Instytucjonalny Mahout: Systemowe uwarunkowania zdrowia psychicznego w świetle koncepcji Your Normal Mind Johna Hannana



AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł analizuje model Instytucjonalnego Mahouta, w którym psychiatria, szkoła, praca i technologie AI pełnią funkcję zewnętrznych regulatorów zdrowia psychicznego. Autor argumentuje, że cierpienie psychiczne często wynika z niedopasowania ludzkiego aparatu poznawczego do nowoczesnych bodźców oraz toksycznych struktur organizacyjnych. Zamiast skupiać się wyłącznie na zwiększaniu indywidualnej odporności (rezyliencji), należy dążyć do zmiany architektury instytucjonalnej i eliminacji psychospołecznych czynników ryzyka, zgodnie z wytycznymi WHO. Tekst podkreśla różnicę między interwencjami kompensacyjnymi a systemowym wspieraniem autonomii, przeciwstawiając się redukcjonizmowi, który przypisuje odpowiedzialność za dobrostan wyłącznie jednostce, ignorując destabilizujący wpływ środowiska regulacyjnego.

The article analyzes the Institutional Mahout model, in which psychiatry, school, work, and AI technologies function as external regulators of mental health. The author argues that psychological suffering often results from a mismatch between the human cognitive apparatus and modern stimuli, as well as toxic organizational structures. Instead of focusing solely on increasing individual resilience, efforts should be directed toward changing institutional architecture and eliminating psychosocial risk factors, in accordance with WHO guidelines. The text emphasizes the difference between compensatory interventions and systemic support for autonomy, opposing the reductionism that assigns responsibility for well-being exclusively to the individual while ignoring the destabilizing influence of the regulatory environment.

Artykuł rzuca wyzwanie tradycyjnemu podejściu do zdrowia psychicznego, które koncentruje się niemal wyłącznie na indywidualnej odporności i „naprawianiu" jednostki. Autor stawia tezę, że dobrostan psychiczny nie jest cechą wewnętrzną człowieka, lecz wynikiem dynamicznej relacji między osobą a jej środowiskiem regulacyjnym. W tym ujęciu instytucje – takie jak szkoła, miejsce pracy czy system ochrony zdrowia – oraz technologie AI pełnią funkcję „zewnętrznego Mahouta", który może albo wspierać autonomię człowieka, albo ją eksploatować poprzez nadzór i manipulację. Tekst analizuje ryzyka związane z algorytmicznym zarządzaniem emocjami i cyfrową optymalizacją uwagi, argumentując, że odpowiedzialność za zdrowie psychiczne musi zostać przesunięta z poziomu indywidualnej rezyliencji na poziom projektowania struktur systemowych. Kluczowym postulatem jest stworzenie architektury instytucjonalnej opartej na pluralizmie źródeł wiedzy i prawie do kwestionowania decyzji systemu, tak aby technologia i instytucje służyły jako rusztowanie rozwojowe, a nie narzędzia totalnej kontroli.

SŁOWA KLUCZOWE

Instytucjonalny Mahout | Your Normal Mind | systemowe uwarunkowania zdrowia psychicznego | regulacja emocjonalna | shared decision-making | obciążenie allostatyczne | psychospołeczne czynniki ryzyka | autonomia wspierana | algorytmiczne zarządzanie | redundancja epistemiczna | lived experience | recovery-oriented care | architektura wyboru | inferencja emocji AI

Instytucje i technologie jako zewnętrzne regulatory zdrowia psychicznego

Instytucjonalny Mahout: psychiatria, rodzina, szkoła, praca i AI jako elementy środowiska regulacyjnego

Przyjęcie systemowego modelu zdrowia psychicznego niesie za sobą konsekwencje wykraczające poza gabinet terapeutyczny. Jeśli regulacja człowieka kształtuje się na styku procesów biologicznych, poznawczych, interpersonalnych, instytucjonalnych i technologicznych, to instytucji

nie można traktować jedynie jako neutralnej infrastruktury, w której ujawniają się indywidualne cechy psychiczne. Szkoła organizuje uwagę, ocenę i status. Miejsce pracy zarządza kontrolą, przewidywalnością, obciążeniem oraz bezpieczeństwem ekonomicznym. Rodzina odpowiada za znaczną część wczesnej współregulacji. Z kolei system ochrony zdrowia decyduje o tym, które doświadczenie zostanie nazwane chorobą, jakie leczenie zaoferowano i ile sprawstwa zachowa pacjent.

Platforma cyfrowa selekcjonuje bodźce społeczne, a system AI może dodatkowo je interpretować. Każda z tych struktur pełni zatem fragment funkcji określonej w naszym modelu jako Instytucjonalny Mahout, choć żadna nie powinna z tego powodu zyskać statusu nieomylnego opiekuna. Hannan upatruje problem przede wszystkim w niedopasowaniu starego aparatu psychicznego do seryjnych i intensywnych bodźców nowoczesnego środowiska. Media społecznościowe jawią się tam jako przestrzeń, która może wielokrotnie pobudzać mechanizmy zagrożenia i statusu, podczas gdy umysł nie dysponuje gotowym "bezpiecznikiem" dla częstotliwości takiej ekspozycji. W innym miejscu źródło proponuje zmianę paradygmatu: przejście od „naprawiania ludzi” ku rozumieniu mechanizmów ich cierpienia. Po rozwinięciu modelu Mahouta intuicje te należy jednak skierować również w stronę instytucji. Jeśli środowisko współuczestniczy w produkowaniu i podtrzymywaniu określonych stanów regulacyjnych, nie można przenosić całej odpowiedzialności za adaptację na jednostkę.

Jest to przesunięcie analogiczne do zmian, jakie zaszły w medycynie pracy. Dawne modele stresu zawodowego koncentrowały się głównie na odporności psychicznej pracownika, treningach relaksacyjnych czy indywidualnych sposobach radzenia sobie. Współczesne wytyczne WHO traktują natomiast nadmierne obciążenie, długie godziny pracy, ograniczoną kontrolę, brak wsparcia i złą organizację jako psychospołeczne czynniki ryzyka. Wśród zalecanych interwencji wymieniają one zmiany organizacyjne w zakresie obciążeń, harmonogramu, komunikacji oraz pracy zespołowej. Najnowsze wytyczne polityczne WHO z 2025 roku idą jeszcze dalej, wskazując, że zdrowie psychiczne wymaga działań sektorowych obejmujących warunki zatrudnienia, walkę z dyskryminacją, stres zawodowy i możliwość powrotu do pracy. Oznacza to odejście od antropologii, w której jedyną odpowiedzią na przeciążające środowisko jest zwiększenie odporności osoby przeciążonej.

Projektowanie struktur wspierających autonomię zamiast kompensacji deficytów

W języku niniejszego artykułu instytucja może być zatem zarówno elementem stabilizującym, jak i destabilizującym Mahouta. Przewidywalne zasady, sprawiedliwe procedury, możliwość odwołania, kontrola nad częścią warunków pracy, wsparcie społeczne oraz adekwatny przepływ informacji zmniejszają niepewność regulacyjną. Z kolei arbitralność, upokorzenie, nieprzewidywalne kary, chroniczna ocena i brak wpływu na otoczenie mogą zwiększać pobudzenie, utrzymując system w trybie kontroli zagrożeń. Nie oznacza to, że każda hierarchia czy ocena jest z natury szkodliwa; wskazuje raczej na to, że sposób projektowania struktur i procedur stanowi integralną część środowiska zdrowotnego. Taka perspektywa komplikuje tradycyjne rozumienie odpowiedzialności pracodawcy.

Nie chodzi już wyłącznie o to, czy organizacja oferuje program pomocy psychologicznej. Firma może finansować mindfulness, konsultacje psychologiczne i warsztaty rezyliencji, a jednocześnie utrzymywać system pracy generujący chroniczną nieprzewidywalność, nierealne normy, represyjną kontrolę i brak autonomii. W takim przypadku interwencje indywidualne pełnią jedynie funkcję kompensacyjną, nie usuwając głównego źródła obciążenia. WHO wyraźnie rozróżnia interwencje organizacyjne od indywidualnych, zalecając oddziaływanie bezpośrednio na sposób organizacji pracy. Nie oznacza to, że środowisko zawodowe wyjaśnia każdą depresję czy kryzys pracownika – psychopatologia pozostaje wieloprzyczynowa. To samo miejsce pracy może być doświadczane różnie przez osoby o odmiennej historii, stanie zdrowia, sytuacji rodzinnej czy podatności biologicznej. Teoria Mahouta sprzeciwia się jednak redukcjonizmowi w obu kierunkach: nie pozwala wyjaśniać całego cierpienia wyłącznie organizacją pracy, ale nie pozwala również traktować każdego problemu jako deficytu samoregulacji pracownika.

Podobna korekta jest potrzebna w systemie psychiatrii. Hannan przedstawia normalizację cierpienia jako kluczowy element terapii, przeciwstawiając ją językowi "uszkodzonego mózgu". W poprzednich częściach pokazaliśmy, że to przeciwstawienie jest zbyt szerokie, jednak instytucjonalna lekcja płynąca z tej krytyki pozostaje ważna: diagnoza powinna zwiększać szansę na uzyskanie pomocy i zrozumienie własnego stanu, a nie odbierać człowiekowi epistemicznego prawa do opisu własnego doświadczenia. Współczesna polityka zdrowia psychicznego przesuwa się coraz wyraźniej w stronę opieki person-centred, rights-based i recovery-oriented. WHO w wytycznych z 2025 roku łączy reformę zdrowia psychicznego z prawami człowieka, determinantami społecznymi, równym dostępem, współpracą międzysektorową oraz odejściem od traktowania pacjenta jako pasywnego odbiorcy interwencji. WHO/Europe rekomenduje również włączanie osób

posiadających lived experience do projektowania usług i polityk, uznając ich wiedzę za odrębne źródło kompetencji, a nie jedynie materiał dla eksperta klinicznego. Taki kierunek doskonale ilustruje zmianę struktury Mahouta.

Lekarz lub terapeuta nie powinien być zewnętrznym właścicielem systemu regulacyjnego pacjenta. Choć dysponuje wiedzą specjalistyczną, której pacjent nie posiada, to pacjent ma dostęp do danych fenomenologicznych, biograficznych i wartościujących niedostępnych ekspertowi w identycznej postaci. Skuteczna decyzja kliniczna powinna więc w wielu sytuacjach wynikać z połączenia tych różnych rodzajów wiedzy. Shared decision-making oraz supported decision-making są instytucjonalnymi realizacjami takiej epistemologii.

Przegląd 140 badań nad interwencjami zwiększającymi udział osób z zaburzeniami psychicznymi w podejmowaniu decyzji dostarczył danych dotyczących między innymi zaangażowania w leczenie, recovery, hospitalizacji, kryzysu samobójczego i ograniczania przymusu, choć wyniki są zróżnicowane i nie każda interwencja wykazuje jednakową skuteczność.

Autonomia wspierana jako dynamiczna równowaga kontroli

Wcześniejszy umbrella review wskazywał na niejednolite definicje i narzędzia pomiarowe shared decision-making, co dowodzi, że sama deklaracja o partnerstwie z pacjentem nie wystarcza do wykazania realnego podziału władzy. W etyce klinicznej kluczowy staje się zatem nie tylko wybór między autonomią a paternalizmem, lecz konstrukcja autonomii wspieranej. Pacjent w ostrym kryzysie może okresowo tracić zdolność podejmowania niektórych decyzji, ale nie oznacza to utraty statusu podmiotu we wszystkich domenach życia. Z drugiej strony absolutyzowanie autonomii może prowadzić do ignorowania sytuacji realnego zagrożenia życia, ciężkich zaburzeń oceny rzeczywistości lub niemożności zrozumienia konsekwencji własnych czynów.

Problem ten nie daje się rozwiązać jednym aksjomatem. Wymaga on proporcjonalności, rzetelnej oceny zdolności decyzyjnej, stosowania najmniej restrykcyjnej skutecznej interwencji oraz dążenia do okresowego przywracania szerszego zakresu samostanowienia. Model Mahouta pomaga zrozumieć, dlaczego przymus jest etycznie tak szczególną formą interwencji – zewnętrzny regulator przejmuje w tym momencie znaczną część kontroli nad układem osoby.

Choć bywa to uzasadnione bezpośrednim i poważnym ryzykiem, sama skuteczność regulacyjna nie stanowi wystarczającego uzasadnienia moralnego. Instytucja może bardzo efektywnie kontrolować zachowanie poprzez izolację, monitoring i przymus, a mimo to naruszać autonomię, godność i

długoterminowy proces recovery. Zdrowie psychiczne nie może być zatem definiowane przez posłuszeństwo wobec instytucji.

Jeszcze wyraźniej widać to w relacji rodzinnej. Rodzic jest pierwszym zewnętrznym Mahoutem, lecz nie staje się właścicielem rozwijającego się umysłu dziecka. Funkcja opiekuna ewoluuje wraz z wiekiem podopiecznego. We wczesnym dzieciństwie udział dorosłego w regulacji jest ogromny; później zadanie to powinno polegać na przekazywaniu kompetencji, rozszerzaniu przestrzeni wyboru i wspieraniu samodzielnego testowania rzeczywistości. Jeśli opiekun utrzymuje pełną kontrolę regulacyjną długo po tym, jak dziecko zyskało zdolność podejmowania złożonych decyzji, współregulacja przechodzi w nadkontrolę. Z drugiej strony ideologia przedwczesnej autonomii może równie skutecznie prowadzić do zaniedbania potrzeb rozwojowych. Dziecko nie staje się dojrzałym regulatorem własnego zachowania poprzez samo formalne pozostawienie mu swobody.

Potrzebuje ono granic, informacji zwrotnej, przewidywalności, ekspozycji na tolerowalną frustrację oraz modelowania naprawy relacji. Rodzina działa najlepiej nie wtedy, gdy minimalizuje lub maksymalizuje kontrolę, lecz gdy dostosowuje jej zakres do kompetencji dziecka. Ta sama logika dotyczy szkoły. Instytucja edukacyjna nie jest wyłącznie miejscem transmisji informacji; to jedno z najintensywniejszych środowisk społecznej ewaluacji w dzieciństwie i adolescencji.

Uczeń otrzymuje tam nieustanny sygnał dotyczący swojej kompetencji, statusu, przynależności, zgodności z normami oraz perspektyw na przyszłość. Ocena szkolna może być użyteczną informacją zwrotną, ale może zostać również przetworzona jako wyrok o globalnej wartości osoby. Szkoła może uczyć tolerowania korekty albo utożsamiania błędu z publicznym poniżeniem. Programy social and emotional learning (SEL) pokazują, że szkoła może świadomie kształtować te kompetencje. Duża metaanaliza 424 badań z 53 państw, obejmująca ponad 575 tysięcy uczniów, wykazała przeciętnie korzystne efekty uniwersalnych programów SEL w obszarze umiejętności społeczno-emocjonalnych, zachowania, relacji rówieśniczych, klimatu i bezpieczeństwa szkoły oraz osiągnięć edukacyjnych. Jednocześnie wyniki cechowała znaczna heterogeniczność zależna od rodzaju programu, kontekstu i jakości implementacji. Najnowsze przeglądy nie uprawniają do twierdzenia, że każdy program „kompetencji emocjonalnych" działa równie dobrze; kluczowe znaczenie mają populacja i jakość wdrożenia.

Nie należy więc czynić z SEL nowej doktryny normalizacji zachowań. Szkoła posiada bowiem znaczną władzę nad definiowaniem tego, która emocja jest „odpowiednia", jaka ekspresja jest akceptowana oraz co uznaje się za samoregulację. Program społeczno-emocjonalny może wzmacniać kompetencje ucznia, ale może zostać również użyty do wygaszania uzasadnionego sprzeciwu lub adaptowania dziecka do środowiska, które samo wymaga zmiany. Uczeń protestujący

przeciw przemocy rówieśniczej nie potrzebuje koniecznie lepszego „zarządzania gniewem” – może potrzebować skutecznej reakcji instytucji na tę przemoc.

Technologia jako rusztowanie rozwojowe lub narzędzie eksploatacji

Wprowadzenie AI do szkół dodatkowo komplikuje ten problem. UNESCO w wytycznych dotyczących generatywnej AI w edukacji opowiada się za podejściem human-centred, ochroną danych, dostosowaniem systemów do wieku oraz walidacją ich użycia z perspektywy pedagogicznej, a nie tylko technologicznej. Z punktu widzenia modelu Mahouta kluczowe pytanie brzmi: czy AI zwiększa zdolność ucznia do procesu poznawczego, czy jedynie dostarcza produktu pozwalającego ominąć konieczny trud nauki? Jeśli system objaśnia błąd, zadaje pytania, wymaga rekonstrukcji argumentu i dopasowuje poziom trudności do kompetencji ucznia, może pełnić funkcję rusztowania rozwojowego. Jeżeli jednak każdorazowo dostarcza gotową odpowiedź przed podjęciem samodzielnej próby, ogranicza liczbę epizodów, w których rozwijają się planowanie, tolerancja frustracji i metapoznanie.

Oba zastosowania mogą zewnętrznie wyglądać jak „używanie AI w nauce”, lecz ich funkcja rozwojowa jest przeciwstawna. Dlatego szczególnie problematyczne jest wykorzystanie systemów do automatycznego wnioskowania o emocjach uczniów. Unijny AI Act zasadniczo zakazuje używania AI do inferowania emocji osób w instytucjach edukacyjnych i miejscach pracy, z wyjątkiem celów medycznych lub bezpieczeństwa. Regulacja ta ma znaczenie wykraczające poza prawną techniczność – uznaje ona, że asymetria władzy w szkole i miejscu pracy czyni psychologiczną inferencję szczególnie wrażliwą.

To uzasadnienie można wyprowadzić także z teorii Mahouta. System, który nie tylko obserwuje zachowanie, lecz przypisuje człowiekowi stan emocjonalny, staje się interpretatorem jego wnętrza. Jeśli taka interpretacja wpływa na ocenę, zatrudnienie, dyscyplinę lub dostęp do możliwości, powstaje silne sprzężenie władzy. Człowiek może zostać ukarany nie za konkretne działanie, lecz za probabilistyczną rekonstrukcję tego, co rzekomo odczuwa.

Problem ten dotyczy również pracodawców stosujących algorytmiczne zarządzanie. Klasyczna organizacja obserwowała jedynie fragment zachowania pracownika. Cyfrowy system może rejestrować czas, ruch, wydajność, historię decyzji i komunikację w czasie niemal ciągłym. Zwiększa to możliwości optymalizacji, ale zmienia architekturę kontroli. Gdy każda chwila staje się potencjalnym sygnałem oceny, pracownik funkcjonuje w środowisku przypominającym

permanentny test. Z perspektywy psychofizjologii stresu kluczowe jest nie tylko samo obciążenie zadaniami, ale przewidywalność, poczucie kontroli, możliwość regeneracji i wsparcie. WHO wymienia właśnie brak kontroli, presję czasu i niekorzystną organizację pracy jako istotne ryzyka psychospołeczne.

Instytucjonalny Mahout nie może więc być oceniany wyłącznie przez pryzmat produktywności. System może skutecznie maksymalizować output, a jednocześnie zwiększać obciążenie allostatyczne ludzi w nim pracujących. Tu pojawia się zasadnicza różnica między optymalizacją techniczną a normatywną. Algorytm potrafi maksymalizować mierzalny wynik, ale nie oznacza to, że wynik ten powinien być zawsze maksymalizowany. Liczba wykonanych zadań czy czas zaangażowania są istotne organizacyjnie, lecz zdrowie, autonomia i sprawiedliwość to wartości, których nie da się sprowadzić do jednej funkcji celu. W języku ekonomii instytucjonalnej mamy tu do czynienia z problemem principal-agent, choć układ jest bardziej złożony niż klasyczna relacja właściciel–menedżer. Dostawca technologii, pracodawca i użytkownik mogą mieć sprzeczne cele; system może być idealnie dopasowany do interesu podmiotu finansującego, a jednocześnie szkodliwy dla osoby monitorowanej. Im dokładniej algorytm modeluje zachowanie człowieka, tym ważniejsze staje się pytanie: dla kogo optymalizuje to, co o człowieku wie? To właśnie odróżnia opiekuńczego Mahouta od regulatora eksploatacyjnego.

Architektura cyfrowa jako regulator dobrostanu

Obaj mogą doskonale znać Słonia, lecz sama znajomość nie jest jeszcze troską. Problem ten staje się szczególnie dotkliwy w przypadku platform cyfrowych, których cele ekonomiczne są ściśle skorelowane z utrzymaniem uwagi użytkownika. Hannan opisuje media społecznościowe jako środowisko permanentnego monitorowania pozycji, masowej ekspozycji na obcych i intensyfikacji sygnałów społecznych. Choć niektóre ewolucyjne interpretacje zawarte w źródle wydają się zbyt radykalne, problem instytucjonalny pozostaje aktualny: użytkownik nie ma pełnej kontroli nad tym, jak platforma selekcjonuje jego środowisko informacyjne. Jeśli najbardziej angażujące są treści budzące gniew, niepewność lub ciekawość, system może zwiększać ich ekspozycję bez świadomej intencji „wywoływania zaburzeń”. Wystarczy niezgodność funkcji celu. Człowiek pragnie orientować się w świecie i zachować dobrostan, podczas gdy platforma optymalizuje prawdopodobieństwo dalszej interakcji. Cele te bywają zbieżne, lecz często pozostają sprzeczne.

Dlatego odpowiedzialność platformowa nie powinna ograniczać się jedynie do usuwania bezprawnych treści. Z perspektywy zdrowia psychicznego kluczowa jest architektura wyboru: częstotliwość powiadomień, ustawienia domyślne, możliwość wyłączenia personalizacji,

transparentność rekomendacji, projekt wskaźników popularności czy łatwość zakończenia interakcji. Projekt interfejsu jest w istocie formą regulowania prawdopodobieństwa konkretnych zachowań. W przypadku AI wykorzystywanej bezpośrednio w obszarze zdrowia psychicznego wszystkie te napięcia ulegają kumulacji. Systematyczny przegląd 79 badań nad generatywną AI w tej dziedzinie wskazuje na jej zastosowanie w diagnozie, ocenie, pomocy terapeutycznej, psychoedukacji, dokumentacji oraz wsparciu klinicystów.

Autorzy zwracają jednak uwagę na ograniczoną liczbę danych z rzeczywistych wdrożeń oraz powtarzające się problemy z integralnością informacji, prywatnością, biasem, bezpieczeństwem użytkownika i odpowiedzialnością. Inne przeglądy etyczne podobnie wskazują na nierozstrzygnięte kwestie zakresu roli chatbotów oraz bilans ryzyk i korzyści w porównaniu z terapią prowadzoną przez człowieka. Szczególnie istotna pozostaje autonomia.

Systematyczny przegląd z 2026 roku dotyczący AI i autonomii pacjenta wyróżnia zarówno korzyści płynące z lepszego dostępu do informacji i wspomagania decyzji, jak i zagrożenia związane z nieprzejrzystością, nudgingiem, manipulowaniem preferencjami, utratą kompetencji klinicystów czy pogłębianiem nierówności. Oznacza to, że „AI jako Mahout" nie jest z natury ani emancypacyjne, ani paternalistyczne.

Podział kompetencji między AI a człowiekiem w regulacji psychicznej

Efekt zależy od struktury konkretnego systemu, w którym warto rozróżnić trzy stopnie roli AI. W pierwszym system jest narzędziem informacyjnym: porządkuje dane, przedstawia opcje i ujawnia niepewność. W drugim staje się doradcą regulacyjnym: przypomina o celach, wskazuje wzorce, proponuje strategie i ostrzega przed ryzykiem. W trzecim przechodzi w regulator wykonawczy: automatycznie ogranicza możliwości, modyfikuje środowisko lub uruchamia działania bez bieżącej decyzji użytkownika. Każdy kolejny poziom może przynosić większe korzyści, lecz wymaga silniejszych zabezpieczeń, gdyż rośnie zakres delegowanej kontroli.

Dla zdrowia psychicznego szczególnie ryzykowne jest mylenie kompetencji językowej z kompetencją kliniczną. System może sprawnie formułować walidujące wypowiedzi, a jednocześnie dysponować niepełnym kontekstem, błędnie oszacować ryzyko lub wzmacniać nieadaptacyjną interpretację. Płynność komunikacji zwiększa ryzyko nadmiernego zaufania, ponieważ użytkownik otrzymuje spójny tekst zamiast widocznego rozkładu niepewności. W przypadku stanów klinicznie wysokiego ryzyka człowiek powinien zatem zachować szczególne miejsce w systemie nie z powodów

symbolicznych, lecz epistemicznych i odpowiedzialnościowych. Klinicysta zna ograniczenia rozpoznania, potrafi zebrać informacje multimodalne, ocenić kontekst rodzinny i somatyczny, ponosi odpowiedzialność zawodową oraz podlega procedurom kontroli. AI może uzupełniać te zdolności, ale nie powinno być traktowane jako nieomylny substytut tylko dlatego, że jest dostępne szybciej. Jednocześnie obrona ludzkiego specjalisty przed każdą formą automatyzacji byłaby równie dogmatyczna – człowiek również podlega błędom poznawczym, ograniczeniom pamięci i zmęczeniu, a jakość jego praktyki bywa nierówna.

AI może pomagać w wykrywaniu przeoczeń, porządkowaniu historii, monitorowaniu trajektorii objawów i poszerzaniu dostępu do wsparcia. Problemem nie jest zatem wybór między człowiekiem a maszyną, lecz projekt podziału kompetencji oraz odpowiedzialności. Najbardziej dojrzały model opiera się tutaj na zasadzie komplementarności. System powinien przejmować zadania, w których jego profil błędów jest korzystniejszy lub komplementarny wobec profilu błędów człowieka; człowiek zaś zachowuje kontrolę tam, gdzie kluczowe są wartości, wieloznaczny kontekst, konflikt interesów, nieodwracalne konsekwencje i odpowiedzialność normatywna. Podział ten nie może być ustalony raz na zawsze, gdyż możliwości technologii i dowody empiryczne ulegają zmianie.

Z tego powodu etyka AI w zdrowiu psychicznym powinna obejmować nie tylko klasyczne zasady prywatności i bezpieczeństwa danych, ale także psychologiczną strukturę zależności. Nowsze prace proponują wielopoziomowe modele, w których ocena AI uwzględnia autonomię cyfrową, przejrzystość afektywną, sprawiedliwość algorytmiczną i relacyjny charakter opieki. Szczególnie istotne jest pytanie, czy użytkownik ma świadomość stosowania przez system określonych technik perswazyjnych, personalizacji emocjonalnej czy mechanizmów podtrzymujących zaangażowanie. W zwykłej relacji międzyludzkiej perswazja jest naturalnym elementem życia społecznego. Problem zmienia jednak skalę, gdy strona przekonująca dysponuje obszerną historią danych, automatycznie testuje różne komunikaty i dostosowuje argumentację w czasie rzeczywistym. Wówczas autonomia wymaga nie tylko prawa do formalnej zgody, lecz także ograniczeń w wykorzystywaniu podatności psychologicznej. Jest to bliskie dylematowi znanemu z medycyny: informacja może wspierać decyzję albo nią sterować. Lekarz może przedstawić ryzyko neutralnie lub poprzez framing zwiększyć prawdopodobieństwo określonego wyboru.

AI potrafi robić to na znacznie większą skalę i z głębszą personalizacją. Dlatego przejrzystość nie powinna ograniczać się do lakonicznego komunikatu „rozmawiasz z AI”. Użytkownik w istotnych sytuacjach powinien rozumieć rolę systemu, granice jego wiedzy, potencjalne konflikty interesów oraz charakter wykorzystywanej personalizacji.

Metaregulacja i prawo do kwestionowania systemów

W tym miejscu niezbędna staje się zasada metaregulacji Mahouta. Każdy regulator powinien sam podlegać regulacji. Psychoterapeuta kieruje się kodeksem zawodowym, poddaje superwizji i ponosi odpowiedzialność. Lek podlega rygorom badań i nadzorowi bezpieczeństwa. Szkoła funkcjonuje w ramach prawa oświatowego, pracodawca – prawa pracy, a administracja – procedur i kontroli sądowej. Jeśli system AI przejmuje coraz istotniejsze funkcje regulacyjne, musi podlegać analogicznej logice kontroli, choć instrumenty tej nadzorczej roli będą odmienne. Metaregulacja oznacza w tym kontekście możliwość weryfikacji: jaki rodzaj decyzji został delegowany, jakie dane są wykorzystywane, kto określił funkcję celu, jak monitorowane są błędy oraz jakie istnieją procedury zakwestionowania wyniku. Im większe znaczenie decyzji dla zdrowia, edukacji, pracy czy praw jednostki, tym mniej wystarcza założenie, że średnia skuteczność populacyjna usprawiedliwia automatyczne zastosowanie rozwiązania wobec konkretnej osoby.

Zasada ta prowadzi do koncepcji contestability – realnej możliwości zakwestionowania działania systemu. Nie jest ona jedynie proceduralnym dodatkiem do technicznie poprawnej decyzji, lecz może stanowić immanentny składnik autonomii regulacyjnej. Człowiek powinien mieć prawo powiedzieć zewnętrznemu Mahoutowi: „twoja interpretacja mnie nie opisuje", „nie chcę optymalizować tego celu", „zmień sposób działania" lub „przestań uczestniczyć w tej domenie mojego życia".

Taka możliwość jest kluczowa, ponieważ modele statystyczne operują na podobieństwie do danych historycznych. Choć mogą one trafnie określać prawdopodobieństwo populacyjne, jednostka zawsze może należeć do ogona rozkładu. Regulacja całkowicie podporządkowana predykcji prowadziłaby do paradoksu: dane o tym, jak ludzie zazwyczaj się zachowują, stałyby się mechanizmem ograniczającym możliwość zachowania nietypowego. W psychologii oznaczałoby to technologiczną reprodukcję etykietowania. Jeśli system raz zaklasyfikuje człowieka jako osobę „wysokiego ryzyka", może następnie selekcjonować środowisko tak, by dostarczać mu coraz więcej interwencji przewidzianych dla tej kategorii. Kategoria opisowa zaczyna wtedy kształtować środowisko, środowisko wpływa na zachowanie, a zachowanie potwierdza kategorię. Jest to wariant samospełniającej się predykcji, który wymaga szczególnej uwagi w psychiatrii cyfrowej.

Równie istotna jest zasada sprawiedliwości, gdyż zewnętrzny Mahout nie będzie rozłożony społecznie równomiernie. Osoby z większym kapitałem ekonomicznym i kulturowym mogą mieć dostęp do lepszych systemów, bardziej kompetentnych ekspertów oraz szerszych możliwości audytowania rekomendacji. Z kolei osoby zależne od publicznych, masowych rozwiązań mogą być poddawane bardziej standaryzowanej i mniej negocjowalnej automatyzacji. AI może zatem

zmniejszać nierówności w dostępie do wiedzy, a jednocześnie tworzyć nową nierówność jakości wspomagania.

Etyczne granice instytucjonalnego Mahouta: od prewencji systemowej do ochrony autonomii

W obszarze zdrowia psychicznego byłoby to szczególnie niebezpieczne. Osoby najbardziej podatne mogą jednocześnie dysponować najmniejszymi zasobami, by ocenić jakość systemu, zrezygnować z niego lub skorzystać z ludzkiej alternatywy. Dlatego ocena etyczna nie może ograniczać się do pytania o średnią skuteczność interwencji; musi obejmować dystrybucję korzyści, błędów oraz realne możliwości odwołania. Tak rozumiany Mahout instytucjonalny zmienia również podejście do polityki prewencji. Jeśli psychopatologia jest częściowo właściwością pętli człowiek-środowisko, działania zapobiegawcze powinny w części poprzedzać diagnozę. Przewidywalne warunki pracy, przeciwdziałanie przemocy w szkole, polityka mieszkaniowa, ograniczanie izolacji społecznej, dostęp do opieki i bezpieczeństwo ekonomiczne mogą wspierać zdrowie psychiczne bez konieczności prowadzenia psychoterapii. Właśnie dlatego WHO w najnowszych dokumentach politycznych łączy zdrowie psychiczne z mieszkalnictwem, edukacją, zatrudnieniem, ochroną socjalną czy planowaniem przestrzennym. Nie oznacza to jednak przekształcenia całej polityki publicznej w psychiatrię prewencyjną, gdyż taka ekspansja mogłaby prowadzić do medykalizacji życia społecznego.

Oznacza to raczej uznanie, że decyzje instytucjonalne niosą za sobą konsekwencje regulacyjne i powinny być pod tym kątem analizowane. Kluczowa jest tutaj zasada proporcjonalności: nie każda możliwość poprawy zachowania usprawiedliwia interwencję. Nawet gdyby technologia potrafiła z 70-procentową trafnością przewidzieć, kto następnego dnia będzie rozdrażniony, nie daje to automatycznie prawa szkole, pracodawcy czy państwu do gromadzenia odpowiednich danych. Korzyść psychologiczna musi zostać zestawiona z prywatnością, ryzykiem dyskryminacji, efektem obserwatora, prawem do nieprzewidywalności oraz możliwością wtórnego wykorzystania danych. Dobry Mahout instytucjonalny powinien zatem cechować się powściągliwością.

Nie wykorzystuje on każdej dostępnej wiedzy tylko dlatego, że może ją uzyskać; rozróżnia zdolność techniczną od legitymacji normatywnej. To rozróżnienie jest niezbędne w kulturze datafikacji, w której coraz łatwiej mierzyć ruch, sen, głos, interakcje, tempo pisania czy aktywność cyfrową. Choć korelacja tych danych z określonym stanem psychicznym pozwala na predykcję, trafność ta nie stanowi automatycznego uzasadnienia dla jej stosowania w każdej domenie. Inaczej ocenia się dobrowolne narzędzie kliniczne, inaczej system pracodawcy, a jeszcze inaczej monitoring ucznia.

Instytucjonalna teoria Mahouta wymaga zatem wyraźnego rozróżnienia pomiędzy pomocą, nadzorem i sterowaniem. Pomoc zwiększa możliwości jednostki. Nadzór gromadzi wiedzę o jej zachowaniu. Sterowanie natomiast modyfikuje środowisko tak, aby zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia pożądanego działania.

Pluralizm regulatorów jako zabezpieczenie przed systemową manipulacją

Jeden system może wykonywać wszystkie trzy funkcje równocześnie, jednak ich status etyczny nie jest identyczny. To właśnie sprawia, że termin „personalizacja" pozostaje normatywnie niepełny. Personalizacja terapii może zwiększać jej skuteczność, personalizacja reklamy – sprzedaż, a personalizacja manipulacji – podatność na wpływ. Technicznie wszystkie te procesy mogą opierać się na podobnej zdolności modelowania użytkownika; etyczny sens zależy jednak od celu, zgody, asymetrii władzy oraz skutków.

W rezultacie systemowy model zdrowia psychicznego nie sprowadza się do prostego postulatu „więcej opieki". Prowadzi on do bardziej wymagającej zasady: im silniej instytucja potrafi regulować człowieka, tym silniej sama musi podlegać ograniczeniom, pluralizmowi źródeł wiedzy, kontroli i możliwości zakwestionowania jej działania. Dotyczy to w różnych proporcjach psychiatrii, rodziny, szkoły, pracy, platform cyfrowych oraz AI. Lekarz dysponuje wiedzą, lecz nie jest właścicielem celu życia pacjenta. Rodzic ponosi odpowiedzialność, ale musi stopniowo oddawać część regulacji rozwijającemu się dziecku. Szkoła może uczyć regulacji, lecz nie powinna definiować zdrowia jako konformizmu. Pracodawca organizuje pracę, jednak produktywność nie daje mu prawa do pełnej penetracji psychiki pracownika.

Platforma może rekomendować treści, ale nie powinna w sposób niejawny przekształcać każdej podatności użytkownika w surowiec optymalizacji. AI może doradzać, lecz nie powinna stawać się niekwestionowalnym arbitrem tego, co człowiek czuje, czego chce i kim jest.

Taki model instytucjonalny nie obiecuje usunięcia konfliktów. Autonomia będzie kolidowała z bezpieczeństwem, prywatność z możliwością wcześniejszej interwencji, indywidualizacja ze standaryzacją, a skuteczność z prawem do odwołania. Komfort może stać w sprzeczności z uczeniem przez frustrację, a interes jednostki z interesem grupy. Właśnie dlatego potrzebne są instytucje, a nie tylko dobre intencje. Najważniejszą cechą dojrzałego systemu nie jest brak konfliktu wartości, lecz zdolność do jego jawnego ujawniania, rozdzielania kompetencji oraz korygowania wcześniejszych decyzji.

Ta sama zasada obowiązywała w psychice jednostki. Zdrowy Mahout nie był nieomylny – potrafił aktualizować swój model. Instytucja zdrowa regulacyjnie również powinna posiadać mechanizmy uczenia się na błędach. Można zatem przenieść pojęcie recovery z poziomu pacjenta na poziom systemu. Instytucja może utrwalić patologiczny sposób działania dokładnie tak, jak jednostka: poprzez dodatnie sprzężenia zwrotne, obronę wcześniejszej interpretacji, karanie informacji niezgodnej z przyjętym modelem i niezdolność do wyciągania wniosków z negatywnych następstw. Organizacja może jednak rozwinąć odpowiednik metapoznania: audyt, badania efektów, kontrolę zewnętrzną, reprezentację osób podlegających jej działaniu oraz możliwość zmiany procedur.

Z tego powodu włączenie lived experience do projektowania usług zdrowia psychicznego jest czymś więcej niż tylko gestem demokratycznym. WHO traktuje je jako sposób uzupełnienia profesjonalnej wiedzy o perspektywę osób posiadających bezpośrednie doświadczenie systemu oraz jako element recovery-oriented care. W języku naszej teorii jest to zabezpieczenie przed sytuacją, w której zewnętrzny Mahout ocenia własną skuteczność wyłącznie z perspektywy własnych celów. Najpełniejszą konsekwencją modelu staje się więc pluralizacja Mahouta. Jednostka powinna posiadać więcej niż jedno źródło regulacyjnej informacji.

Zdrowie psychiczne jako dynamiczna równowaga wielopoziomowych systemów regulacji

Terapeuta może skorygować samointerpretację pacjenta, ten z kolei – terapeutyczną teorię własną biografią. Rodzina bywa w stanie wskazać zmiany w funkcjonowaniu niewidoczne w gabinecie, dane mogą ujawnić wzorce nieuchwytne dla pamięci, a AI dostrzec niespójności pominięte przez wszystkie strony.

Żaden z tych głosów nie powinien jednak automatycznie zyskać statusu ostatecznego. System odporny na błąd wymaga redundancji epistemicznej. Inżynieria bezpieczeństwa od dawna zakłada, że system krytyczny nie może zależeć od jednego czujnika bez możliwości weryfikacji. Analogicznie, zdrowie psychiczne w środowisku nasyconym AI może wymagać wielości kanałów informacji oraz możliwości konfrontowania ich wyników.

W tym punkcie model Słonia, Jeźdźca i Mahouta wchodzi na poziom instytucjonalny. Słoń reprezentuje ucieleśnione, afektywne i nawykowe procesy regulacyjne; Jeździec odpowiada za zdolności refleksyjne i narracyjne. Mahout wewnętrzny to nabyte metakompetencje pozwalające obserwować oba te poziomy i kształtować własne środowisko. Mahout interpersonalny obejmuje osoby uczestniczące we współregulacji, natomiast Mahout instytucjonalny organizuje przestrzeń

możliwości, norm i konsekwencji. Z kolei Mahout technologiczny może dodatkowo monitorować, przewidywać i aktywnie dostosowywać otoczenie.

Żaden z tych poziomów nie jest samowystarczalny. Psychiatria bez pacjenta redukuje osobę do przypadku; pacjent pozbawiony wiedzy specjalistycznej może nie rozpoznać choroby wymagającej leczenia, a rodzina bez granic stać się systemem wzajemnej dysregulacji. Szkoła bez wymagań utrudnia rozwój kompetencji, lecz ta oparta wyłącznie na presji może uczynić ocenę trwałym sygnałem zagrożenia statusowego. Praca potrafi dostarczać sensu i więzi, ale bywa też źródłem chronicznego obciążenia. AI może zwiększyć sprawstwo lub przejąć procesy, które to sprawstwo budują.

Model systemowy nie nakazuje więc wyboru jednej ze stron tych napięć, lecz pomiar relacji między nimi. Właśnie dlatego końcowa część artykułu nie powinna wprowadzać kolejnej teorii, lecz dokonać syntezy wszystkich poziomów. Musi odpowiedzieć na pytanie postawione na początku: dlaczego metafora Mahouta jest poznawczo bogatsza od Słonia i Jeźdźca oraz jakie warunki muszą zostać spełnione, aby sama nie stała się zbyt prostym obrazem umysłu. Ostateczna odpowiedź musi połączyć ewolucję, rozwój, traumę, walidację, BPD, status, komunikację, media społecznościowe, AI, wolną wolę, współczucie, diagnozę, terapię, starzenie i instytucje. Nie po to, by sprowadzić je do jednej przyczyny, lecz by wskazać wspólną strukturę: człowiek jest układem uczącym się w środowisku, które samo coraz częściej uczy się człowieka.

> W świecie, w którym algorytmy coraz precyzyjniej modelują nasze zachowania, stajemy przed fundamentalnym pytaniem: czy dążymy do optymalizacji ludzkiego dobrostanu, czy jedynie do maksymalizacji mierzalnych wyników? Prawdziwe zdrowie psychiczne nie może być definiowane przez posłuszeństwo wobec systemu ani przez idealne dopasowanie do normy. Być może największym wyzwaniem współczesności nie jest nauczenie człowieka, jak przetrwać w toksycznym środowisku, lecz zbudowanie takich instytucji, które pozwolą nam pozostać nieprzewidywalnymi i wolnymi.

Inspiracje

[1] "Your Normal Mind" John Hannan

John Hannan jest australijskim psychologiem oraz specjalistą ds. interwencji kryzysowych i traumy. Przez ponad dekadę współpracował z Royal Flying Doctor Service oraz australijskim Departamentem Obrony. Jest autorem książki „Your Normal Mind", w której analizuje ludzkie cierpienie z perspektywy ewolucyjnej.

John Hannan *is an Australian psychologist and specialist in crisis intervention and trauma. For over a decade, he worked with the Royal Flying Doctor Service and the Australian Department of Defence. He is the author of the book "Your Normal Mind", in which he analyzes human suffering from an evolutionary perspective.*

The University of Melbourne

Literatura uzupełniająca

Książki

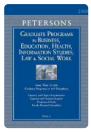
Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[1] "Mental Health Challenges in Academia: Stressors Faced by Students and Faculty"

Kurebwa, Jeffrey

2025 | IGI Global | ISBN: 9798337309309



[2] "Graduate Programs in Business, Education, Health, Information Studies, Law and Social Work"

Peterson's Guides Staff, Peterson's

2007 | Peterson Nelnet Company | ISBN: 9780768924077

Artykuły naukowe

Artykuły naukowe autora:

[1] "Enriched environments, experience-dependent plasticity and disorders of the nervous system"

Jess Nithianantharajah, Anthony John Hannan

2006 | Nature reviews. Neuroscience | DOI: 10.1038/nrn1970

Źródło

[2] "Delaying the onset of Huntington's in mice"

Anton van Dellen, Colin B. Blakemore, Robert M. J. Deacon, Denis F. York, Anthony John Hannan

2000 | Nature | DOI: 10.1038/35008142

Źródło

[3] "Tandem repeats mediating genetic plasticity in health and disease"

Anthony John Hannan

2018 | Nature Reviews Genetics | DOI: 10.1038/nrg.2017.115

Źródło

[4] "Environmental Enrichment Rescues Protein Deficits in a Mouse Model of Huntington's Disease, Indicating a Possible Disease Mechanism"

Tara L. Spires-Jones, Helen Grote, Neelash K. Varshney, Patricia M. Cordery, Anton van Dellen, Anthony John Hannan

2004 | Journal of Neuroscience | DOI: 10.1523/jneurosci.1658-03.2004

Źródło

[5] "Exercise, diet and stress as modulators of gut microbiota: Implications for neurodegenerative diseases"

Carolina Gubert, Geraldine Kong, Thibault Renoir, Anthony John Hannan

2019 | Neurobiology of Disease | DOI: 10.1016/j.nbd.2019.104621

Źródło

[6] "Environmental enrichment slows disease progression in R6/2 Huntington's disease mice"

Emma Hockly, Patricia M. Cordery, Benjamin Woodman, Amarbirpal Mahal, Anton van Dellen, Anthony John Hannan

2002 | Annals of Neurology | DOI: 10.1002/ana.10094

Źródło

[7] "Mutant huntingtin's effects on striatal gene expression in mice recapitulate changes observed in human Huntington's disease brain and do not differ with mutant huntingtin length or wild-type huntingtin dosage"

Alexandre Kuhn, Darlene R. Goldstein, Angela Hodges, Andrew D. Strand, Thierry Sengstag, Anthony John Hannan

2007 | Human Molecular Genetics | DOI: 10.1093/hmg/ddm133

Źródło

[8] "The neurobiology of brain and cognitive reserve: Mental and physical activity as modulators of brain disorders"

Jess Nithianantharajah, Anthony John Hannan

2009 | Progress in Neurobiology | DOI: 10.1016/j.pneurobio.2009.10.001

Źródło

[9] "Effects of enriched environment on animal models of neurodegenerative diseases and psychiatric disorders"

Giovanni Laviola, Anthony John Hannan, Simone Macrì, Marcello Solinas, Mohamed Jaber

2008 | Neurobiology of Disease | DOI: 10.1016/j.nbd.2008.05.001

Źródło

[10] "Differential effects of voluntary physical exercise on behavioral and brain-derived neurotrophic factor expression deficits in huntington's disease transgenic mice"

Terence Y. Pang, Nathan C. Stam, Jess Nithianantharajah, Monique L. Howard, Anthony John Hannan

2006 | Neuroscience | DOI: 10.1016/j.neuroscience.2006.04.013

Źródło

Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.
Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.
APA ONE Publishing System
Fundacja Dobre Państwo © 2026
Article ID: 26e708e8-a081-4ed2-97ec-e1b33e779860