

Dyskusja po referatach profesorów M. Fritzhanda i J. Jaroszyńskiego. Przewodniczą: prof. dr W. Dega i prof. dr B. Górnicki

Prof. W. Dega: Mam zaszczyt dzisiaj przewodniczyć naszej sesji w drugim dniu obrad. Z prawdziwą przyjemnością pragnę powitać przedstawiciela Komitetu Centralnego PZPR w osobie dr. Romualda Jezierskiego, który przybył nie tylko jako Kierownik Wydziału Nauki i Oświaty w KC, dając wyraz zainteresowania się czynników partyjnych naszymi obradami, ale przybył również jako znawca zagadnienia będąc sam doktorem socjologii i filozofii.

Witam również serdecznie wicedyrektora Feliksa Olędzkiego jako przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Pracuje on w Departamencie Opieki Zdrowotnej i Rehabilitacji.

Dzisiaj mamy wziąć pod obrady temat: „Zdrowie psychiczne w świetle medycyny i etyki”. Jest to temat niezmiernie ważny. Niedawno dowiedziałem się o statystyce angielskiej, według której 30% ludności ma odchylenia od normy psychicznej. W tej liczbie są tacy osobnicy, u których rozpoznanie upośledzenia umysłowego jest ewidentne, ale są też tacy, u których odchylenia psychiczne ujawniają się tylko w pewnych sytuacjach lub okolicznościach stressowych. Właśnie ta kategoria ludzi jest społecznie niebezpieczna, bo są oni pozornie normalni, nieraz bardzo inteligentni, posługują się logiczną argumentacją, przy tym są przeważnie agresywni i bardzo aktywni. Dostają się też na różne stanowiska w życiu społecznym i tu nieoczekiwane patologiczne ich reakcje i decyzje wnoszą duże szkody społeczne. Wśród nich może znaleźć się osobnik, który w przyszłości może nacisnąć guzik bomby atomowej.

Prof. H. Jankowski: W związku z referatem prof. Fritzhanda chciałbym podkreślić rolę i znaczenie przyjęcia właściwej definicji zdrowia psychicznego. W tej właśnie dziedzinie definicja nie jest zwykłym zabiegiem logicznym, lecz również posiada wpływ na całą rozległą sferę praktyki. Działalność definicyjna tedy nie jest tutaj neutralna w sensie etycznym. Chciałbym z całą mocą poprzeć definicję zdrowia psychicznego, zgodnie z którą jest ono niczym innym jak brakiem chorób psychicznych. Mogłoby się wydawać, iż definicja ta stanowi unik. Jednakże obawiam się prób definiowania zdrowia psychicznego od strony pozytywnej. Definicja zdrowia psychicznego jako braku chorób psychicznych pozostawia bardzo szerokie pole dla rozumienia zdrowia psychicznego. Pozytywna definicja wyróżnia pewien stan jako wzorzec normalności, w związku z czym odcina inne stany od pojęcia zdrowia psychicznego. Posłużę się analogią. Podobnie jak w dziedzinie prawa bardziej humanistyczny jest system zakazów, poza którymi rozciąga się sfera wolności, niż system nakazów, które mają konstytuować postawy

i działania, podobnie rzecz się ma w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Prawo, które będzie operowało normami składającymi się na wzór dobrego obywatela, jest zarazem narzędziem nietolerancji wobec wszelkich niekryminalnych odstępstw od wzoru. Podobnie definicja pozytywna zdrowia psychicznego mogłaby być podstawą uznania wszystkich tych, którzy nie spełniają jej wymogów, za ludzi chorych. Dlatego zgadzam się z prof. Jaroszyńskim, gdy dowodzi, iż dobra definicja zdrowia psychicznego musi być w maksymalnym stopniu definicją neutralną. Chciałbym dodać, że w różnych grupach i warstwach społecznych, w różnych kulturach — pojęcia normalności są różnorodne. Wprowadzenie do definicji zdrowia psychicznego kulturowo uwarunkowanych ujęć normalności spowodowałoby sytuację, w której lekarz psychiatra orzekałby nie na podstawie swej wiedzy fachowej, lecz na podstawie wpojonych przez wychowanie stereotypów i preferencji.

Mówiąc tedy o związku aksjologii i medycyny nie miałem na myśli aksjologicznych ingerencji w definicję zdrowia psychicznego.

Doc. M. Sokołowska: Dla mnie te dwa referaty były pasjonujące. Prof. Fritzhand, filozof, zajął się tą problematyką ze względu na zamówienie społeczne. W ogóle jest od niej dość daleko, lecz poznał gruntownie tę szczegółową dziedzinę, uporządkował ją i przekonująco przedstawił. Z drugiej strony mieliśmy niezwykle interesujący i kompetentny referat przedstawiciela tej dziedziny, prof. Jaroszyńskiego, psychiatry. Broni się on przeciwko temu, co zarzuca się w obecnej chwili psychiatrii, przeciwko rozciąganiu tej dziedziny do granic, które mu się wydają zbyt szerokie, broni charakteru naukowego i jakiejś spójności psychiatrii. Uważa, że należy uczciwie powiedzieć, na czym psychiatrzy się znają, a na czym nie znają, i że nie chcą ponosić odpowiedzialności za to, co do nich nie należy.

Ja też jestem za taką definicją zdrowia psychicznego, jaką przedstawił prof. Jaroszyński i za jego definicją zdrowia. Wydaje mi się, że ujemne skutki rozmaitego rozszerzania definicji zdrowia przeważają nad pozytywnymi. Jestem pod wrażeniem niedawnej wypowiedzi dyrektora Światowej Organizacji Zdrowia, który powiedział, że największym nieporozumieniem jest nazwa tej organizacji i że słuszniej byłoby ją nazwać Światową Organizacją Niektórych Chorób. Twierdzi, że obecna nazwa ma daleko idące implikacje, m.in. takie, że medycyna wkracza na coraz szersze tereny życia społecznego, że rosną wobec tego wymagania społeczeństwa wobec medycyny, że spada na nią coraz więcej zadań i że nie widać zbyt chętnych innych instytucji społecznych, skorych do dzielenia odpowiedzialności. Rzeczywiście tak jest, tylko co zrobić z resztą? Ma się tym zająć nie medycyna. Ale kto?

Teraz jeśli chodzi o bardziej szczegółowe sprawy. Prof. Jaroszyński jest „organizmem”, przyrodnikiem. Jest to uproszczenie, ale właściwie taka jest jego orientacja i zarazem pogląd na zadania. Zostają jednak olbrzymie tereny zagadnień interdyscyplinarnych. Gdzie je zlokalizować? Do kogo należą? Widzę nieporozumienie między prof. Jaroszyńskim i prof. Kielanowskim, który mówił, że on jest też psychoterapeutą w stosunku do swoich pacjentów. W takim razie nawet już psychoterapia wymyka się z rąk psychiatrów. Ale właśnie prof. Jaroszyński twierdzi, że psychoterapia jest tylko częścią psychiatrii. A przecież prof. Kielanowski reprezentuje klinikę, tyle że nie chorób psychicznych. Lecz psychoterapię uprawia się także w wielu innych placówkach służby zdrowia, somatycznych i somatyczno-psychicznych. Jak to więc traktować? Czy psychoterapia ma być uprawiana tylko w klinikach psychiatrycznych?

Zarówno w obu tych referatach jak i w całej konferencji brakuje, moim zdaniem, obrazu rzeczywistości, charakterystyki rzeczywistego funkcjonowania służby zdrowia. My tu mówimy o normie, albo nazywamy ją kodeksem etycznym czy deontologicznym. Mówimy także o jakiejś idealnej osobowości lekarza. A jak jest w życiu? Sądzę, że powinniśmy zająć się problemami codziennej etyki placówek służby zdrowia i systemu służby zdrowia, który przecież narzuca pewne konieczności lekarzom. Nie możemy dyskutować tylko tak abstrakcyjnie. Prof. Kielanowski postulował, żeby dyskutować o tym, czy lekarz powinien wartościować życie człowieka. Albo też możemy mówić o tym, co zrobić ma w konkretnych sytuacjach np. lekarz w izbie przyjęć, który ma 3 łóżka do dyspozycji, a 30 chorych do położenia w szpitalu? Jak te założenia etyczne, deontologiczne i moralne funkcjonują w codziennej pracy określonego lekarza, jak się owe kodeksy przełamują przez to, co się wymaga w konkretnych warunkach od poszczególnych lekarzy czy grupy lekarzy. Myślę, że na przyszłych wspólnych konferencjach problemy te muszą znaleźć swoje miejsce.

Prof. W. Dega: Jeżeli chodzi o sytuację, gdzie np. lekarz dyżurny ma 3 wolne miejsca szpitalne, a zgłasza się 20 pacjentów, to chciałbym wspomnieć, że w naszym Instytucie panuje stale taka sytuacja. Z nadmiaru zgłoszeń chorych czas czekania na miejsce w oddziale kobiecym trwa ok. 4 lata, na męskim ok. 2 lata, a na oddziałach dziecięcych 1—2 lat. Jest to całkiem nienormalna sytuacja wynikająca z niedoboru miejsc szpitalnych w kraju. Myśmy powierzyli regulację ruchu naszych chorych specjalnej komisji przyjęć.

Dr J. Hołowka: Chciałbym się wypowiedzieć na temat koncepcji zdrowia, którą prof. Jaroszyński podał w swoim referacie: „Przez zdrowie psychiczne rozumiem jedynie brak zaburzeń psychicznych, a nie żadne inne wartości...” Jakie zalety ma taka koncepcja? Głównie chyba taką, że nie miesza faktów i wartości, opisów i ocen. Jeśli zorganizuje się praktykę lekarską na podstawie jasno wyróżnionych jednostek chorobowych i tym wyróżnionym jednostkom chorobowym przypisze odpowiednie formy leczenia, to w teoretycznych wypowiedziach medycyny w ogóle nie musi się nic mówić na temat wartości, i można to traktować, oczywiście, jako pewną teoretyczną korzyść dla medycyny. Zdrowie jest wówczas jedyną i naczelną wartością medycyny, o której nie trzeba zresztą mówić nigdzie nie konkretnego. Realizacja tej wartości przebiega automatycznie: wystarczy, by lekarz poprawnie rozpoznał chorobę i zastosował odpowiednie leczenie. Nie musi niczego wybierać, nie popada w konflikty i nie powinien mieć wątpliwości. Jeśli dobrze ustalili fakty — jasno z tych faktów wynikają jego powinności.

Ale czy rzeczywiście lekarz ma do czynienia z faktami, z których tak jasno wynika, co powinien robić? Jeśli rzeczywiście zadaniem lekarza jest zapamiętanie jednostek chorobowych i odpowiedniego leczenia po to, by wiedział jak ma postąpić z pacjentem, który jest przypadkiem takiej a takiej jednostki chorobowej, i jeśli jest to wszystko, to dla lekarza chorym jest ten, kogo da się leczyć, a nie ten, kto prosi o pomoc. Cóż więc robić z tymi, których medycyna nie potrafi leczyć szybko i łatwo? Czy medycyna ma się nimi w ogóle nie zajmować? Co robić z takimi zjawiskami, jak starzenie się, złe samopoczucie, osłabienie, stałe przygnębienie, zła sprawność, cierpienie, niemożność adaptacji do warunków, do zawodu, do roli społecznych itp.? Taki człowiek czuje się chory. I czy mamy powiedzieć, że nie jest on chory, bo medycyna nie wyróżnia takiej jednostki chorobowej, jak „niemożność adaptacji do warunków”? Ludźmi takimi nikt się nie zajmie, jeśli

wszystkie instytucje stosować będą politykę taką jak medycyna, i przyjmować będą jedynie takie przypadki, z którymi dokładnie wiadomo, jak postąpić, a innych nie.

Zresztą lekarze w rzeczywistości robią inaczej. Pociuszają pacjentów, dają im rady, rozwiązują ich problemy, słuchają zwierzeń. Mówi się wówczas, że leczą człowieka, a nie chorobę. Lekarze tacy są mniej skuteczni, oczywiście. Środek farmakologiczny działa szybko i daje wyraźne rezultaty — rozmowa i doradzanie nie dają podobnych efektów. W sumie też lekarze tacy robią więcej błędów. Nie ma ludzi, którzy mieliby patent na dostarczanie dobrych rad, więc też lekarze czasem coś dobrze poradzą, a czasem się mylą. Trzeba jednak pamiętać, że lekarz zajmujący się całym człowiekiem bierze trudniejsze przypadki, i odpowiednio też trzeba go inaczej cenić.

Można powiedzieć, że stosując taką psychoterapię lub socjoterapię lekarz nie działa jako lekarz, bo nie stosuje wiedzy medycznej. Myślę, że tak nie powinno się tej sprawy stawiać. Lekarz być może nie stosuje wtedy wiedzy medycznej, ale leczy — i to wystarczy. Nie stosuje wiedzy medycznej, bo nie da się jej skutecznie zastosować w danym przypadku. Tylko lekarz może wiedzieć, kiedy taki przypadek rzeczywiście zachodzi. W pewnym więc sensie korzysta ze swej znajomości medycyny, choć nie wykorzystuje wiedzy, którą zdobył w czasie studiów.

No i wreszcie, czy lekarz wchodzący w kontakt z pacjentem i leczący „całego człowieka” realizuje tylko jedną wartość, mianowicie zdrowie? Chyba nie. Rozwiązuje przecież problemy życiowe, emocjonalne, adaptacyjne. Nawet jeśli głównym celem jego działania jest zdrowie pacjenta, to zmierza on do tego celu realizując po drodze wiele innych wartości. Znam pewnego pediatrę — bardzo dobrego, jak sądzę — który mi mówił, że najlepszym sposobem wyleczenia małego dziecka jest rozładowanie napięcia rodziców. Zapisuje on dzieciom mniej więcej to samo, co każdy pediatra, ale oprócz tego wyjaśnia rodzicom przyczyny choroby, nie straszy ich, ale uspokaja, a jak matka mówi, że dziecko ma pewnie żółtaczkę, bo cały dzień miało zatwardzenie, bez mrugnienia okiem pisze skierowanie na badanie moczu, choć radzi, żeby jeszcze tego samego dnia dać dziecku dwa tarte jabłka. Na drugi dzień nie ma choroby. Co w takim postępowaniu bardziej się ceni: umiejętność rozpoznania jednostki chorobowej i zapisania odpowiedniej terapii, czy umiejętność oddziaływania na rodziców? Jeśli powiemy, że tylko pierwsze jest ważne, to może jaśniej będzie wiadomo, co to jest medycyna i jakie są jej wartości, ale gorzej będzie z jej skutecznością.

Prof. T. Kielanowski: Problem potrzeby istnienia lub nieistnienia kodeksów deontologii lekarskiej jest w praktyce rozwiązany, istnieje ich bowiem, jak wspominał prof. Górnicki, około czterdzieści, są uchwalane i zmieniane — a więc są potrzebne.

Jest jednak rzeczą oczywistą, że nie mogą być one zbyt szczegółowe, bo wszystkich sytuacji, jakie rodzi życie, żaden kodeks, ani moralny, ani nawet karny nigdy nie potrafi przewidzieć. Zgadzam się więc z trafnym określeniem pana profesora Kellera, że kodeksy powinny przewidywać i regulować postępowanie w typowych sytuacjach konfliktowych.

W projekcie kodeksu, który przed kilkunastu laty opublikowałem, a który bywa czasem nazywany „prywatnym kodeksem profesora K.”, omawiałem i próbowałem na przykład rozwiązać narastający problem moralnej (deontologicznej) odpowiedzialności zespołów lekarskich, jako że pracujemy coraz częściej w zespole specjalistów różnych medycznych i nawet niemedycznych dziedzin. Jako podsta-

wę uznałem wtedy prawo odmowy, to jest prawo zachowania przez każdego członka zespołu własnego zdania i prawo odmawiania przez podwładnego wykonania polecenia przełożonego, jeżeli o słuszności tego polecenia przełożony nie umie podwładnego przekonać. Niestety nie umiałem przekonać wielu kolegów o słuszności mojej koncepcji, ale mimo upływu lat nie zmieniłem zdania. Zaznaczam, że przewidziałem sposoby ochrony interesu pacjenta i rozumowałem i działałem oczywiście przede wszystkim w tym interesie. Jestem już dziś niemłody i widzę lepiej niż dawniej możliwość popełniania przez starych lekarzy omyłek. Sytuacja, w której młodemu nie wolno by było się sprzeciwić błędnej, mylnej decyzji starszego — może mieć w medycynie (a może także i poza medycyną?) fatalne następstwa!

Dr F. Olędzki: Nie chcę zabierać głosu w tych sprawach, w których Państwo jesteście wybitnymi specjalistami i naukowcami. Niemniej jednak na podstawie przeprowadzonej dyskusji i referatów nasuwają mi się pewne refleksje jako lekarzowi praktykowi i lekarzowi organizatorowi służby zdrowia u nas w kraju. Chciałbym po prostu podzielić się tymi refleksjami, nie wchodząc zbyt głęboko w tematy, które zostały dzisiaj przedstawione, zarówno w referatach jak i w dyskusji.

Pierwsze zagadnienie, które chciałbym poruszyć, to kwestia opieki nad chorymi, a raczej nad społeczeństwem, ponieważ uznając działalność profilaktyczną jako najważniejszą w opiece zdrowotnej, opieka nad chorymi staje się tylko koniecznością. Chodzi bowiem o to, aby chronić nasze społeczeństwo przed chorobami.

Nowoczesne metody postępowania służby zdrowia polegają na działaniu zespołowym. Problemy zdrowotne rozwiązują zespoły złożone z pracowników służby zdrowia, nie tylko z lekarzy. W skład zespołów wchodzi również średni personel medyczny: pielęgniarki, położne, technicy medyczni, a nawet personel pomocniczy — np. salowe w szpitalu. W zależności od zadań, jakie zespół posiada (lecnicze, profilaktyczne), składa się z odpowiednich pracowników służby zdrowia.

Podstawowym zespołem w działalności służby zdrowia, tj. w opiece zdrowotnej, jest zespół środowiskowy, działający w domu podopiecznego w środowisku rodziny, w najważniejszym środowisku bytu człowieka. Podobne zespoły działają również w środowisku pracy (przemysłowa służba zdrowia) i środowisku nauki (szkolna i akademicka służba zdrowia).

Zespół środowiskowy, działający w rodzinie (w domu chorego-podopiecznego) składa się z lekarza rejonowego poradni ogólnej, pielęgniarki środowiskowej i opiekuna społecznego. Osobą koordynującą w omawianym zespole jest lekarz, on kieruje działalnością profilaktyczną i postępowaniem leczniczym. Najważniejszą jednak osobą dla członków środowiska staje się w danym czasie ten członek zespołu, który jest najbardziej potrzebny. Osobą tą może być pielęgniarka, przekazująca wiadomości i szkoląca np. matkę w zagadnieniach opieki nad dzieckiem, jego pielęgnacji. Najważniejszą osobą dla środowiska może być opiekun społeczny, który załatwia sprawę z zakresu opieki socjalnej, powiedzmy rentę, sprawę mieszkaniową itp. Nie ma więc *sensu stricto* przełożonego w zespole. Wszyscy jego członkowie są jednakowo ważni w działalności zespołu.

Oczywiście, jak już wspominałem, koordynatorem tej działalności jest lekarz, dlatego że najwięcej potrzeb i żądań społecznych jest ze strony medycyny, aczkolwiek linia, gdzie kończą się potrzeby opieki socjalnej, opieki społecznej, a zaczynają medyczne — zaciera się bardzo mocno w praktyce lekarskiej i nie można postawić granicy, gdzie kończy się opieka medyczna, a zaczyna pomoc społeczna.

Specjalnie trudno postawić tę granicę w pracy zespołu środowiskowego opiekującego się rodziną.

To, o czym teraz mówię, nasunął mi sens wypowiedzi prof. Jaroszyńskiego, który powiedział, że „wzajemne wpływy wewnątrzrodzinne, brak bezpieczeństwa uczuć, niejednokrotnie stają się przyczyną schorzeń albo zaburzeń psychicznych”. Ze względu na znaczenie rodziny opieka nad nią staje się głównym społecznym zadaniem.

W nowoczesnej opiece zdrowotnej nad społeczeństwem, bez względu na to jaki rozwiązujemy problem, czy zagadnienie zdrowia psychicznego, czy opieki nad matką i dzieckiem, czy walkę z chorobami wenerycznymi itp., zawsze oprócz się musimy w poczynaniach służby zdrowia na podstawowej opiece zdrowotnej, opiece środowiskowej (rejonowej), w skład której wchodzi personel poradni: pediatrycznej, ginekologiczno-położniczej, stomatologicznej, przemysłowa i szkolna służba zdrowia, a przede wszystkim personel poradni ogólnej, czyli zespół środowiskowy opiekujący się środowiskiem rodziny. Zespół ten staje się nie tylko zespołem leczącym, ale głównie zespołem sprawującym opiekę.

Wymieniony personel stanowi „pierwszą” linię opieki (angielskie — *primary care*) i stanowi podstawę działania całej służby zdrowia.

Wysoka postawa etyczna zespołu ma decydujące znaczenie w jego pracy. Na postawę etyczną zespołu składają się postawy poszczególnych jego pracowników.

Nie chcę dalej rozwijać tych zagadnień. Zastanawiam się jednak nad tym, że jeżeli rodzina rzeczywiście ma tak wielkie znaczenie nie tylko zdrowotne, ale i społeczne, to chyba wspomniany zespół środowiskowy musimy rozszerzyć u nas w Polsce, tzn. nie tylko resort zdrowia i opieki społecznej, ale i inne resorty muszą się włączyć do tej działalności w tym środowisku. W środowisku tym bowiem zachodzą procesy nie tylko kształtowania zdrowia, nie tylko pomocy społecznej, ale zachodzą procesy pedagogiczne, wychowawcze, dydaktyczne, itd. Musimy działać bardziej z rodziną, bardziej z człowiekiem, musimy pośrednio być w rodzinie. To nie jest kierowanie rodziną, ale to jest pomoc dla rodziny, kształtowanie właściwego jej środowiska bytu.

I jeszcze jedno zdanie do tego, co powiedziałem. Mówimy o dehumanizacji zawodu lekarza. Powiedziałbym szerzej — dehumanizacji zawodu pracownika służby zdrowia. Przez rozwijanie zespołów środowiskowych w rodzinie jednocześnie kształtujemy *psyche* poszczególnych pracowników służby zdrowia, my wzbogacamy ją o elementy humanitarne. To byłaby pierwsza refleksja, która mi się nasunęła.

Drugi temat, który chciałbym poruszyć, to jest to, co w bardzo dobrym referacie prof. Jaroszyńskiego zauważyłem, mianowicie kwestia psychiatrii w Polsce. Pan Profesor mówił o okresie historii medycyny, w którym psychiatria była wyalienowana z tej nauki. Pan Profesor sięgnął daleko w historię. Ta alienacja psychiatrii moim zdaniem dotyczyła chyba bliższego nam okresu czasu, nawet sięgała do czasu zakończenia II wojny światowej; powiedziałbym, że ta alienacja psychiatrii jako nauki, jako praktyki, jako działalności lekarzy psychiatrów dotyczy w pewnym zakresie dnia dzisiejszego.

Momentem zwrotnym w psychiatrii i w rozwoju opieki psychiatrycznej, opieki nad zdrowiem psychicznym obywateli był duży postęp, jaki wniosła farmakologia po II wojnie światowej. Myślę o lekach psychotropowych, które aczkolwiek nie leczą wszystkich chorób psychicznych, niemniej są bardzo pomocne w leczeniu. Fakt ten spowodował zbliżenie psychiatrii do całej medycyny — stworzył bowiem konkretne możliwości lecznicze chorych psychicznie — odsunął więc pojęcie

beznadziejności w postępowaniu z tymi chorymi. Psychiatria wyalienowana kiedyś i trwająca w tej alienacji do połowy tego wieku — stworzyła wtedy formy działania psychiatrycznej opieki zdrowotnej w postaci wielkich szpitali tysięcy i więcej łóżkowych, otoczonych wysokim murem, przeznaczonych do separacji pewnej części społeczeństwa.

Nowoczesne kierunki działania psychiatrii mury te przewracają. Przewracają dlatego, że po pierwsze — wiedza, a więc medycyna złączona z psychiatrią wniosła nowe elementy postępowania z chorymi; po drugie, że stworzyła ona warunki dla innej opieki nad chorym nie tylko w sensie farmakologicznym i psychoterapeutycznym, ale w sensie opieki, zwłaszcza opieki środowiskowej. Chorego psychicznie można dziś szybciej wypisać ze szpitala, ale niejednokrotnie nie można tego dokonać ze względu na brak nad nim opieki w domu. Rodzina nie jest przygotowana do opieki nad chorym, nie jest przygotowane również społeczeństwo, które nadal patrzy na chorego psychicznie jako wyalienowanego ze społeczeństwa. Podobnie rozumie po staremu znaczenie psychiatrii pewna część pracowników służby zdrowia. Mało tego — śmiem twierdzić, że wielu psychiatrów, nie tylko zresztą u nas w Polsce, jeszcze nie rozumie i nie stosuje nowoczesnych zasad postępowania.

W związku z tym podstawowym elementem działania w zakresie organizacji ochrony zdrowia psychicznego jest problem dalszej integracji psychiatrii z medycyną jako nauką i praktyki psychiatrycznej z praktyką medyczną, z medycyną kliniczną. Te nowe kierunki zmusiły do stworzenia nowych form opieki nad zdrowiem psychicznym, wyrażających się budową małych szpitali, oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, w celu złączenia psychiatrii z innymi specjalnościami medycznymi, organizowania tak zwanych form pośrednich, oddziałów dziennych i nocnych, pozwalających szybciej chorego przywrócić do środowiska i dalej roztoczyć nad nim opiekę psychiczną i psychiatryczną. Rolę tę spełniać powinien zespół środowiskowy działający w rodzinie.

I trzecia refleksja — to jest kwestia etyki naszych lekarzy, naszych pracowników służby zdrowia. Przy rozważaniu tego problemu należy wziąć pod uwagę następujące zagadnienia. Deontologię i etykę lekarską podzieliłbym na dwie części — jedną związaną i dotyczącą tylko zawodu lekarza, pielęgniarki, pracownika służby zdrowia. Drugą część odnoszącą się do wszystkich członków naszego społeczeństwa. Stanowi ona etykę polską, etykę naszego państwa, związaną z tymi wszystkimi przemianami społecznymi, politycznymi, jakie zaszły w naszym kraju. Na tych podstawowych zasadach etyki związanej z charakterem naszego państwa, choćby na zasadzie, że człowiek stanowi najważniejsze dobro itd., muszą być zbudowane te szczegółowe już deontologiczne sprawy związane z zawodem pracownika służby zdrowia.

Przykładem dla potwierdzenia mego rozumowania jest u nas zagadnienie prywatnej praktyki lekarskiej, dla nas obce i niewłaściwe w naszym kraju. Natomiast w państwach kapitalistycznych ta forma postępowania lekarskiego jest rzeczą zupełnie normalną. W RFN służba zdrowia oparta jest na prywatnej praktyce, podobnie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. My prywatnej praktyki u nas nie chcemy i nie tylko dlatego, że jej nie lubimy, ale dlatego, że nie możemy uznać leżących u jej podstaw przesłanek. Pierwszą z nich stanowi zasada, która obca jest naszemu ustrojowi społeczno-politycznemu, zakładająca „handel medycyną” wyzysk człowieka w jego najtrudniejszych okresach życia — okresach choroby. Drugą stanowi przyjęte przez nowoczesną medycynę twierdzenie, że jeden lekarz „w czterech ścianach” nie potrafi już dzisiaj ustalić prawidłowo rozpozna-

nia choroby i postępowania leczniczego, bez pomocy innych pracowników medycznych (konsultacje, badania diagnostyczne itp.).

Normy etyczne obowiązujące w naszym kraju, wynikające z naszego ustroju społeczno-politycznego, są podstawą dla stwarzania zasad deontologii i etyki pracownika naszej służby zdrowia. Najbardziej charakterystycznym rysem postawy i postępowania lekarza jest jego kontakt z człowiekiem stojącym przed autorytetem śmierci. Tym lekarz różni się od każdego innego pracownika — ratuje on życie ludzkie. Walczy o coś, co jest najcenniejsze dla każdego człowieka. Dotyczy to zresztą każdego pracownika służby zdrowia. I dlatego tak dużo się wymaga pod względem etycznym od tej grupy zawodowej.

Zdaję sobie sprawę, że za mało w mym wystąpieniu nawiązywałem do zasad i problemów naukowych, o których tak szeroko mówiono. Takie jednak nasunęły mi się refleksje.

Dr K. Starczewska: Roztoczono tu przed naszymi oczami wizję opieki lekarskiej zorganizowanej wedle najnowszych kryteriów skutecznego działania profilaktyczno-leczniczego. Mówiono o opiece środowiskowej, o organizacji zespołów lekarskich, o specjalistycznej opiece nad chorymi w domu. Wszystko to brzmiało jak utopijna wizja odległej przyszłości. Im taka wizja piękniejsza, tym wyraźniej kontrastuje z nią jednak obraz codziennych warunków, w jakich zmuszony jest działać lekarz. Warunki te stawiają nierządno lekarza wobec dramatycznych pod względem moralnym wyborów. Oto na przykład musi on zdecydować, komu spośród kilku bezwzględnie potrzebujących pacjentów zaaplikować unikalny, reglamentowany lek lub drogą unikalną aparaturę, kogo, przy braku miejsc, przyjąć do zakładu leczniczego, a kogo odesłać do domu.

Aby odciążyć lekarza od tego typu dramatycznych wyborów, a jednocześnie zapobiec dowolnościom i nadużyciom w tej dziedzinie, dr Szawarski proponował wprowadzenie pozamedycznych kryteriów, które ustalałyby trwałe priorytety w korzystaniu z deficytowych środków leczniczych. Ustalenie takich priorytetów mogłoby, jego zdaniem, pomóc w sprawiedliwym rozwiązywaniu sytuacji konfliktowych. Priorytet w korzystaniu ze świadczeń medycznych przysługiwać miałyby ludziom szczególnie społeczeństwu potrzebnym, opracowanie zasad, na których miałyby się on opierać, nie należałoby już przy tym do lekarzy.

Propozycje wprowadzenia pozamedycznych kryteriów rozstrzygających o kierunku rozwiązywania sytuacji konfliktowych zrodziły się, jak sądzę, z poczucia realizmu, z trafnego odczytania tendencji istotnie występujących w naszym codziennym życiu. Czym innym jest wszakże ostre dostrzeżenie realnych faktów, a czym innym nadawanie tym faktom moralnej prawomocności. Istotnie zdarza się często, że z powodu braku miejsc do szpitali przyjmowani są ludzie nie tylko wedle kryteriów ściśle medycznych, lecz także różnych pozamedycznych preferencji, wśród których zdarzają się czasami także preferencje wynikające z wysokości oferowanej łapówki. Nie znaczy to wszakże, by istniejącą sytuację aprobować czy moralnie usprawiedliwiać. To, że zasady egalitaryzmu w odniesieniu do takich podstawowych wartości jak zdrowie i życie bywają w praktyce nierządno łamane, nie upoważnia nas bynajmniej, by nadawać rangę moralnej słuszności medycznemu elitaryzmowi poprzez wprowadzenie praktyki wyceniania ludzkiego życia jako bardziej lub mniej wartościowego.

Z dużą więc, przyznać muszę, ulgą wysłuchałam wypowiedzi lekarzy, którzy zdecydowanie odżegnawali się od możliwości posługiwania się innymi, niż wskazania ściśle medyczne, kryteriami przy ustalaniu priorytetów w udzielaniu me-

dycznej pomocy. Okazuje się, że lekarze wcale sobie nie życzą, by ktokolwiek, dokonując za nich wyborów, odciążał ich sumienia. Nie chcą oni najwyraźniej zrezygnować z moralnej odpowiedzialności za własne działanie, nie chcą odrzucić podstawowego założenia aksjologicznego, na którym opiera się lekarska deontologia, założenia głoszącego, iż życie każdego pacjenta jest wartością bezwzględną, nie podlegającą wycenieniu według jakichkolwiek zewnętrznych kryteriów.

Stanowisko zajmowane przez lekarzy, a oparte na przeświadczeniu, że życia ludzkiego nie można wycenić wedle skali użyteczności, wydaje mi się słuszne, nie tylko dlatego, że najogólniej odpowiada moim uniwersalistyczno-egalitarnym intuicjom moralnym, lecz także dlatego, że wydaje mi się najbardziej społecznie twórcze. Zmusza ono mianowicie do uznania istniejącego stanu opieki lekarskiej za niezadowalającą z punktu widzenia ideału medycznego egalitaryzmu i tym samym dopinguje do czynnego przeciwdziałania niedoborom w medycynie. Wprowadzenie jakichkolwiek pozamedycznych priorytetów w dystrybucji środków leczniczych prowadziłyby zaś, moim zdaniem, do zobojętnienia na istniejące niedobory, do biernej akceptacji stanu, który jest, dlatego tylko, że jest.

Deontologia lekarska od czasów Hipokratesa stanowi pierwszy w dziejach ludzkości system norm, moralnych odwołujących się do wartości uniwersalistycznych. Lekarskie przykazanie traktowania każdego pacjenta jednakowo, oparte na uznaniu bezwzględnej wartości każdego ludzkiego życia, było załącznikiem idei humanistycznych. Wszelkie odstępstwo od tego fundamentalnego założenia aksjologicznego etyki lekarskiej jest więc skłonnością do regresu moralnego.

Doc. A. Glińska: Ze względu na ograniczenie czasu dyskusji moje uwagi będą bardzo skrótowe. Pierwsza z nich dotyczy wypowiedzi pana prof. Górnickiego, którą być może niedostatecznie zrozumiałam. Chodzi mi o próbę zdefiniowania zdrowia psychicznego rozumianego przez Pana Profesora jako zespół czynników umożliwiających najwyższy stopień przystosowania.

Dla mnie przystosowanie jest kategorią dość niejasną i wieloznaczną. W innym nieco znaczeniu funkcjonuje ona na gruncie socjologii niż w psychologii.

Zdolność do przystosowania określona została w dyskusji jako pewna właściwość prawidłowo, normalnie rozwijającego się osobnika. Natomiast w naukach społecznych termin ten bywa niekiedy używany w znaczeniu wartościującym, głównie pejoratywnym. Zastępuje się go słowem konformizm, przez które rozumie się umiejętność przystosowania się człowieka do środowiska społecznego, do jego obyczajów, mentalności, zasad postępowania, mimo że się ich nie akceptuje, że pozostają one w sprzeczności z osobistymi poglądami. Stąd też mówi się dodatnio raczej o nonkonformistach, o ludziach pozytywnie nieprzystosowanych, mając na myśli takich, którzy nie chcą się podporządkować temu, co im nie odpowiada, co uznają za niesłuszne, broniących własnego stanowiska. Oczywiście ta ocena nie dotyczy osobników, którzy nie potrafią się przystosować do żadnych reguł życia społecznego, nie chcąc mieć nad sobą żadnej kontroli.

Wydaje się, że rozwój, nowatorstwo w życiu społecznym są w dużej mierze dziełem właśnie tych pozytywnie nieprzystosowanych. Istnieją całe grupy ludzkie, które nie chcą afirmować istniejącej rzeczywistości, nie potrafią akceptować spraw, z którymi się nie zgadzają. Są oni w pewnym (ale nie medycznym) sensie nie-normalni, to znaczy nietypowi, nie odpowiadający przeciętnemu typowi człowieka. Nie oznacza to jednakże, że skoro owi ludzie są nieprzystosowani, to nie są oni psychicznie zdrowi. Tak rozumiane nieprzystosowanie nie stanowi więc objawu zakłócenia zdrowia psychicznego, natomiast często, narażając człowieka na kon-

flikty z otoczeniem, może stanowić przyczynę zakłócenia równowagi psychicznej.

Dalsze moje uwagi dotyczą kodeksu etycznego i związanego z nim wzorca osobowego lekarza.

W różnych kodeksach deontologicznych występuje podział obowiązków zawodowych na pewne grupy. W etyce lekarskiej wyróżnia się zasady określające stosunek do pracy (np. obowiązek dokształcania się), do pacjentów (np. życzliwość) oraz do własnego środowiska zawodowego (np. koleżeńskość). Sądzę, że do tych obowiązków można by dodać jeszcze czwartą grupę określającą sylwetkę lekarza w nieco szerszej płaszczyźnie jego stosunku do spraw ogólnospołecznych.

Pewne kwestie poruszone w dzisiejszej dyskusji wzbudziły we mnie przekonanie, że kodeks etyczny lekarza czy innego pracownika służby zdrowia może być przydatny nie tylko w tym celu, by oddziaływać wychowawczo i w pewien sposób bronić społeczeństwo przed ich niewłaściwą pracą. Może być on potrzebny również po to, aby stanowić pewnego rodzaju barierę wobec żądań wysuwanych w stosunku do lekarzy; zapewnić im obronę przed domaganiem się od nich działań niezgodnych z istotą ich zawodu (mam na myśli na przykład sytuacje konfliktowe w przemysłowej służbie zdrowia, o których tu była mowa), jak i przed żądaniami, których realizacja wykracza poza ich obowiązki zawodowe. Kodeks powinien stanowić ochronę przed tego rodzaju wymaganiami, gwarantować możliwość wykonywania przez lekarza jego podstawowego obowiązku: dbania o zdrowie pacjentów.

Znajomość sztuki lekarskiej, obowiązkowość — to w moim przekonaniu podstawowe cechy wzorca osobowego lekarza. Emocjonalne zaangażowanie w stosunku do pacjentów, które często jest przez nich postulowane, nie wydaje mi się ani możliwe, ani nie jest chyba wskazane. Z tego powodu zwyczajowo w służbie zdrowia przyjęte jest niepodejmowanie się leczenia osób bliskich.

Przy próbach budowy wzorca osobowego lekarza obserwujemy ostatnio pewien pęd do rozwiązywania tego problemu przy pomocy badań empirycznych. Przeprowadzono je w sanatorium akademickim w Zakopanem, jak również w środowisku robotników Częstochowy, rejestrując oczekiwania pacjentów wobec pracowników służby zdrowia, by na tej podstawie skonkretyzować wzorzec lekarza. Ta metoda nie wydaje mi się słuszna; branie pod uwagę tego, jak idealnego lekarza wyobrażają sobie pacjenci, nie jest najważniejsze. Istotne są te cechy lekarza, które sprawiają, że skutecznie może on chorym pomagać, a więc że jest on dobrym fachowcem i porządnym człowiekiem. Może się zdarzyć, że jego sposób postępowania jest obiektywnie dla pacjenta najkorzystniejszy, choć temu pacjentowi nie odpowiada i chciałby, aby było ono inne. Są chorzy, wobec których celowe jest okazanie im współczucia czy serdeczności, podczas gdy wobec innych bardziej pożądana jest pewna surowość. Wszystko to sprawia, że bardziej szczegółowe i jednoznaczne określenie cech osobowości dobrego lekarza i jego stosunku do pacjentów nie wydaje mi się możliwe, że należy lekarzom pozostawić pewną swobodę w określaniu sposobów jak najbardziej prawidłowego wykonywania ich obowiązków.

Prof. M. Fritzhand: W związku z wystąpieniem pani Starczewskiej pragnę stwierdzić, że w medycynie w podejmowaniu szeregu ważnych decyzji nie sposób ograniczyć się do czysto medycznych kryteriów, że nie można uwolnić się w podejmowaniu tych decyzji od pozamedycznych kryteriów aksjologicznych. Żeby zdać sobie z tego sprawę, wystarczy prosty przykład. Doszło do bójki między chuliganem usiłującym zgwałcić napadniętą kobietę a śpieszącym jej na pomoc po-

rządny człowiekiem, który przypadkowo usłyszał jej rozpaczliwe wołania. W wyniku bójki życie obu przeciwników znalazło się w jednakowym niebezpieczeństwie, udzielić zaś niezbędnej pomocy lekarskiej w danej sytuacji można było tylko jednemu z nich. Czy miał tu więc decydować przypadek, np. rzut monetą, czy też należało ratować właśnie porządnego człowieka, a nie bandytę? Nie sądzę, aby wielu znalazło się takich, w których moralnym odczuciu byłoby sprawą moralnie obojętną, komu medycyna ma ratować życie, którzy by utrzymywali, że w tych okolicznościach do głosu dopuścić wolno jedynie kryteria medyczne. Przeciwnie, jestem przekonany, że nasze sumienie potępiłoby traktowanie przez medycynę na równi obu uwikłanych w opisaną przykładowo sytuację ludzi.

A teraz kilka uwag polemicznych w związku z cennym referatem prof. Jaroszyńskiego, z którego sporo się nauczyłem. Odnoszę wrażenie, że prof. Jaroszyński opowiada się za neutralnym aksjologicznie pojęciem zdrowia psychicznego. O tym, czy takie pojęcie jest możliwe, obszernie mówiłem w swym referacie. Tu raz jeszcze podkreślę, że, moim zdaniem, takie pojęcie w pewnym sensie na pewno jest niemożliwe. Mianowicie zdrowie psychiczne jest powszechnie traktowane jako stan aksjologicznie pozytywny, jako wartość. Mówiąc przeto, że ktoś jest psychicznie zdrowy lub niezdrowy, chcąc nie chcąc, mimowiednie wartościujemy. Zdrowie psychiczne (jak w ogóle zdrowie) jest w odczuciu powszechnym czymś cennym, natomiast zaburzenia psychiczne (jak wszelkie zaburzenia chorobowe) traktujemy jako coś, czemu należy przeciwdziałać. Właśnie tak rozumianym (aksjologicznie) pojęciem zdrowia posługuje się deontologia lekarska.

A w ogóle to wydaje mi się rzeczą niesłychanie trudną przedstawić aksjologicznie neutralną definicję zdrowia psychicznego, choć w pewnym sensie dopuszczam — z dużym wahaniem — taką możliwość, mianowicie w przypadku, gdy się zdrowie psychiczne zdefiniuje jako brak zaburzeń psychicznych. Niemniej jednak w praktyce leczenia definicja ta traci swój neutralny, opisowy charakter, leczenie bowiem jest skierowane ku pewnemu stanowi, choćby to był tylko brak symptomów schorzenia psychicznego, który to stan jest z konieczności traktowany jako godny pożądania cel. Nie sądzę jednak, aby dana przez prof. Jaroszyńskiego definicja zdrowia psychicznego była definicją neutralną aksjologicznie nawet tylko w płaszczyźnie czysto teoretycznej, w oderwaniu od praktyki leczniczej. Prof. Jaroszyński stwierdza: „Przez zdrowie psychiczne rozumiem jedynie brak zaburzeń psychicznych, a nie żadne inne wartości. Można by jeszcze dodać «zdolność do rozwoju», ale jest to zbędne, ponieważ brak tej zdolności wkracza w dziedzinę zaburzeń psychicznych”. Skoro jednak prof. Jaroszyński wprowadza do definicji zdrowia psychicznego „zdolność do rozwoju”, czy też uważa brak tej zdolności za zaburzenia psychiczne — to tym samym, jak starałem się dowieść w swym referacie, opuszcza grunt opisowy, neutralny, w konotację tak zdefiniowanego przezeń zdrowia psychicznego wkraczają treści aksjologiczne.

Zastanawiam się nad tym, dlaczego prof. Jaroszyński wprowadza do pojęcia zdrowia psychicznego zdolność do rozwoju. Być może czyni to dlatego, że psychiatria, jego zdaniem, zajmuje się na równi psychozami i nerwicami. Właśnie zaś, gdy idzie o nerwice, ich definicja, a tym bardziej leczenie, niemal zawsze, implikuje określone, takie lub inne, u różnych teoretyków medycyny różne wartości, np. wartości, zresztą także u różnych teoretyków bynajmniej nie identyczne, związane z pojęciem rozwoju. W ogóle sądzę, że niepodobna pod jeden strychulec podciągać psychoz i neuroz, jak to zdaje się czynić w swym z konieczności krótkim referacie prof. Jaroszyński. Powstaje wrażenie, jakby nie było zasadniczych różnic między terapią stosowaną w odniesieniu do psychoz a terapią stosowaną w odniesieniu do

neuroz. M.in. zaciera się w ten sposób bez porównania większa rola wartości w lecznictwie psychoterapeutycznym niż w lecznictwie psychiatrycznym.

Brak wyraźnego odgraniczenia w referacie chorób psychicznych od dolegliwości nerwicowych, to, że się traktuje na równi jedne i drugie jako „zaburzenia psychiczne” bez zwrócenia uwagi na zachodzące pomiędzy nimi zasadnicze różnice, że się nie odróżnia psychoz o nieznannej etiologii od psychoz pochodnych od określonych chorób fizycznych (np. od syfilisu lub nieprawidłowych przemian hormonalnych) — łatwo może prowadzić do różnych nieporozumień. Przykładem może tu być wystąpienie jednego z dyskutantów, który stwierdził, że choroby psychiczne należy leczyć, że nie należy zastępować leczenia wpajaniem jakichkolwiek systemów wartości. Twierdzenie to niewątpliwie jest słuszne w stosunku do psychoz pochodzenia wtórnego, uwarunkowanych jakimiś chorobami organicznymi, ale w tym przypadku nikt niczego nie mówi o wartościach. Natomiast, jak na razie nie bardzo wiadomo, na czym ma polegać (teoretycznie rzecz biorąc, a nie tylko empirycznie) leczenie psychoz o nieznanym przyczynach. W tej sytuacji nawet wartości, jeśli empirycznie by potwierdziły swą skuteczność, musiałyby być uznane za właściwe środki lecznicze do czasu odkrycia etiologii takich chorób psychicznych, jak np. różne rodzaje schizofrenii. Lecz nie o psychozy idzie, gdy się mówi o wpajaniu określonych systemów wartości. Idzie tu przede wszystkim o nerwice, domagać się zaś leczenia nerwic, a nie wpajania określonych systemów wartości, to przeoczać, że to wpajanie w odniesieniu do nerwic jest właśnie najważniejszą częścią składową ich leczenia.

Wracając do referatu prof. Jaroszyńskiego, pragnę stwierdzić, że Pan Profesor, moim zdaniem, oparty na opinii licznych autorytetów w dziedzinie psychiatrii, jak np. prof. Kollego, zbyt optymistycznie zapatruje się na możliwości leczenia psychoz o nieznannej etiologii. Prowadzi to do niedoceniań sprawy zakresu dopuszczalności przeprowadzania eksperymentów na chorych psychicznie ludziach. Zbyt optymistycznie patrzy też Pan Profesor na sprawę przymusowego leczenia ludzi nerwicowych. Nierzadko bowiem ich otoczenie pragnie się ich pozbyć i zdarza się, że lekarze mylnie godzą się na ich przymusowe umieszczenie w szpitalu dla psychicznie chorych.

Prof. J. Jaroszyński: Muszę zacząć od tego, jak to było z Aleksandrem Wielkim, który zażądał, aby go szybko nauczyć matematyki. Nie można poznać przedmiotu nawet przeczytawszy kilka podręczników.

Jeżeli chodzi o szczegóły, to było szereg kolejnych metod leczenia. Na przykład elektrowstrząsy. Stosowano ich u nas bardzo mało, u mnie w klinice prawie wcale, a na świecie mnóstwo. Są to środki skuteczne przy odpowiednich wskazaniach.

Ja nie potrafię odpowiedzieć na wszystkie wątpliwości prof. Fritzhanda. Wrócę do czego innego, bo nie będę miał dużo czasu i na tym tle postaram się może jeszcze raz niektóre rzeczy wyjaśnić.

W psychiatrii w tej chwili odbywa się coś podobnego, co już było w historii medycyny, mianowicie spór psychików z somatykami. Spór ten — moim zdaniem — ma mniej sensu, niż robi hałas. Oczywiście zawsze korzystne są pewne skrajne zdania, a to m.in. warunkuje postęp.

Medycyna psychiatryczna zaczęła współpracować z szeregiem specjalności od psychologii począwszy. Już te specjalności życzą sobie w dość dużym zakresie trudne funkcje psychiatrii przejąć. Ja tylko zacytuję to, co było w referacie, zdanie psychiatry francuskiego, który mówi, że ani jedno, ani drugie skrzydło nie może mieć

racji, bo gdybyśmy zajęli jedno stanowisko, to byśmy byli neurologami, a gdybyśmy zajęli drugie stanowisko, to byśmy byli polityko-psychoanalitykami. W samej psychiatrii też są różne skrzydła i różne stanowiska szukające środków, nie zawsze pośrodku się znajdujących. W każdym razie praktycznie zajmujemy się psychozami i wielu innymi sprawami. My stosujemy metody nie tylko biologiczne, wprowadzamy dość szeroko zasadę społeczności leczniczej w różnych wariantach, także psychoterapię i to nie świadczy przecież wyłącznie o biologicznym nastawieniu na przykład naszej kliniki. Natomiast stosujemy środki psychotropowe. O te eksperymenty nie będą się kłócić, oczywiście tak, na początku leczenia — eksperymenty, bez tego się nie obejdzie.

Wspomniałem, że eksperymenty na zwierzętach i kliniczne eksperymenty są bezpieczne, farmakologia ma swoje zasady, ma swoją wiedzę nie tylko w tym zakresie, jak dalece będzie działać, ale mamy pewien model zwierzęcy zaburzeń psychicznych. Po drugie — jeżeli chodzi o eksperyment na człowieku, to farmakologia może powiedzieć, jakich eksperymentów na człowieka nie można przenieść ze względu na stwierdzoną szkodliwość nowego środka.

Niestety, tak jest w psychiatrii, są także psychozy o nieznannej etiologii. Najprawdopodobniej jest to etiologia mieszana, ale zapewne są przesłanki pośrednie. Natomiast jeżeli Pan Profesor był łaskaw wymienić tutaj depresje okresowe, to znaczenie dziedziczności jest tu dosyć istotne. Leczenie daje wyniki. W leczeniu np. znacznie więcej niż dane etiologiczne daje patogenezę. Opieramy w dużym stopniu na niej wskazania. Przepraszam, ale muszę powiedzieć, że przecież istnieją bioaminy i inne przekaźniki mózgowie i istnieją badania prowadzone przez biochemików, dotyczące znaczenia bioamin dla sprawności mózgu i zaburzeń psychicznych, związanych z przemianą oraz wydalaniem tychże bioamin w chorobach psychicznych. Psychofarmakologia jest oparta na badaniach wpływu leku na konkretne zaburzenia, ale jest oparta także na tych badaniach, ma tę podstawę bez względu na to, jak to oscyluje, jakie to ma znaczenie dla psychoz. Niewątpliwie nikt nie myśli, że chloropromazyne i inne leki usuwają chorobę z człowieka. Ale czy dlatego należy tego człowieka pozostawić bez pomocy?

B. Kamiński napisał kiedyś, że jest zagadnienie, czy cierpienie jest powszechne w chorobach psychicznych. Cierpienie nie zawsze występuje w chorobach psychicznych wyraźnie, natomiast w depresji jest tak głębokie, jak to tylko możliwe. Ja bardzo bym przestrzegał przed leczeniem doradzonym przez antypsychiatrów, przed eksperymentowaniem tego typu. Dla mnie jest rzeczą bardzo charakterystyczną, że antypsychiatrzy nie mają zupełnie czasu na rozróżnienie różnych obrazów psychopatologicznych, że unikają nawet terminu „depresja”, nie widzą też w schizofrenii tej szarej depresji, a jak dobrze poszukać, to elementów tejże depresji jest sporo. Tej tzw. szarej depresji radziłbym nie lekceważyć.

Wróć do tej nieszczęsnej definicji zdrowia. Ja w dalszym ciągu podtrzymuję zastrzeżenie przede wszystkim w stosunku do definiowania zdrowia na podstawie przystosowania. Jeżeli się mówi, że Japończycy częściej popełniają samobójstwo, to — proszę Państwa — co to ma wspólnego ze zdrowiem? W Japonii panuje taki zwyczaj, to jest zjawisko zbiorowe nie tylko u samurajów. To jest kwestia stosunku opinii społecznej do samobójstwa, ale czy samobójstwo to jest objaw psychiatryczny? Samobójstwo jest faktem konkretnym rozstania się z życiem, które może być uwarunkowane przez zaburzenia psychiczne lub zupełnie nie. W Japonii bardzo często nie jest to na tle zaburzeń psychicznych. Czy to znaczy skądinąd, że w Japonii są inne kryteria zdrowia psychicznego niż u nas? Nie.

Choroba psychiczna powoduje na ogół zaburzenie w adaptacji i mówiłem w referacie, że na ogół tak jest, ale nie identyfikujemy jednego z drugim, a odwrotnie — nie każde zaburzenie psychiczne powoduje dezadaptację, ale nie odwrotnie. Nie każda przecież dezadaptacja jest zaburzeniem psychicznym, bo może wynikać z najrozmaitszych powodów. Czy można uznać przestępcę czy recydywistę za chorego? Przeszłość, jako zjawisko w ogóle, to jest zjawisko społeczne, którym się interesuje prawo, ale to nie jest dziedzina zaburzeń psychicznych jako takich.

Jeszcze wrócę do tej nieszczęsnej definicji. Pan prof. Górnicki sądzi, że nie można wymieniać zaburzeń, ponieważ należałoby wtórnie określić zaburzenia, zależnie od normy. Nic podobnego. Zaburzenia psychiczne to są fakty i nie wymagają odróżnienia od jakiejś normy. Oczywiście to jest empirycznie wybrana lista, słusznie czy nie — możemy się kłócić, ale tylko tak potrafimy.

Lista objawów nerwicowych istnieje. Był taki psychiatra w Kanadzie, który wyróżnił 10 typów reakcji na tzw. przeszkodę życiową, może być cofnięcie się celem „wzięcia rozpędu”, wycofanie się, czyli rezygnacja, atak czyli agresja, omińnięcie przeszkody itd., a tylko jedną z form reakcji na trudności jest formowanie objawów. Bo nie każda reakcja na trudności jest nerwicą. Nie jest nerwicą żadne, bliżej nie określone poczucie, żadna abulia, którą rozpoznaje u siebie w różnych okresach życia mnóstwo ludzi: jedni mogą, drudzy nie mogą itd. Nie jest nerwicą żadna nerwowość w sensie pobudliwości na różne bodźce jak hałas czy coś innego. To jest stanowisko konserwatywne i ja osobiście będę przy nim stał, zanim nie zobaczę, że nic z tego. Nerwicę chyba nikt leczyć nie powinien poza lekarzami. Muszę się bardzo tłumaczyć za powiedzenie, że psychoterapia jest działem psychiatrii. Psychoterapia jest niewątpliwie działem medycyny, z tym, że ja uważam, że także psychoterapia stosowana w innych dziedzinach medycyny jest metodą psychiatryczną (to jest moje prywatne zdanie). To nie znaczy, że mają to robić psycholodzy czy psychiatrzy, ale czy to robi internista, czy neurolog, czy kto inny, to jest metoda w zasadzie psychiatryczna. Patent na leczenie mamy tylko my lekarze. Podtrzymuję nadal, że psychoterapia to jest to, co się dzieje w medycynie, a wszystkie inne metody działania, przeciwko którym absolutnie nie mogą mieć żadnych zastrzeżeń, mogą się inaczej nazywać. To jest inna sprawa. Natomiast my na tyle zespołowo pracujemy, że w psychoterapii biorą udział nie tylko psychiatrzy. Natomiast jest przestępstwem podawanie leków w psychoterapii niemedycznej. Kto ma prawo poza lekarzem stosować wstrzyknięcie amytału? Nikt nie ma prawa, a i lekarze to robią w tej chwili bardzo niechętnie, bo to wcale nie jest taki obojętny zabieg, powoduje on pewną liczbę powikłań.

Jeszcze wracając do tych wartości. Nie zawsze jest tak, że przywrócenie zdrowia musi przywrócić i szczęście, dobre samopoczucie jednostki, i musi dać korzyść społeczną. Korzyść społeczna to jest bardzo złożona historia. Prof. Brzezicki, nieżyjący psychiatra krakowski, napisał kiedyś bardzo piękne dzieło, które nazywa się *Schizofrenia paradoksalna społecznie korzystna*. To jest bardzo piękna rzecz, obejmuje ona szereg życiorysów ludzi chorych, którzy po przejściu ostrego rzutu psychozy zmienili swoje działania tak, że — z punktu widzenia kryteriów społecznych — działalność ich zaczęła być *socialiter fausta*.

Oczywiście — można kłócić się co do przyjęcia tych kryteriów. Jest tam cytowany pewien filozof, który dawniej zajmował się bardzo ściśle historią logiki, później zajął się niektórymi dziedzinami metafizyki. Nie będę się kłócić o takie wartości w obrębie filozofii, która jest lepsza, a która jest gorsza. Pewien trzecio-

rzędny malarzyna tzw. szkoły monachijskiej, po przejściu psychozy zajął się organizowaniem zgromadzenia, które zrobiło fantastyczną rzecz — zajęło się mianowicie trudną młodzieżą przy pomocy nowoczesnych metod, opierając wychowanie na „leczeniu pracą”.

Innych przykładów nie będę wymieniał. Zresztą nie zgadzam się z określeniem *schizophrenia paradoxalis*, bo to jest rzecz przypadkowa. Schizofrenia może powodować dezadaptację w różnym stopniu i w różnym zakresie, ale może tę adaptację „poprawiać”.

Jeszcze jeden drobiazg mi tu uciekł, mianowicie nie znam i nie badałem poety nazwiskiem Ezra Pound i nie jestem przekonany, żeby miał nerwicę. Nie znam sprawy i nie wiem, czy słusznie go w danej sytuacji umieszczono, ale zapewniam Pana Profesora, że nie ma na świecie nigdzie prawa umieszczania nerwic w szpitalu dla ludzi psychicznie chorych.

Czy powrót do zdrowia nie jest zawsze korzystny dla społeczeństwa — nie wiem. Sam fakt jest korzystny. Czy ma być korzystny dla społeczeństwa?

Prof. B. Górnicki: Ponieważ zostałem zapytany, odpowiem krótko. Znow wracam do nieszczęsnej definicji zdrowia, a z czym nie mogła się uporać Światowa Organizacja Zdrowia i dała bardzo uproszczoną definicję. Chcę zaznaczyć, że jestem przeciwnikiem negatywnej definicji zdrowia. Zdrowie jest wyrazem równowagi w zespole poszczególnych czynników składających się na całość funkcji organizmu. Zdrowie jest nie tylko tym, co nie jest chorobą.

Kiedyś, gdy zapytano Einsteina, co to jest życie, odpowiedział: nie mam na to odpowiedzi innej jak tylko przez definicję negatywną. Jest to proces wytrącania materii ze stanu równowagi, do której ona dąży. To samo dotyczy zdrowia. Trzeba tylko dać odpowiednią definicję.

Wydaje się, że raczej to, co mówiłem o przystosowaniu, ma pewne znaczenie w sensie skomentowania tej zasadniczej definicji, o którą się pokusiliśmy — definicji zdrowia. Zdrowie jest wyrazem równowagi, na którą składa się całość funkcji organizmu i jest oparte na prawidłowych funkcjach układów tkankowo-narządowych. Wtedy oczywiście jest to pozytywna definicja. Myśl tę można wyrazić także w inny sposób, że jest to właściwie zespół zjawisk psychicznych, fizycznych i społecznych, warunkujących człowiekowi najlepszy z możliwych stan przystosowania do środowiska, przy czym jeżeli człowiek nie jest dostatecznie przystosowany do środowiska, to nie można go uważać za zdrowego. Człowiek żyje w granicach pewnych temperatur, ciśnienia tlenu, pewnego systemu żywienia, pewnego natężenia hałasu i wreszcie natężenia promieniowania krótkofalowego, do którego jest adaptowany przez wiele milionów lat, odkąd istnieje jako gatunek.

My natomiast w tej chwili, mimo że nie czujemy się chorzy — nie jesteśmy zdrowi. W Stanach Zjednoczonych istnieje np. 120 tysięcy stacji nadawczych telewizyjno-radiowych i systemów, radarowych, a promieniowanie krótkofalowe (tj. w skali od 300 gigaherców do 300 megaherców), przeliczone na tzw. powierzchnię kuli, stwarza natężenie 100 razy większe niż promieniowanie kosmiczne.

Trudno powiedzieć, żebyśmy kiedykolwiek mogli do tego stopnia adaptować się. Jeżeli mówiłem, że należy wprowadzać dodatkowe, użytkowe pojęcie przystosowania, to dlatego, że musimy walczyć o to przystosowanie m. in. przez likwidację czynników depresyjnych i stressujących. W XIX w. wynikła pewna różnica zdań, kiedy Rudolf Virchow, gdy pokazano mu kości neandertalczyka, powiedział: „to są

kości dziecka które miało krzywicę”. Powiedziano mu wówczas: „Panie profesorze — nie, to jest gatunek ludzki wymarły, który żył w epoce przed i polodowcowej”. Virchow nie chciał się zgodzić na to. Teraz okazuje się, że Virchow miał rację. Neandertalczycy mieli wybitną krzywicę i stąd m.in. ta konfiguracja czaszki i zmiany w kościach, dlatego że po prostu mieszkając w bezsłonecznym klimacie i w warunkach jaskiniowych musieli mieć krzywicę. To nie byli ludzie chorzy, tylko ludzie nieprzystosowani do środowiska, w którym żyli.