

HALINA PROMIĘNSKA

Ocena moralna a diagnoza psychiatryczna

Jednym ze wskaźników rozwoju wiedzy naukowej jest rozwój pojęć, za których pomocą nauka wyjaśnia badany przez siebie obszar zjawisk. Poznanie naukowe dąży do precyzacji treści i zakresu tych pojęć, integrujących naszą wiedzę o istocie badanych zjawisk. W rzeczywistości jednak to przybliżanie poznawcze jest często sprzężone z oddalaniem się od poszukiwanej jasności pojęć. Głębsze wnikanie myślowe w strukturę rzeczywistości odsłania bowiem zjawiska niebrane pierwotnie pod uwagę. Weźmy chociażby pod uwagę ewolucję i współczesny stan niejasności definicyjnej w przypadku takich pojęć jak: „życie i śmierć” na gruncie biologii i medycyny, „materia i świadomość” w filozofii i psychologii, „indukcja i dedukcja” we współczesnej metodologii itp. Jest to zresztą prawidłowość procesu poznania ludzkiego. Postęp wiedzy wiąże się z zawężaniem zakresu badań, z celowym abstrahowaniem od szeregu zjawisk współwystępujących, co w efekcie umożliwia znacznie dokładniejszy opis i charakterystykę istoty badanego zjawiska. Uzyskujemy więc większą ostrość pojęć wyjaśniających badane zjawiska, ale dokonuje się to właśnie poprzez skupianie uwagi na fragmencie rzeczywistych powiązań danego zjawiska. Praktyka społeczna i naukowa — sygnalizując nieadekwatność tych pojęć, niespełnianie się twierdzeń sformułowanych na podstawie tych pojęć — zmusza do włączania w pole zainteresowań badawczych związków i współoddziaływań niebranych uprzednio pod uwagę. Przy tym im szerzej i głębiej ujmujemy dane zjawisko lub proces, tym więcej dostrzegamy współoddziaływań i zmiennych zależnych. A to z kolei rozmazuje poszukiwaną jasność i wyrazność pojęć. Niewyraźność i nieostrość pewnych pojęć nie musi być więc wyrazem niedojrzałości teoretycznej danej dyscypliny badawczej; może bowiem być również świadectwem rozwoju lub wyjątkowej załoźności i wielowymiarowości problematyki będącej przedmiotem zainteresowań danej dyscypliny badawczej.

W przypadku analizy problemu ocen moralnych (gdzie odwołujemy się do znajomości pojęć „dobro” i „zło moralne”) i diagnoz psychiatrycznych

(gdzie odwołujemy się do znajomości pojęć „norma” i „patologia psychiczna”) — mamy do czynienia z dość charakterystyczną sytuacją współobecności wszystkich trzech wspomnianych przyczyn nieostrości znaczeniowej podstawowych pojęć. Znamienne dla pewnych nurtów współczesnej psychiatrii i refleksji etycznej uznawanie powiązań między sferą aksjologicznych wyborów człowieka a jego zdrowiem psychicznym, a co za tym idzie — zatarcie różnicy między aktem oceniania moralnego i diagnozowania psychiatrycznego wydaje się być następstwem dostrzeżenia wieloaspektowości uwikłań relacyjnych człowieka w świecie — rodzi jednak uzasadnione wątpliwości co do podziału kompetencji oraz uprawnień etyki i psychiatrii w sporze o dobór kryteriów dotyczących oceny i klasyfikacji zachowań ludzkich. Spróbujmy przyjrzeć się pewnym przejawom narastającej tendencji do utożsamiania ocen moralnych i diagnoz psychiatrycznych oraz wnikać w przyczyny tego zjawiska. Zaczniemy jednak od dygresji o charakterze historycznym, aby łatwiej prześledzić zmienność relacji zachodzącej między zakresami tych dwóch kategorii pojęć.

W historycznym rozwoju działań ludzkich i refleksji nad tymi działaniami można zauważyć następującą prawidłowość: zakresowo i przedmiotowo oceny moralne zachowań ludzkich były pierwotnie nieodróżnialne od diagnozy psychiatrycznej z tej prostej przyczyny, że wiedza psychiatryczna nie istniała. Wszelkie więc odchylenia od zachowań wyznaczonych rytuałem kulturowym danej społeczności kwalifikowane były jako zachowania niemoralne, a ściślej — niezgodne z obyczajem i z tego względu dyskryminowane. Nawet ewidentne przypadki choroby somatycznej uzyskiwały swoisty werdykt moralny i uznawane były za dowód kontaktów z siłami nieczystymi bądź karę za przewiny i ciążyło na nich piętno zła moralnego. Związane to było zarówno z systemami wierzeń plemiennych i religijnych, jak i niewiedzą co do istoty procesów i mechanizmów samoregulacji neuropsychicznej człowieka. Rozwój wiedzy biologicznej, a w szczególności neuropsychofizjologii wpłynął na zmianę sposobu widzenia tych samych objawów zaburzeń somatycznych i psychicznych¹. Równocześnie pogłębienie refleksji nad zjawiskami moralnymi wpłynęło na częściową zmianę zakresu ocen moralnych. Coraz częściej formułowano stanowisko, iż ocena moralna dotyczy nie tylko czynów ocenianych z punktu widzenia ich zgodności z tradycją zachowań, lecz także musi brać pod uwagę motywy czynu dobromoralne, rozumiane szerzej niż podporządkowanie się wszystkim zastnym oby-

¹ Istnieje dość bogata literatura z zakresu historii medycyny, która podejmuje te kwestie. Między innymi zwraca uwagę na ten problem Albert Deutsch, wyrażając przekonanie, że większość spośród 100 tys. osób spalonych za kontakty z szatanem w latach 1450—1700 to w rzeczywistości ludzie chorzy psychicznie (por. A. Deutsch, *The Mentally Ill in America*, N. York 1949, s. 20—21).

czajom². Rozwój wiedzy o mechanizmach zjawisk chorobowych oraz ewolucja poglądów na istotę zjawisk moralnych sprawiły, że zakresy czynów podlegających ocenie moralnej oraz czynów diagnozowanych jako przejawy zaburzeń czy chorób psychicznych były coraz częściej ujmowane rozłączenie. Linią graniczną między czynami podlegającymi ocenie moralnej a czynami kwalifikowanymi jako wyraz zaburzeń psychicznych zaczęło wyznaczać kontrowersyjne pojęcie „normy psychicznej”, rozumianej najczęściej jako brak uszkodzeń w sferze struktur myślowych i uczuciowych człowieka³. Teoretycy moralności coraz częściej eksponowali wagę związku między czynami a motywacją oraz między motywacją a prawidłową strukturą myślowo-uczuciową, czyniąc zeń warunek *sine qua non* odpowiedzialności moralnej człowieka za swoje czyny. Jeśli zatem choroba znosi lub ogranicza związek czynu ze świadomością, a ponadto w samym funkcjonowaniu świadomości wprowadza zakłócenia na tyle istotne, że uniemożliwiają one kontakt myślowy i emocjonalny z otoczeniem, to możemy co prawda rozważać problem od strony polityki społecznej (medycyna, prawodawstwo) podejmowanej w stosunku do tych ludzi, nie możemy jednak oceniać moralnie ich zachowań. Wydawało się, że dalsze różnicowanie zakresów czynów podlegających ocenie moralnej i czynów diagnozowanych przez psychiatrię pójdzie w kierunku uściślenia treści pojęcia granicznego, jakim jest pojęcie „zdrowia psychicznego”. Problem nie jest bynajmniej prosty. Zasadnicza trudność dotyczy metodologicznych aspektów definiowania zjawiska bardzo złożonego, gdzie prawie każda propozycja wyodrębnienia zespołu cech istotnych i specyficznych może być słusznie zakwestionowana i wiąże się nadto z takim rozszerzeniem zainteresowań psychiatrii, iż obejmuje ona także problem funkcji wartości moralnych, i to zarówno w poglądach na etiologię zaburzeń psychicznych czy program ich terapii, jak i w samoświadomości metodologicznej dotyczącej ustaleń pojęciowych jednostek chorobowych dokonywanych przez psychiatrię.

Wydaje się, że jedną z przyczyn ząębienia się problematyki oceny moralnej i diagnozy psychiatrycznej oraz związanego z tym aktualnego kryzysu w ustaleniu zadowalającej definicji zdrowia psychicznego i tym samym wykreślenia linii w miarę ostro oddzielającej patologię od normy psychicznej jest analogia formalna procedury oceniania i diagnozowania

² Charakterystycznym, chociaż skrajnym wyrazem dostrzegania odmienności znaczeniowej pojęcia moralności w znaczeniu etymologicznym i współczesnym jest stwierdzenie Nietzschego, iż ludzie naprawdę moralni to ludzie nieobyčajni. Podobnie w ramach współczesnej filozofii i psychiatrii egzystencjalnej pojęcie moralności często jest ujmowane jako opozycyjne w stosunku do obyczajowości.

³ Znaczenie tego terminu obejmuje zarówno sytuacje przystosowania do funkcjonujących w danym społeczeństwie wzorów zachowań, jak i przeciwnie — nieprzystosowania będącego wyrazem prawidłowej reakcji psychicznej na nieprawidłową sytuację społeczną.

oraz kierunek ewolucji tych procedur. Już etymologiczne znaczenie terminu „diagnoza” orientuje nas w pewnym pokrewieństwie formalnym oceniania i diagnozowania. *Diagnosis*, czyli rozróżnianie, osądzenie, podobnie jak ocenianie, wiąże się z problemem definicji (charakterystyki odwołującej się do wyodrębnienia cech istotnych i specyficznych dla danej klasy zjawisk) oraz aktem stwierdzenia, czy dany przypadek (czyn, zespół objawów) można zaliczyć do klasy zjawisk określonej odpowiednią definicją, czy nie. W przypadku zarówno oceny moralnej, jak i diagnozy psychiatrycznej akcent pada na identyfikację jednostkowych przedmiotów (czynów, zachowań) z punktu widzenia ich przynależności do wyróżnionych definicyjnie zbiorów cech. Siłą rzeczy mamy więc do czynienia w znacznie większym stopniu z problematyką adekwatnej definicji i klasyfikacji aniżeli zagadnieniem procedur formułowania i weryfikacji ogólnych twierdzeń dotyczących badanych zjawisk. Oczywiście różnica ta związana jest z przesunięciem akcentu ważności i zawężeniem pola badań z uwagi na pewne zadania praktyczne, a nie z zasadniczą odmiennością obu tych procedur badawczych. Związek między formułowaniem definicji a metodologią dochodzenia do twierdzeń ogólnych oraz ich weryfikacji jest bowiem bardzo ścisły w płaszczyźnie poznawczej. Definicje i klasyfikacje są kumulacją wiedzy o istocie i mechanizmie funkcjonowania pewnych zjawisk, tyle że zarówno w diagnozie, jak i ocenie konkretnych jednostkowych przypadków przejściowo pomija się ewentualne wątpliwości co do trafności samej definicji, traktując ją jako w zasadzie niekwestionowalny punkt odniesienia, umożliwiającą orientację co do przynależności danego przypadku do klasy zachowań definicyjnie określonych. Otóż na współczesnej sytuacji nieostrości zakresowej ocen moralnych i diagnoz psychiatrycznych dość znacznie zaciążyły dwa momenty: 1) rozszerzenie zakresu stosowalności terminu „diagnoza”, 2) ewolucja kryteriów diagnozowania oraz refleksji metodologicznej nad prawomocnością orzekania o przynależności danego przypadku do określonej klasy zjawisk.

Termin „diagnoza”, który był początkowo używany do określenia patologicznych stanów organizmu, później stosowany w orzecznictwie lekarskim i psychologicznym do określenia stanu i zakresu sprawności (a więc również pozytywnego stanu zdolności i zdrowia), współcześnie stał się praktycznie synonimem terminów: stwierdzenie, orzeczenie, analiza stanu faktycznego, ekspertyza i stosowany jest bardzo szeroko. Dotyczy niemal wszystkich sytuacji, w których orzeka się o jakichś zjawiskach na podstawie pewnych kryteriów. Z drugiej strony miejsce diagnozy *sensu stricto* (orzekanej na podstawie stwierdzenia obecności lub nieobecności symptomów czy cech zachowań) zaczęła coraz wyraźniej przejmować diagnoza *sensu largo*, w której istotnego znaczenia nabiera wyjaśnienie genetyczne badanego zjawiska, jego miejsce i funkcje w szerszym syste-

mie zjawisk, który z kolei jest ujmowany jako element jeszcze szerszego zbioru. Ale właśnie takie szerokie ujęcie pociąga za sobą określone konsekwencje: cechy zachowań, uznane poprzednio za specyficzne i swoiste dla danej jednostki chorobowej, często ulegają dewaluacji okazując się cechami niespecyficznymi. Przestaje wystarczać sama konstatacja istnienia symptomu, ponieważ staje się on wieloznaczny, jeśli uwzględnimy jego miejsce i funkcję w szerszym kontekście zjawisk psychicznych, społecznych i historycznych. Jeśli, przykładowo, niektórzy psychiatrzy współcześni zwracają uwagę na pewną archaiczność i nieadekwatność standardowego kryterium psychiatrii Kraepelinowskiej, w której prawidłowe sensorium (orientacja w czasie, miejscu, itp.) uważane było za test wysoce diagnostyczny — to właśnie z racji nieswoistości tego kryterium dla chorych psychicznie⁴. W szczególności podjęcie bardziej systematycznych badań psychologicznych nad osobowościami twórczymi i mechanizmami psychicznymi aktów myślenia twórczego zwróciło uwagę psychologów na obecność syndromów związanych poprzednio z patologią świadomości. Jeśli np. nieodróżnianie świata subiektywnych przeżyć od świata zewnętrznego, a więc brak dystynkcji między „ja” i „nie-ja” uważane było za typowy objaw paranoi — to włączenie w przedmiot zainteresowań badawczych cech myślenia twórczego wprowadziło tu pewną poprawkę, zwracając uwagę na obecność tych symptomów u osobowości twórczych. Specyficzność objawów okazała się w tym przypadku niespecyficzna. Jeśli zatem przejdziemy od diagnozy *sensu stricto* do diagnozy *sensu largo* (a w tym kierunku zmierza właśnie ewolucja metodologii diagnozowania), to wprawdzie bliżsi będziemy obiektywności poznawczej, ujmując symptom w szerokiej perspektywie historii gatunku ludzkiego i historii tworzenia się mechanizmów adaptacyjnych do świata przyrody i społeczeństwa, ale równocześnie oddalimy się od jednoznaczności w ocenie tychże symptomów. Jeśli prawdą jest, że założenia metodologiczne materializmu historycznego pozwalają uchylić błądność kwalifikowania pewnych objawów jako symptomów patologii (dostrzegając wymiar rozwoju w typologii objawów), to prawdą jest również to, że właśnie postulaty badawcze materializmu historycznego nie pozwalają nam na statyczną koncepcję normy i patologii psychicznej. Między innymi dlatego, że typ relacji czynnościowego (w tym poznawczego) związku człowieka ze światem ulega zmianie. Pociąga to za sobą zarówno kształtowanie się nowych form psychicznej obecności człowieka w świecie, które właśnie z racji swej inności mogą być i często są ujmowane jako paranormalne, jak i większą kontrastowość w widzeniu tych dysfunkcji psychicznych, które były niezauważalne na wcześniejszych eta-

⁴ Por. m.in. F. Barron, *Creativity and Personal Freedom*, New York 1968.

pach rozwoju form praktyki społecznej z racji chociażby niskiego pułapu trudności zadań praktycznych, jakie przed człowiekiem stawiały wymogi życia społecznego.

Jedną z przyczyn dostrzegania związku między diagnozą a ocenianiem moralnym, charakterystycznego dla pewnych nurtów psychiatrii i psychologii współczesnej, wydaje się być narastająca świadomość trudności metodologicznych, dotyczących wyodrębnienia zasad klasyfikacji zachowań ludzkich. Przyjrzyjmy się jednak bliżej konsekwencjom, jakie to za sobą pociąga.

W ramach stanowisk, które kwestionują współcześnie rozłączność zakresową ocen moralnych i diagnoz psychiatrycznych, można wyróżnić kilka ujęć. Jednym z nich jest próba rozciągnięcia ocen moralnych na pewne przynajmniej choroby (w tym również somatyczne). Wzrost mocy i zasięgu działań ludzkich w stosunku do świata zewnętrznego w odczuciu świadomości społecznej stał się faktem, nadal jednak układ wegetatywny uważa się za próg działań dowolnych człowieka. W świetle znanych psychiatrii wyników, uzyskiwanych poprzez trening autogeniczny czy poprzez przeżywanie stanów *satori*, niektórzy autorzy kwestionują niezależność takich chorób, jak nadciśnienie, pewne schorzenia serca, itp. od woli człowieka. Skoro zatem człowiek może (leży to bowiem w granicach jego możliwości, które przesunęły się nie tylko w szerz, ale i w głąb) świadomie wpływać na przebieg i rytm pewnych procesów zachodzących w jego organizmie — nie ma powodu, by nie obarczać go odpowiedzialnością moralną za choroby powstałe wskutek zaniechania wolitywnego wpływu na te procesy ⁵.

Stanowisko to, aczkolwiek odosobnione i sporadycznie tylko formułowane, warte jest odnotowania jako swoisty sygnał rewizji tradycyjnego podejścia. Jeśli pierwotne nieodróżnianie choroby i zła moralnego wynikało z braku wiedzy biologicznej (medycznej) i przewagi myślenia magicznego, to współczesne tendencje powrotu do wiązania tych kategorii pojęciowych wydają się być wyrazem pogłębionej wiedzy biologicznej i neuropsychologicznej, oraz doceniania (a nawet przeceniania) siły i zakresu wpływu autoregulacyjnej funkcji procesów świadomościowych i wolicjonalnych człowieka.

Innym przykładem stanowisk kwestionujących linię podziału między obszarem czynów i zachowań diagnozowanych psychiatrycznie a zachowań podlegających ocenie moralnej są takie nurty współczesnej psychiatrii i psychologii, jak: antypsychiatria, psychiatria egzystencjalna oraz

⁵ Dość skrajnie wyrażone stanowisko, iż równie zasadne (lub równie niezasadne) jest potępienie lub karanie kogoś za to, że jest chory, jak za to, że popełnia złe uczynki czy zbrodnie, przedstawia np. Michael Schleifer w artykule *Instrumental Conditioning and the Concept of the Voluntary Instrumental Conditioning and the Concept of the Voluntary*, „Ethics” 1972, vol. 82, nr 2, s. 163—170.

psychologia humanistyczna. Warto podkreślić, że kierunek rewizji mniemanej o rozłączności zakresowej ocen moralnych i diagnoz psychiatrycznych jest różny. Kwestionuje się bądź pojęcia psychiatrii wraz z całą systematyką nozologiczną jednostek chorobowych, traktując je jako swoisty zbiór moralnych ocen zachowań nie akceptowanych i odrzucanych przez społeczeństwo (antypsychiatria), bądź wyraża się wątpliwość co do zasadności stosowania kategorii moralnych w odniesieniu do zachowań jednostkowych i społecznych, które są przejawem patologii indywidualnej lub społecznej (psychologia humanistyczna, psychiatria egzystencjalna). Wspólnym mianownikiem obu ujęć jest radykalne odejście od stanowiska rozłączności zakresowej zachowań ocenianych moralnie i zachowań diagnozowanych psychiatrycznie. W pierwszym wypadku sprowadza się to do wskazania na obecność i rolę swoistego systemu wartości moralnych w pozornie neutralnej pod tym względem diagnostyce psychiatrycznej, a więc interpretuje się psychiatrię jako szczególnie przypadek ideologii, i to w dodatku wątpliwej jeśli chodzi o zawartość „autentycznie humanistycznych wartości”⁶. W drugim natomiast przypadku wskazuje się na obecność symptomów patologii w zachowaniach indywidualnych i sytuacjach społecznych, którym prawa średniej statystycznej nadają moc „obiektywnego” systemu wartości i norm moralnych⁷. Jeśli zatem w pierwszym przypadku na cenzurowanym stawia się psychiatrię, którą poddaje się inwigilacji z punktu widzenia akceptowanych wartości moralnych, to w drugim przypadku przeciwnie: psychiatria staje się narzędziem rewaluacji jednych i dyskryminacji innych wartości i norm moralnych. Mimo tych dość znamienych różnic, których istnienie jest już samo w sobie sygnałem narastających trudności teoretycznych i metodologicznych, w obu wypadkach mamy do czynienia z charakterystycznym rozmyciem znaczeniowym podstawowych pojęć moralnych i psychiatrycznych, tudzież ze współobecnością elementów obu dyscyplin w formułowaniu stanowisk zarówno w dziedzinie refleksji moralnych, jak i ujęć psychiatrycznych. Znajduje to wyraz między innymi w pojawianiu się nowych pojęć psychiatrycznych, takich jak „metapatalogia”, „neuroza noogenna” czy „osobowość niekrofiliczna”, których zakres zastosowań dotyczy głównie aksjologii moralnej. Zarówno koncepcja Frankla, jak i koncepcja Masłowa, są próbą wyodrębnienia nowej — z punktu widzenia tradycyjnej psychiatrii — klasy zjawisk, zwią-

⁶ Znamienny w tym względzie jest już tytuł książki Thomasa S. Szasza, jednego z czołowych przedstawicieli antypsychiatrii: *Ideology and Insanity. Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, New York 1974.

⁷ W jednej z ostatnich swoich książek (*The Anatomy of Human Destructiveness*, New York 1973) E. Fromm wprowadza pojęcie „osobowości nekrofilicznej” będącej wyrazem przystosowania psychicznego człowieka do społeczeństwa technologicznego. Przystosowanie to polega na atrofii sfery uczuciowej człowieka i jest rozpatrywane w kategoriach psychiatrycznych, a nie moralnych.

zanych z hierarchicznie najwyższym poziomem procesów psychicznych (poziomem noologicznym), w którym problem sensu życia, problem akceptacji wartości, które nadają znaczenie ludzkiej egzystencji, i problem odpowiedzialności (jako kluczowy dla specyfiki egzystencji człowieka w świecie) — stają się zasadniczymi problemami „bycia człowiekiem”. Neuroza noogenna Frankla jest rozumiana jako zaburzenie tego wymiaru osobowości ludzkiej, który jest najwyższy i dotyczy sfery wartości nadających sens egzystencji ludzkiej. „To, czego nam dzisiaj potrzeba, to połączenie — a nie zastąpienie czy dodanie — tzw. psychologii głębi z tym, co można by nazwać psychologią wysokości. Taka psychologia zajęłaby się problemem wyższych dążeń i pragnień ludzkich, włącznie z ich frustracją”⁸. Dla tak rozumianej psychologii wysokości przestają wystarczać techniki terapii psychoanalitycznej, staje się natomiast konieczna taka metoda działań psychoterapeutycznych, która by wносиła pewien ład i orientację w sferze najwyższych wartości ludzkiej egzystencji.

Jeśli bowiem brak poczucia sensu, zapasć aksjologiczna i związane z tym symptomy, takie jak apatia, nuda, poczucie bezcelowości wszelkich poczynań, są wyrazem nowej formy psychopatologii, dotyczącej sfery wartości moralnych, to leczenie musi być pewną formą ingerencji właśnie w sferę wartości. Jeśli etiologia choroby narzuca poniekąd zasady terapii, to psychoterapia w tradycyjnym tego słowa znaczeniu byłaby nieskuteczna w odniesieniu do neuroz noogennych. Dlatego Frankl powie: „jeśli zaliczymy do patologii człowieczeństwa to, co w istocie nie jest neurozą w ścisłym klinicznym tego słowa znaczeniu, lecz raczej zjawiskiem paraklinicznym, to możemy mówić o neurotyzacji człowieczeństwa. Dlatego jestem przekonany, że deneurotyzacja człowieczeństwa wymaga rehumanizacji psychoterapii”⁹. Czyż można jaśniej wyrazić myśl o znaczeniu określonego systemu wartości w patogenezie psychicznej (neurozie noogennej) i terapeutycznej ingerencji psychiatry czy psychologa w takich przypadkach? Frankl jest zresztą przekonany, że idea psychoterapii „neutralnej pod względem aksjologicznym”, aseptycznej od strony wartości etycznych należy już do przyszłości. „Współcześni psychoanalitycy, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, zrozumieli już i pogodzili się z tym, że psychoterapia bez ogólnej koncepcji świata, bez pewnej hierarchii wartości, chociażby nieświadomie uznanych, nie może istnieć”¹⁰. Stąd znaczenie filozofii i etyki w logoterapii Frankla, rozumianej jako pewna forma reedukacji w dziedzinie najszerzej widzianych wartości ludzkiej egzystencji. O potrzebie

⁸ V. E. Frankl, *Psychotherapy and Existentialism*, Harmondsworth 1973, s. 28.

⁹ V. E. Frankl w: *The Unconscious God*, New York 1975, s. 103.

¹⁰ V. E. Frankl, *Psychotherapy and Existentialism*, s. 125.

rozstrzygnąć kwestii sensu życia, a zarazem deprivacji tej potrzeby we współczesnym świecie świadczą właśnie neurozy noгенne. Frankl powołuje się na opinię prof. Fonwortha z Uniwersytetu Harvardzkiego, który na zebraniu Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego wyraził pogląd, iż „medycyna stanęła przed koniecznością rozszerzenia swoich funkcji [...] Lekarze muszą zająć się filozofią”. Faktycznie — komentuje Frankl — wielu pacjentów przychodzi dziś do lekarzy z problemami, z którymi dawniej szli do pastora, księdza lub rabina; ich problemy są bardziej problemami natury filozoficznej niż konfliktami emocjonalnymi. Co więcej, pacjenci ci często odrzucają propozycję pomocy duchownego”¹¹. Potrzeba odnalezienia znaczącego dla człowieka systemu orientacji w świecie, stając się podstawową potrzebą człowieka „jako człowieka”, określa istotę człowieczeństwa, a jednocześnie specyfikę patologii człowieczeństwa. Pojęcie neurozy noгенnej u Frankla jest więc przykładem zastosowania kategorii psychiatrycznej do analizy tego poziomu zjawisk psychicznych człowieka, na którym problem odnalezienia swego miejsca w świecie staje się podstawowym pytaniem egzystencji uświadomionej.

Podobnie jest rozumiane pojęcie „metapatologii” na gruncie koncepcji Masłowa. Zgodnie z teorią gratyfikacji i deprivacji potrzeb jako podstawowego mechanizmu motywacji zachowań ludzkich, metapatologia jest wynikiem deprivacji potrzeb hierarchicznie najwyższych, tzw. metapotrzeb, czyli wartości egzystencjalnych. I tu, podobnie jak w koncepcji Frankla, charakterystyczna jest zmienność określeń dotyczących zdrowia psychicznego i pełnego człowieczeństwa. Już sam punkt wyjścia w próbie ustalenia kryterium zdrowia psychicznego jest tego wymownym przykładem. Na ogół formułowane przez psychologów i psychiatrów teorie prawidłowej struktury osobowości człowieka były swoistym dopełnieniem czy wręcz odwróceniem przez negację stwierdzanych empirycznie symptomów chorobowych pacjentów. Masłow zrywa z tą tradycją. Wyjściowym punktem zainteresowań jest człowiek zdrowy, a nawet więcej: człowiek, który osiąga optymalny pułap swoich (a zarazem gatunkowych) możliwości „bycia człowiekiem”. Dlatego dla Masłowa „empiryczną” przesłanką formułowania twierdzeń o istocie i mechanizmie funkcjonowania psychiki ludzkiej staje się badanie ludzi, którzy osiągnęli najwyższy poziom rozwoju zdolności poznawczych i wartości moralnych. Sposób ich zachowań oraz struktura wartości motywujących ich zachowanie określają to miejsce na skali porównawczej człowieczeństwa, które staje się punktem odniesienia w ocenie rozpiętości między tym, co jest charakterystyczne dla zachowań większości ludzi, a tym co powinno być (tzn. co jest charakterystyczne dla ludzi o wysokim poziomie

¹¹ Ibid., s. 90.

rozwoju intelektualnego i moralnego). W ten sposób zasadniczość różnicy między sferą deskryptywną a sferą postulatyczną w definiowaniu człowieczeństwa zostaje zastąpiona empiryczną, zdaniem Masłowa, konstatacją odmienności sposobów realizacji potencjalnych możliwości ludzkich i wyróżnieniem w jej ramach tych sposobów, które są najbardziej specyficzne gatunkowo. W kontekście takiego ujęcia tradycyjne pojęcie „choroby psychicznej” zostaje u Masłowa zreinterpretowane w nowy sposób. Skoro pojęcie „pełnego człowieczeństwa” staje się podstawowym punktem odniesienia w określaniu zdrowia i choroby psychicznej, to „zredukowanie człowieczeństwa lub wstrzymywanie jego rozwoju jest lepszym odpowiednikiem pojęcia «choroby», i to nawet takiej jak neuroza, psychoza i psychopatia” — powie Maslow we wstępie do pierwszego wydania *Toward a Psychology of Being*. Jedną z konsekwencji posługiwania się pojęciem „pełnego człowieczeństwa” zamiast pojęciem „zdrowia psychologicznego” jest zastąpienie „neurozy”, pojęciem „ograniczonego człowieczeństwa”. Oczywiście zastąpienie pojęcia zdrowia psychologicznego pojęciem pełnego człowieczeństwa czy też zamiennie używanym przez Masłowa pojęciem samorealizacji człowieka, nie tylko nie uwalnia nas od niejasności definicyjnych, ale włącza w przedmiot sporu te trudności, które tradycyjnie towarzyszą wszelkim próbom definicji pojęcia człowieczeństwa na gruncie doktryn moralnych i antropologii filozoficznej. W zamierzeniu autora jest to pojęcie deskryptywne opisujące cechy psychiczne najbardziej wartościowych przedstawicieli ludzkości, ale staje się ono jednocześnie pojęciem postulatowym w odniesieniu do innych ludzi. W gruncie rzeczy mamy tu do czynienia z definicją perswazyjną. Świadczy o tym chociażby propozycja Masłowa, aby pośród osobowości zdrowych psychicznie odróżnić „tylko zdrowych” oraz „wybitnie zdrowych”. „Ostatnio coraz bardziej przekonują się do celowości odróżniania dwóch rodzajów (albo raczej stopni) samorealizacji: takiej, która jest charakterystyczna dla ludzi bezspornie zdrowych, lecz pozbawionych doświadczeń transcendencji (lub doznających ich w znikomym stopniu), i takiej, gdzie przeżycia wykraczania poza «ja» (przeżycia transcendencji) są istotne, a nawet podstawowe. Przykładem pierwszego rodzaju zdrowia mogłaby być pani Eleonora Roosevelt i prawdopodobnie Truman i Eisenhower. Przykładem drugiego rodzaju zdrowia będzie Aldous Huxley i prawdopodobnie Schweitzer, Buber i Einstein”¹². Dyskusyjność tego rozróżnienia wynika z problematyczności przy-

¹² A. Maslow, *The Farther Reaches of Human Nature*, Harmondsworth 1973, s. 293. Tę samą myśl i te same przykłady przytacza Maslow w wywiadzie udzielonym na krótko przed śmiercią: „Nie mam wielkiego szacunku doń (mowa o Eisenhowerze — H. P.), ale spełnia on nasze kryteria, przynajmniej te minimalne kryteria, i dlatego określiam go jako «tylko zdrowego». Początkowo nazwałem to syndromem «Trumana-Eisenhowera-Roosevelta» i odróżniłem od cech ludzi takich

jętych tu kryteriów. Generalnie można by powiedzieć, że cechą charakterystyczną ludzi „tylko zdrowych” (już w samej nazwie „tylko zdrowi” jest zawarty element pejoratywnej oceny) jest — według Masłowa — pragmatyczna orientacja życiowa; ludzi wybitnie zdrowych natomiast — orientacja filozoficzna, refleksyjna, a dokładniej rzecz ujmując — taoistyczna. Znaczenie, jakie Masłow wiąże z transcendencją i przeżyciami ekstremalnymi (*peak-experience*) jako swoistą cechą ludzi wybitnie zdrowych, oraz niejasność tych pojęć sprawiają, że kryterium to jest co najmniej wątpliwe. Zresztą Masłow świadom jest trudności, jakie pociąga za sobą sprzężenie pojęcia wysokiego gradientu zdrowia psychicznego z obecnością doświadczeń transcendencji, powiadając: „Zetknąłem się nie tylko z przypadkami ludzi wybitnych, u których spełniony był warunek samorealizacji, ale także z ludźmi wybitnymi-nie-zdrowymi (*nonhealthy*), u których warunek samorealizacji nie był spełniony, a którzy mieli silne przeżycia transcendencji”¹³.

Mimo więc usilnych starań o obiektywność, w proponowanym przez Masłowa opisie „hierarchii człowieczeństwa”, dochodzą do głosu preferencje ludzi o przeżyciach mistycznych. Jest to zresztą wyrazem tego, przed czym sam Masłow ostrzegał mówiąc: każda teoria osobowości człowieka jest w gruncie rzeczy opisem introspekcji przeżyć autora tej teorii.

Zarówno w koncepcji Frankla, jak i Masłowa czy Fromma odnajdujemy przejaw tendencji do przenoszenia pojęć psychiatrycznych na teren zjawisk tradycyjnie opisywanych w języku etyki.

We wszystkich tych przypadkach rewizja dotyczy sfery wartości autentycznych („prawdziwych”); samo narzędzie orzekania o tym, które wartości są nimi, a więc cała aparatura pojęciowa psychiatrii, pozostaje jednak w zasadzie poza zasięgiem rewizji¹⁴.

Inaczej wygląda ta kwestia w ujęciu przedstawicieli nurtu antypsychiatrii. Dla porównania zatrzymajmy się chwilę na poglądach Szasza i Lainga.

To, co pozwala nam zaliczyć poglądy Szasza do stanowisk kwestionujących rozłączność (faktyczną i postulowaną) ocen moralnych i diagnoz psychiatrycznych — to generalnie przyjęta i konsekwentnie rozwijana teza, że pojęcia psychiatryczne (w tym głównie używane w diagnostyce),

jak Martin Buber i A. Huxley (por. B. Frick, *Humanistic Psychology*, Columbus 1971, s. 42).

¹³ A. Masłow, op. cit., s. 293.

¹⁴ Pomijam tu jako nieistotne dla zagadnienia kwestie związane z poprawkami czy uzupełnieniami w zakresie specyficzności pewnych symptomów charakterystycznych dla określonych jednostek chorobowych. Uwag dotyczących zmian symptomów, a co za tym idzie — pewnej korekty w klasyfikacji pojęciowej zaburzeń psychicznych — nie brak, jest to jednak głównie rewizja w ramach psychiatrii. Rewizja dotyczy poglądów na to, co jest, a co nie jest chorobą. Poza dyskusją pozostaje jednak fundamentalnie przyjmowana zasadność samych rozróżnień zdrowia psychicznego i choroby psychicznej.

są formą zakamuflowanej oceny moralnej. To, co odróżnia koncepcję Szasza od wcześniej omawianych stanowisk, to diametralnie odmienne rozłożenie akcentów ważności. Nie psychiatria, ale właśnie etyka (a ściśle — określone rozumienie pojęcia wolności człowieka jako wartości najwyższej) staje się narzędziem krytyki założeń teoretycznych i sposobu funkcjonowania psychiatrii, a w konsekwencji jej radykalnego odrzucenia. W świetle bowiem analiz Szasza, diagnostyka psychiatryczna nie jest niczym innym, jak de z a p r o b a t ą pewnych typów zachowań i motywacji tychże zachowań, a więc o c e n ą człowieka. W tej sytuacji sama procedura wyodrębniania „symptomów” jest opisem idei, myśli i uczuć, które uważa się za niepożądane — rodzi więc w sposób nieunikniony pytanie o to, kto dokonuje tej oceny i w czym interesie. Rodzi więc pytania nie tylko o charakterze moralnym, ale — zważywszy na społeczną funkcję psychiatrii — pytania o charakterze społecznym i politycznym. Dlatego Szasz bardzo mocno podkreśla, iż psychiatria jest ideologią, i to w dodatku ideologią o podejrzanym rodowodzie aksjologicznym. Współczesna ideologia psychiatryczna jest, według Szasza, adaptacją tradycyjnej ideologii chrześcijańskiej do potrzeb ery naukowej; „podczas gdy w Epoce Wiary ideologia była chrześcijańska, technologia klerykalna, a ekspertem był ksiądz, w Epoce Obłądu ideologia jest medyczna, technologia kliniczna, a ekspertem jest psychiatra”¹⁵. Tak jak poprzednia tyrania była usprawiedliwiana przez teologię za pomocą retorycznych wyjaśnień maskujących właściwe cele, podobnie współcześnie tyrania jest usprawiedliwiana celami terapii, nie zmienia to jednak faktu, że jest swoistą strategią ograniczania wolności i osobowości człowieka. Psychiatryczne zaklasyfikowanie kogoś do określonej grupy ogranicza bowiem zakres jego możliwości. Co więcej — ponieważ niejako *ex definitione* zostaje ustalony zakres oczekiwań w stosunku do osoby diagnozowanej, niemal k a ż d e zachowanie będzie zgodne z diagnozą, ponieważ określone zaklasyfikowanie pacjenta wyznacza sposób naszej interpretacji jego zachowań. Warto zaznaczyć, że krytyka psychiatrii u Szasza skierowana jest głównie przeciwko amerykańskiej psychiatrii instytucjonalnej, nie odnosi się natomiast do tych form kontaktu lekarza z pacjentem, które są inspirowane psychoanalizą Freuda: Szasz nie ukrywa, że psychoanaliza Freuda jest również ideologią; tym jednak, co przemawia na korzyść tej ideologii, jest jej e t y c z n a zawartość. Etyka współczesnej psychiatrii egzystencjalnej, to — zdaniem Szasza — etyka konformizmu i podporządkowania społecznego i politycznego jednostki. Dlatego spór między tymi orientacjami psychiatrycznymi (psychiatrią instytucjonalną i psychoanalizą), jest w gruncie rzeczy sporem o wartości etyczne, a idąc jeszcze dalej — sporem o różne orientacje polityczne

¹⁵ T. Szasz, op. cit., s. 5.

1 społeczne (liberalizm i totalitaryzm). Bo — powiada Szasz — „terapię mogą być znacznie bardziej niebezpieczne w skutkach niż same dolegliwości, które mają być leczone”¹⁶. Dla Szasza medyczny model psychiatrii jest nieporozumieniem. Z kolei psychiatria humanistyczna (jedyna, jaka ma sens, jego zdaniem, w tej mierze, w jakiej spełnia rzeczywistość swe funkcje, przestaje być psychiatrią *sensu stricto*: staje się moralną i społeczną formą pomocy w rozwiązywaniu problemów ludzkich, a więc praktycznie realizowaną etyką autonomii społecznej, politycznej i moralnej człowieka. „Zamiast określić swoją interwencję jako pomocną lub szkodliwą, rozluźniającą lub ujarzmiającą «pacjenta», psychiatra domaga się zdefiniowania jej jako «diagnozowanie» i «leczenie zaburzenia psychicznego». Uważam, że w tym właśnie przejawia się ułomność moralna oraz zawodowa niekompetencja współczesnych psychiatrów”¹⁷.

Również w pracach współczesnego psychiatry angielskiego, R. D. Lainga, zostaje podjęty problem krytyki medycznego modelu chorób psychicznych, w szczególności zaś schizofrenii. Znamienny jest kierunek ewolucji poglądów tego autora. W książce *Sanity, Madness and the Family* (1964) Laing uzasadnia tezę o socjogennym podłożu etiologicznym schizofrenii, powołując się na 5-letnie badania rodzin pacjentów schizofrenicznych. Genezą depersonalizacji, symptomów katatonicznych i paranoidalnych, ubóstwa uczuć, autystycznego wycofywania się z rzeczywistości jest — według Lainga — nieprawidłowy typ przeżyć i wzajemnych doświadczeń zachodzących w układzie relacji rodzinnych. Charakterystycznym wnioskiem badań jest fakt, iż cechy pacjentów, które rodzice określali jako „symptomy chorobowe” i które zresztą stanowiły bezpośredni powód szukania pomocy psychiatrycznej dla nich — to te cechy, które Laing uznaje za wyraz rozwoju osobowościowego, samopotwierdzenia się, autonomii, spontaniczności itp.

W kilka lat później pytanie o społeczne źródła schizofrenii jako choroby psychicznej (którymi dla Lainga był typ relacji międzyosobniczych zachodzących w rodzinie, prowadzący do wycofywania się z relacji międzyludzkich w ogóle), zostało zastąpione pytaniem o to, czy w ogóle schizofrenia jest chorobą, a ściślej rzecz ujmując — negatywnym rozstrzygnięciem tego problemu. W *The Politics of Experience* (1967) schizofrenia określana jest jako „podróż w głąb siebie”, jako samouzdrawiająca reakcja psychiczna na stan alienacji nazwany „normalnością”. Ponieważ współczesne treści pojęcia „normalności” to efekt wyobcowania sfery zachowań od sfery przeżyć — zatem schizofrenia jest patologią patologii,

¹⁶ Ibid., s. 141.

¹⁷ Ibid., s. 7.

alienacją alienacji; sytuacja schizofrenika jest w pewnym sensie lepsza mimo splątania i niejasności przeżyć świata wewnętrznego — posiada świat wewnętrzny. „Dlatego — powie Laing — świecki psychoterapeuta spełnia często rolę ślepcy, który prowadzi półślepcę”¹⁸: Konsekwencją takiego spojrzenia na przeżycia schizofreników jest odpowiednie przeformułowanie form i celów terapii. Ponieważ schizofrenicy zaszli dalej w poszukiwaniu wymiarów świata wewnętrznego i dlatego są bardziej zagubieni niż psychiatrzy i ludzie „zdrowi” — należy pomóc im w dalszym pogłębianiu wewnętrznego świata i powrocie (ale już w stanie odrodzenia wewnętrznego) do świata obiektywnego. „Zamiast poniżających ceremonii badań psychiatrycznych, diagnozowania i prognozowania, potrzebujemy dla tych, którzy są do tego przygotowani (w psychiatrycznej terminologii często ci, którzy są bliscy załamania schizofrenicznego), ceremonii wtajemniczenia, poprzez którą osoba będzie prowadzona z pełnym poparciem i aprobatą społeczną w wewnętrzny świat, przez ludzi, którzy tam już dotarli i powrócili z powrotem. Od strony psychiatrycznej sprawiałoby to wrażenie pomocy udzielanej przyszłym pacjentom przez byłych pacjentów w stawianiu się obłąkanym”¹⁹.

Ścisły związek oceny moralnej z diagnozowaniem psychiatrycznym można by uznać za przejaw rozwoju wiedzy psychiatrycznej i psychologicznej. Ale narzucają się tu jednak pewne wątpliwości. Przede wszystkim powstaje pytanie, czy przenikanie się zakresów zainteresowań pewnych nurtów psychiatrii, psychologii i teorii moralności jest wyrazem normalnego dla każdej dziedziny poznania poszerzania obszaru zainteresowań w miarę jej rozwoju? (Czy więc aneksja problematyki etycznej i filozoficznej przez psychiatrię jest wynikiem włączenia w przedmiot zainteresowań psychiatrii tych aspektów motywacji zachowań ludzkich, które były pomijane przez tradycyjne ujęcia?). Czy też, być może, mamy do czynienia z nowym poziomem patologii zachowań ludzkich? (Wydaje się, że podobnie jak nie można już dzisiaj nie dostrzegać zmian nie tylko w zespole objawów, ale i w pojawianiu się nowych jednostek etiologicznych w dziedzinie chorób somatycznych — nie można tym bardziej nie doceniać możliwości zmian jednostek chorobowych w dziedzinie dysfunkcji psychicznych, zważywszy na ewolucję instancji regulacyjnych zachowań ludzkich). Nie można nie brać także pod uwagę i innej wątpliwości, a mianowicie, iż ingerencja teoretyczna psychiatrii i psychologii w sferę wartości moralnych jest swoistym nadużyciem metodologicznym; sugeruje bowiem obiektywność rozstrzygnięć w kwestiach, co do których etyka zgłasza właśnie brak możliwości jednoznacznych rozważań. Dlatego nie przesądzając na razie kwestii uchylenia tych wątpliwości, wy-

¹⁸ R. D. Laing, *The Politics of Experience*, Harmondsworth 1974, s. 117.

¹⁹ *Ibid.*, s. 105—106.

daje się, że można pokusić się o sformułowanie dwóch wniosków:

1. Przejawy integracji etyki, psychiatrii i psychologii nie mogą być interpretowane jako „unaukowanie etyki” poprzez włączenie jej problemów w zakres dyscyplin szczegółowych. Przeciwnie — aktualne przejawy styku etyki i psychiatrii unaocniają celowość wzajemnie korekcyjnych funkcji obu tych dyscyplin, bez naruszania autonomii każdej z nich. Etyka byłaby w tym układzie czymś w rodzaju metodologii wartościowania moralnego.

2. Trudno nie zgodzić się, iż szereg zagadnień, podniesionych przez antypsychiatrię, psychologię humanistyczną czy psychiatrię egzystencjalną, jest trafnym i wartościowym teoretycznie wkładem do pełniejszego poznania mechanizmów patologii człowieka „jako człowieka”. Ale nie można nie zauważyć, iż słuszne akcenty krytyki w stosunku do tradycyjnej psychiatrii prowadzą często w konsekwencji do mistycyzmu i irracjonalizmu. Obrona człowieka, w imię którego dokonuje się rewizja tradycyjnej psychiatrii, obraca się w sposób niezamierzony przeciwko samemu człowiekowi. Sądzę więc, że istniejąca sytuacja w psychiatrii powinna znaleźć rozwiązanie w ustaleniu takiej definicji regulującej zdrowia psychicznego, która by względnie ostro oddzielała obszar ocen moralnych od diagnoz psychiatrycznych.

Халина Променьска

МОРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Предметом рассуждений в статье является следующее: что выступает причиной исторических перемен, происходящих в отношениях между моральными оценками и психиатрическим диагнозом. Современное состояние не весьма четких критериев оценки человеческого состояния, какими являются моральные оценки и психиатрические диагнозы, предстает, с одной стороны, результатом пересмотра догматических и не соответствующих современному уровню знаний критериев отличия нормы от психопатологии, а с другой стороны, оно влечет за собой далеко идущее расхождение основных значений психиатрических и моральных категорий. То, что характеризует сближение данных форм оценки, состоит в двух тенденциях: 1) появление новых психиатрических понятий, выходящих за традиционные различия соматогенных и психогенных расстройств; 2) критика психиатрии с позиций определенных моральных ценностей (антипсихиатрия), а также критика моральных ценностей с позиций психиатрии (экзистенциальная психиатрия, гуманистическая психология). Существует потребность в определении понятия психического здоровья, которое бы позволяло на новом уровне, учитывающем существующую критику, проводить демаркационную линию между сферой моральных оценок и сферой психиатрического диагноза. Чтобы это дало надежные критерии и для морального оценивания состояния людей и для психиатрического диагностирования их здоровья.

Halina Promieńska

MORAL EVALUATION AND PSYCHIATRIC DIAGNOSIS

The subject of the investigations presented in this article are the causes of historical shifting of the extensions of moral evaluations and psychiatric diagnoses. The current vagueness of the extensions of these categories of human behavior is, on the hand, a result of the revision of too rigid (and according to the contemporary knowledge outdated) assumptions concerning the criteria of psychic normalcy and pathology, and on the other, a source of extensive decomposition of the meaning of the central psychiatric and moral categories, and thus results in a widespread arbitrariness of pronouncements. The characteristic trait of the growing trend to hold moral evaluations and psychiatric diagnoses coextensive is to be found, says the author, in two phenomena: (1) in the occurrence of new psychiatric concepts, very remote from the traditional division into psychogenic and somatogenic impairments, (2) in the criticism of psychiatry from the viewpoint of specific moral values (antipsychiatry) and in the criticism of specific moral values from the viewpoint of psychiatry (existential psychiatry or humanist psychology). A need is felt to establish a definition which will regulate the concept of sanity and in a completely new way (although making some use of the infrequently justified criticism of psychiatry offered by antipsychiatry, humanist psychiatry and humanist psychology) and mark the boundary between moral evaluations and psychiatric diagnoses, returning in effect to the extensional exclusion of the procedures of moral evaluation and psychiatric labeling.