstydu i poczucia winy, ale również dlatego, że melancholik nie jest w stanie internalizować żadnych norm poprzez ich wpisanie w spontaniczne programy działania. Wszystko, co normatywne, jawi mu się w związku z tym jako z natury opresyjne bądź instrumentalne³¹, nadane przez zewnętrzną instancję, do której to kategorii zalicza również własny, odcieleśniony umysł. Paradoksalnie w zaburzeniach depresyjnych skłonność do nadmiernej eksploatacji władz umysłowych idzie w parze z obniżoną zdolnością uczenia się w wyniku stłumienia neurogenezy w hipokampie oraz dysfunkcją w ramach systemu nagrody. Tłumaczy to brak elastyczności myślowej melancholika, jego skłonność do poruszania się w sztywnych granicach wyznaczonych przez depresyjny, aporetyczny światopogląd. Warto zaznaczyć, że owa sztywność światopoglądowa nie ma charakteru dogmatycznego w sensie przywiązania do pewnych pozytywnych zasad czy przekonań, lecz wyraża się uogólnionym negatywizmem.

Konkludując, styl poznawczy osób dotkniętych depresją charakteryzuje schematyczność i formalizm, a także wysoki stopień abstrakcji, co ma związek ze sposobem, w jaki odczuwają one i postrzegają własne ciało.

Uwagi końcowe

Depresja, której żelazną logikę tak trudno podważyć, stanowi niezwykle ciekawy problem terapeutyczny, kulturowy i filozoficzny. Jedna rzecz wydaje mi się szczególnie godna uwagi: jest nią strukturalne podobieństwo depresji i filozoficznego modelu racjonalności krytycznej, który stanowi podstawę funkcjonowania wielu mniej lub bardziej sformalizowanych instytucji. Postawy i wartości takie jak:

1. obiektywizm rozumiany nie jako wymóg – oraz wyzwania z nim związane – ważenia racji w toku dynamicznych, obarczonych ryzykiem błędu procesów i interakcji, lecz jako brak zaangażowania, z silną tendencją do urzeczowiania;
2. maksymalizm na poziomie konstrukcji myślowych (uniwersalizm, stosowanie dużego kwantyfikatora), idący w parze z minimalizmem w odniesieniu do celów (raczej eliminacja zagrożeń niż budowanie);

³¹ Th. Fuchs, *The Phenomenology...*, op. cit.

3. nastawienie skrajnie wartościujące, formalizm i schematyzm w myśleniu i działaniu (niewrażliwość na kontekst), idący w parze z relatywizmem;

przenikają wiele współczesnych praktyk społecznych, determinując jeśli nawet nie przekonania, to w każdym razie zrutynizowane sposoby działania. Analiza tego, w jakim stopniu współczesny model racjonalności zakłada i promuje postawę depresyjną i związaną z nią logikę ciągłego zagrożenia – lub z niej wynika – wydaje się przedsięwzięciem interesującym i ważnym.

Analiza kulturowo usankcjonowanych postaw depresyjnych musi być połączona z rozważaniami filozoficznej i kulturowej oferty, jaką niosą najbardziej popularne terapie, przede wszystkim podejście psychodynamiczne oraz terapia poznawczo-behawioralna. Krytyka postawy depresyjnej jako sposobu życia oraz determinanty kulturowej ma bowiem sens jedynie pod warunkiem istnienia postaw alternatywnych, które opierają się depresyjnemu sceptycyzmowi bez popadania w utopijność (będącą zresztą janusowym obliczem depresji) oraz bez próby stępienia melancholijnej wrażliwości i wyobraźni. Terapia CBT – zwłaszcza jej odłam ukierunkowany na ćwiczenie uważności (*mindfulness*) – wydaje się proponować spójny model ponownego, nienaiwnego zakorzenienia w świecie. Metody terapeutyczne koncentrują się nie tyle na zastąpieniu negatywnego profilu reakcji postawą bardziej pozytywną, ile na wykreowaniu układu integrującego pozytywne i negatywne przeżycia w ramach szerszego światopoglądu. Analiza rozmaitych metod terapeutycznych pod kątem ich filozoficznych i antropologicznych presupozycji może być źródłem ważkich sugestii w procesie konstruowania zrównoważonej teorii, koncepcji czy modelu racjonalności i związanej z nią zdolności osądu i krytycznego myślenia. Jest to jednak temat na inną okazję.

HYPERRATIONALITY AS A REDUCED RATIONALITY.

A STUDY ON DEPRESSION

ABSTRACT

The paper analyzes the structure of experience in melancholic depression, suggesting it is isomorphic with a certain ideal of critical rationality. Depression is characterized by a paradox: an excessive exploitation of intellectual faculties (hyperrationality, hyperlogicality) and overarching criticism go hand in hand with a diminished capacity for decision-making, learning, and problem-solving. Hyperrationality thus proves to be a special case of irrationality. I combine neurobiological and phenomenological perspectives to show that depression is connected with a distorted perception of one's own body as well as with a compromised motivation for exploratory behaviors and diminished sense of agency. What results is hyperrationality: a sense

that one has to reason one's way through the environment, where the reasoning schemas are rigid owing to the lack of exploratory urge. By way of conclusion, I suggest that a critique of depressive attitudes underlying social practices should concentrate on the philosophical presuppositions of popular therapeutic paradigms.

KEYWORDS

depression, rationality, hyperrationality, body, body perception

BIBLIOGRAFIA

1. Damasio A., *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*, tłum. M. Karpiński, Poznań 2013.
2. Damasio A., *Jak umysł zyskał jaźń. Konstruowanie świadomego umysłu*, Poznań 2010.
3. Epstein J., Pan H., Kocsis J. H., Yang Y., Butler T., Chusid J., Hochberg H., Murrough J., Strohmayer E., Stern E., Sillbersweig B. A., *Lack of Ventral Striatal Response to Positive Stimuli in Depression versus Normal Subjects*, "American Journal of Psychiatry" 2006, No. 163 (10).
4. Fuchs Th., *Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Depression and Schizophrenia*, "Psychology and Psychiatry" 2005, No. 12 (2).
5. Fuchs Th., *The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression*, "Journal of Phenomenological Psychology" 2003, No. 33 (2).
6. Fuchs Th., *The Psychopathology of Hyperreflexivity*, "Journal of Speculative Philosophy", 2010, No. 24 (3).
7. Gil S., Droit-Volet S., *Time Perception, Depression, and Sadness*, "Behavioural Processes" 2009, No. 80.
8. Grimm S., Beck J., Shuepbach D., Hell D., Boesiger P., Bermpohl F., Niehaus L., Boeker H., Northhoff G., *Imbalance between Left and Right Dorsolateral Prefrontal Cortex in Major Depression Is Linked to Negative Emotional Judgment. An fMRI Study in Severe Major Depressive Disorder*, "Biological Psychiatry" 2008, No. 63 (4).
9. Hamilton J. P., Furman D., Chang C., Thomason M., Dennis E., Gotlib I., *Default-Mode and Task-Positive Network Activity in Major Depressive Disorder. Implications for Adaptive and Maladaptive Rumination*, "Biological" 2011, No. 70 (4).
10. Kilgore W. D. S., Yurgelun-Todd D. A., *Ventromedial Prefrontal Activity Correlates with Depressive Mood*, "Developmental Neuroscience" 2006, No. 26.
11. Koenigs M., Grafman J., *The Functional Neuroanatomy of Depression. Distinct Roles for Ventromedial and Dorsolateral Prefrontal Cortex*, "Behavior and Brain Research" 2009, No. 201 (2).
12. LeDoux J., *The Synaptic Self. How Our Brains Become Who We Are*, New York 2003.
13. Maletic V., Robinson M., Oakes T., Iyengar S., Ball S. G., Russell J., *Neurobiology of Depression: An Integrated View Of Key Findings*, "International Journal of Clinical Practice" 2007, No. 61 (12).
14. Pansepp J., *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*, Oxford–New York 1998.
15. Papazacharias A., Nardini M., *The Relationship Between Depression and Cognitive Deficits*, "Psychiatria Danubina" 2012, Vol. 24, suppl. 1.

16. Pizzagalli D. A., Holmes A. J., Dillon D. G., Goetz E. L., Birk J. L., Bogdan R., Dougherty D. D., Iosifescu D. V., Rauch S. L., Fava M., *Reduced Caudate and Nucleus Accumbens Response to Awards in Unmedicated Subjects with Major Depression Disorder*, "American Journal of Psychiatry" 2009, No. 166 (6).
17. Ratcliffe M., *Depression and the Phenomenology of Free Will*, [w:] K. W. M. Fulford, M. Davies, R. Gipps, G. Graham, J. Sadler, G. Stanghellini, T. Thornton, *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford 2014.
18. Sass L. A., *Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*, Harvard University Press, Cambridge, MA 1994.
19. Schopenhauer A., *Świat jako wola i przedstawienie*, tłum. J. Galewicz, Warszawa 2009.
20. Sliz D., Harley Sh., *Major Depressive Disorder and Alterations in Insular Cortical Activity. A Review of Current Functional Magnetic Imaging Research*, "Frontiers in Human Neuroscience" 2012, No. 6.
21. Spreng R. N., *The Fallacy of "Task-Negative" Network*, "The Frontiers of Psychology" 2012, No. 145.
22. Spreng R. N., Stevens W. D., Chamberlain J. P., Gilmore A. W., Schacter D. L., *Default Network Activity, Coupled with the Frontoparietal Control Network, Supports Goal-Directed cognition*, "NeuroImage" 2012, No. 53 (1).

