

JAN JAROSZYŃSKI

Zdrowie psychiczne a etyka

Uwagi wstępne

W koreferacie zajmę się niektórymi istotnymi zagadnieniami etycznymi psychiatrii, traktując je zgodnie z zasadami przyjętymi w medycynie.

Z *Zasad etyczno-deontologicznych Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* wspomnę tu o dwóch najistotniejszych: 1) *Zasady* uznają dobro chorego za „najwyższe prawo lekarza”, 2) za obowiązek lekarza uważają „także troskę o zachowanie i podnoszenie zdrowotności całego społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania chorobom”.

Zakres działania psychiatrii rozumiem jako: zapobieganie, rozpoznawanie, leczenie, rehabilitację i orzecznictwo w zaburzeniach psychicznych, oparte na badaniach nad ich etiologią, patogenezą, objawami i przebiegiem. Psychiatria korzysta z wielu innych nauk, jednak nie jest nauką interdyscyplinarną.

Przez zdrowie psychiczne rozumiem jedynie brak zaburzeń psychicznych, a nie żadne inne wartości. Można by dodać jeszcze „zdolność do rozwoju”, ale jest to zbędne, ponieważ brak tej zdolności wkracza w dziedzinę zaburzeń psychicznych. Jest to określenie wąskie, z różnych stron atakowane, ma jednak tę zaletę, że nie wprowadza pierwiastków obcych, o których trudno sądzić psychiatrii i psychiatrom.

Sprowadzanie zdrowia psychicznego do wartości moralnych czy społecznych wydaje mi się nieporozumieniem. Zdrowie psychiczne może być w mniejszym lub większym stopniu zależne od wpływów środowiska społecznego, w różny sposób wpływa na egzystencję jednostki w społeczeństwie, z różnymi efektami dla jednostki, jej szerszego i węższego otoczenia, a nawet dla kultury. Staramy się jednak we wszystkich tych układach oddzielać przyczyny i skutki i nie mieszać pojęć różnych. Nie identyfikujemy też ze zdrowiem psychicznym zdolności adaptacyjnych

jednostki, chociaż to pierwsze jest w znacznym zakresie warunkiem drugiego. Nie zastępujemy też pojęcia zaburzeń psychicznych zaburzeniami społecznymi.

Psychiatria i wartości moralne

Nie wchodzę w dyskusję o znaczeniu zdrowia psychicznego dla etyki. Wydaje mi się, że wprowadzanie tego pojęcia do etyki (jako pojęcia podstawowego) jest nieporozumieniem. Oczywiście, uważam za nieetyczne działania, które mogłyby zdrowiu psychicznemu szkodzić, i za etyczne działania, służące zachowaniu lub przywracaniu zdrowia psychicznego, chociaż i to bywa kwestionowane (do pewnego stopnia także w tej dyskusji). Należy też z etycznego punktu widzenia oceniać wiele sytuacji w psychiatrii. Natomiast sprowadzenie etyki do mierników „zdrowotnych” nie wydaje się celowe ani uzasadnione. Można też przypuszczać, że takie ustawienie etyki zadziałałoby wzajemnie na pojęcia dotyczące zdrowia psychicznego. Jeżeli — w dużym uproszczeniu — etyczne byłoby to, co jest zdrowe, to nieetyczne byłoby to, co chore? To, co powoduje chorobę, czy sama choroba?

Ciekawe przykłady zacierania granicy między zagadnieniami zdrowia a innymi wartościami przytacza amerykański antypsychiatra Szasz, który występuje m. in. przeciw amerykańskiemu kierunkowi „psychiatrii środowiskowej”, polegającej na „zapewnieniu większych i lepszych zasobów socjo-kulturalnych [...] przez konsultowanie prawodawców i administratorów i przez współpracę z innymi obywatelami we wpływaniu na inne instytucje rządowe celem zmiany ustaw i rozporządzeń” (Caplan, cyt. wg Szasza). W propozycjach „eliminowania znanych producentów stresu” widzi Szasz niebezpieczeństwo „eliminowania” różnych grup rasowych lub politycznych. Rozszerzanie działań zapobiegawczych poza stwierdzone źródła zaburzeń psychicznych, oparte na zbyt płynnych pojęciach dotyczących zdrowia psychicznego, „zdrowia społecznego” itd., przestaje mieścić się w medycynie zapobiegawczej. Zadania, które lekarze stawiają sobie w oparciu o przesłanki niemedyce, mogą wykraczać poza „...zachowanie i podnoszenie zdrowotności...” (cytowane *Zasady PTL*).

Antypsychiatria

Dla oceny moralnej niektórych działań w psychiatrii warto zapoznać się ze skrajnymi ocenami krytycznymi czy kontestacją i zanalizować wysuwane zarzuty. Krytyki ze strony „antypsychiatrów” nie odbiegają często od wątpliwości samych psychiatrów, są może tylko bardziej skrajne. Obracają się te krytyki wokół takich zagadnień, jak samo wydzielanie

choroby psychicznej, istnienie szpitali psychiatrycznych i stosowanie leczenia.

Losy psychicznie chorych w średniowieczu i czasach nowożytnych aż do końca XVIII w. układały się różnie i przypadkowo. Niektórzy trafiali do więzień, inni na stos, jeszcze inni do przytułków, pozostawali pod opieką rodziny lub włóczyli się po kraju. Za czasów Ludwika XIV odbyło się we Francji „wielkie zamykanie” (Foucault), które objęło włóczęgów, żebraków, ale także i wielu chorych psychicznie. Znaleźli się oni w szpitalach czy przytułkach, które jeszcze w okresie Rewolucji Francuskiej „gościły” często razem chorych, więźniów, starców, kaleki itd.

Wszyscy znamy tradycję, według której Pinel, w końcu wieku XVIII, uwolnił chorych z kajdan. Według Foucaulta, był to „wielki gest”, a jednocześnie „wielkie oszustwo” — „wymyślenie choroby psychicznej” dla wytłumaczenia, uzasadnienia izolowania osób niewygodnych dla społeczeństwa. W zakładach dla psychicznie chorych pojawił się teraz lekarz, ale — jak twierdzi Foucault — psychiatria znalazła się poza medycyną. Lekarz stosował metody, których nie zaczerpnął z medycyny, zajmował się „leczeniem moralnym”, był bardziej „mędrce niż uczonym”. Jednak nie należy zapominać, jakie metody mogła ofiarować psychiatrii ówczesna medycyna. Intuicyjne i prymitywne metody pierwszych psychiatrów szpitalnych były w jakimś stopniu załączkiem rozwiniętych później metod socjo- i psychoterapeutycznych. Był to etap w rozwoju psychiatrii trudny, ale może konieczny. Wracając do dzieła Pinela — Foucault krytykuje nie fakty, lecz legendę, jaką ozdobiono dzieło Pinela znacznie później, prawdopodobnie pod koniec drugiego cesarstwa. Jak pisze Daumezon, nie było tu żadnego „wielkiego gestu”. Było stopniowe uwolnienie z kajdan 40 chorych w ciągu 5 lat. Stało się to za radą pielęgniarza, który zauważył, że takie uwolnienie uspokaja niektórych chorych. Była to więc rezygnacja z nieskutecznej metody, a nie — wielki gest. I nie zmowa społeczeństwa przeciw psychicznie chorym.

A swoją drogą — nie było to osobiste dzieło Pinela, który był jedynie wyrazicielem epoki. W tym samym czasie działał Chiarugi i Tuke, a Valsalva nawet nieco wcześniej (Bilikiewicz i Gallus). Sugestie M. Foucaulta dotyczące genezy szpitala psychiatrycznego dały asumpt dla wielu krytyk szpitala psychiatrycznego i psychiatrii w ogóle, przyczyniły się też do wystąpienia tzw. antypsychiatrii.

Do starszych wiekiem i latami działaczy „antypsychiatrycznych” należy Thomas S. Szasz, amerykański psychoanalityk, o którym była już mowa w poprzednim punkcie. Stanowisko T. S. Szasza można streścić tak: choroba psychiczna nie jest chorobą (nieprzetłumaczalne: *mental illness is not a disease; illness* — można tłumaczyć tu jako „cierpienie”). To zna-

czy nie jest taką chorobą, jak dowolna choroba somatyczna, polega jedynie na „inności” i podlega prześladowaniu ze strony społeczeństwa. Za dowód służą analogie: przymusowe leczenie chorych, a prześladowanie czarownic przez Inkwizycję lub prześladowania rasowe. Wszystkie te prześladowania wypływają z pewnych mitów ogólnie przyjętych w swoim czasie, a przymusowe leczenie chorych psychicznie — z mitu choroby psychicznej, panującego do dziś.

Takie analogie można by mnożyć, ale nie dowodzą one niczego. Istotna jest sprawa „mitu choroby psychicznej”, wysuwana przez Szasza. Możemy mu tu przeciwstawić np. wypowiedź psychiatry francuskiego — H. Barte: „obrona chorego psychicznie lub jego rehabilitacja powinna odbywać się poprzez uznanie psychiatrii, krytycznej nauki autonomicznej, która musi się opierać na pojęciu choroby psychicznej, rozumianej nie — jako proste schorzenie narządów ani jako choroba czysto psychiczna. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku sprowadzilibyśmy psychiatrię bądź to [...] do medycyny neurologicznej, bądź to do [...] dyskusji polityczno-socjo-psycho-analitycznej...” Mimo różnic szkół, niemal cała psychiatria zajmuje obecnie stanowisko zbliżone do cytowanego, jednak nie jest to zjawisko powszechne. Na przykład wielu antypsychiatrów, ale i psychiatrów, chce całkowicie sprowadzić pochodzenie chorób psychicznych do wzajemnych wpływów wewnątrz rodziny i odrzuca wszelkie ewentualne momenty biologiczne. Podkreśla się m. in. znaczenie szeregu podstawowych braków (brak poczucia bezpieczeństwa i brak uczuć); wielokrotnie opisywano „matkę schizofreników” — oschłą, dominującą, nadmiernie opiekuńczą itd. Z nowszych badań do niewątpliwie interesujących należy praca grupy Palo Alto (Bateson i inni) dotycząca tzw. podwójnego wiązania (*double bind*), badania Vogla i Bella, które mówią o chorym jako „koźle ofiarnym” — usuwanym przez rodzinę dla równowagi tejże. Foudrain uważany też czasem za antypsychiatrę lekceważy inne tory badań (ewentualne znaczenie czynników biologicznych), „ponieważ tak mało wiemy o funkcjonowaniu rodziny, a [...] może na tej drodze znajdziemy zadowalające rozwiązanie”. Jednocześnie przyznaje, że dotychczasowe badania nad dynamiką rodziny nie dały jeszcze wyników, które można by poddać analizie statystycznej, że nie rozwiązano problemu grupy kontrolnej, nie odpowiedziano też na pytanie, czym miałyby się różnić rodzina „nerwicogenna” od „schizofrogennej”. Tyle Foudrain. Jego zastrzeżenia można jednak mnożyć: nie brzmi jasno postulat „zastąpienia spekulacji przez bezpośrednią obserwację i tworzenia jedynie takich hipotez, które można sprawdzić”. Mianowicie bardzo wątpliwe mogą się wydawać dane, zbierane już w okresie choroby jednego z członków rodziny, jeżeli zakłada się, że „istotne zło” miało za-

istnieć wcześniej, a nawet we wczesnych okresach rozwojowych jednostki, że schizofrenia jest jedynie „ostatnim aktem dramatu”. Wspomniane tu badania są niewątpliwie wartościowe, jednak nie mogą świadczyć o wyłącznie „socjogennym” pochodzeniu schizofrenii czy innych chorób. A właśnie te badania cytuje wielu przedstawicieli antypsychiatrii, którzy zwłaszcza schizofrenii nie chcą uznać za chorobę, a jedynie za „odmienność”, warunkowaną społecznie.

Gdyby nawet etiologia schizofrenii miała się zamykać w cytowanych wyżej danych — nie przesądzałoby to „niechorobowego” statusu tego stanu. Młodszy, bardziej od Szasza radykalni antypsychiatrzy zwalczają pojęcie choroby psychicznej, instytucję szpitala psychiatrycznego i wszelką ingerencję psychiatrów w sprawy chorych. Interesują się jedynie schizofrenią, nerwicami i nieprawidłową osobowością (psychopatią), „resztę” pozostawiają psychiatrii. Foudrain chciałby przekazać szpitale psychiatryczne niedorozwiniętym, epileptykom i innym organikom.

W argumentacji antypsychiatrii chętnie cytują Michela Foucaulta, od czasu do czasu któregoś z filozofów oraz niektóre z cytowanych tu już badań dotyczących socjogenezy zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza schizofrenii. Uważają schizofrenię za „mit”, a jednocześnie — za wyraz protestu jednostki, która tylko w „chorobie psychicznej” może znaleźć drogę do wolności. Niektórzy skrajni antypsychiatrzy (Bassaglia, cyt. wg Schipkowensky'ego) chętnie zastąpiliby psychiatrię przez „politiatrię”, która zniosłaby choroby psychiczne (mityczne) na drodze zmiany czy raczej zniesienia jakiegokolwiek porządku społecznego.

Mniej skrajni antypsychiatrzy, jak Laing lub Cooper, próbują jednak leczenia schizofrenii. Ciekawe są zwłaszcza próby Coopera (od jego książki powstała nazwa antypsychiatrii), który najpierw (przez 4 lata!) leczył schizofreników w „warunkach szczególnej wolności” w małym oddziale — eksperymencie jednego ze znanych szpitali psychiatrycznych w Londynie. Ostatecznie doszedł jednak do wniosku, że ten eksperyment nie uda się w warunkach szpitalnych. Później powstał szereg małych ośrodków antypsychiatrycznych, m. in. Kingsley Hall (Baillou, cyt. przez Schipkowensky'ego) i inne, o których czytamy czasem w nieco uszczypliwych doniesieniach publikowanych przez psychiatrów, leczących byłych pacjentów tych instytucji (Millet, Karkous i inni).

Jak twierdzi Kisker, Szasz leczy swoich chorych tak samo, jak inni psychiatrzy; Cooper i Laing przerwali swoje eksperymenty, Foudrain nie bardzo jest antypsychiatrą i w ten sposób — antypsychiatria jakby się miała ku końcowi.

Sprawy szczególne

Przed rozważeniem niektórych zagadnień szczególnych możemy na tle poprzedniego punktu ogólnie stwierdzić, że nie uważamy za przekonujące argumenty zwolenników skasowania pojęcia choroby psychicznej, że geneza szpitala psychiatrycznego nie była prosta (Foucault), ale nie może to dyskredytować samej instytucji szpitala, że sprawami psychicznie chorych zajmują się psychiatrzy i że robią to opierając się na badaniach chorych i badaniach nad zaburzeniami psychicznymi.

Szpitale psychiatryczne i inne instytucje psychiatryczne (bo szpital już dawno nie jest instytucją jedyną) ewoluują, zmieniają się stosowane w nich metody — sądzimy, że na lepsze. Ale to są już sprawy psychiatrii, a nie etyki w psychiatrii.

1. Zagadnienie „moralnego prawa” psychiatrów do udziału w procesach karnych i cywilnych nie wydaje mi się istotne. Innych ekspertów w tej dziedzinie nie ma, udział eksperta jest konieczny zarówno ze względu na interes publiczny, jak i prywatny. Znacznie bardziej złożony temat to zasady działania psychiatry jako biegłego, ale to już raczej wykacza poza ramy referatu.

2. Zagadnienie „moralnego prawa psychiatrów do kierowania chorych do szpitala psychiatrycznego” ma kilka aspektów. Mianowicie kwestionuje się to prawo przede wszystkim jako ograniczenie wolności. Jednocześnie wypływa (zwłaszcza ze strony antypsychiatrów) drugi moment: psychiatrzy „produkują” chorych psychicznie przez opatrywanie etykietami nozograficznymi ludzi odrzuconych czy „uszkodzonych” przez środowisko, a dopiero pobyt w szpitalu im szkodzi.

Najpierw o sprawie ograniczenia wolności. Otóż obecnie w wielu szpitalach zdecydowana większość chorych leczy się dobrowolnie. A o leczeniu pozostałych praktycznie nigdy nie decyduje lekarz. Sytuacja taka może nastąpić jedynie w przypadkach nagłych, a i wtedy decyzja lekarza nie obowiązuje długo. Natomiast w pozostałych przypadkach lekarz jedynie doradza na podstawie przeprowadzonego badania taki sposób leczenia, jaki uważa za zgodny z zasadami. I tak jest zarówno wtedy, gdy pacjent się zgadza, jak i wtedy, gdy tej zgody nie wyraża. Dalszą decyzję musi podjąć rodzina chorego i ta rodzina de facto decyduje, a nie lekarz. Każda z tych decyzji jest w każdej chwili zaskarżalna. Taki jest u nas obecnie stan faktyczny i tak np. ujmuje sprawę Ustawa angielska (*Mental Health Act 1959*). Obecnie toczy się dyskusja nad projektem ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przygotowane tezy proponują kontrolę sądu w każdym umieszczeniu bez zgody chorego. Zastępowanie chorego psychicznie przez rodzinę, sąd, czy upoważnioną przez sąd ro-

dzinę lub specjalnie wyznaczonego opiekuna wykracza poza zagadnienie „moralnego prawa lekarza”. Lekarze sądzą, że prawo do leczenia powinni mieć także ci chorzy, którzy nie mogą o sobie decydować.

Druga strona zagadnienia jest zasadniczo prostsza. Jeżeli nie zgadzamy się z zarzutami antypsychiatrów, jeżeli uważamy, że choroby psychiczne nie są wymysłem psychiatrów i że należy je leczyć, że określone stany chorobowe w określonych fazach wymagają leczenia szpitalnego — to rzeczą psychiatry jest doradzanie takiego właśnie leczenia w określonych sytuacjach. Jest to jego moralne prawo i obowiązek. A co do sprawy szkodliwości leczenia szpitalnego — owszem takie oceny pojawiały się w psychiatrii od dawna, przed „wybuchem” antypsychiatrów. Mówi się zwłaszcza o tzw. zespole hospitalizacyjnym, występującym u przewlekle leczonych w warunkach daleko idącego podporządkowania. „Pozbawieni pieniędzy, wolności, życia seksualnego i nawet prawa głosu ... [pacjenci szpitala] ... stają się spokojnymi automatami, zdepersonalizowanymi i biernymi” — (antypsychiatra Goffman, cyt. przez Sztulmana). Ale, jak słusznie twierdzi Sztulman, takie krytyki nie tylko pojawiały się od dawna w psychiatrii przed wystąpieniami antypsychiatrów, lecz doprowadziły też do wniosków praktycznych, pod ich wpływem powstał system społeczności leczniczej, w której niknie niemal wewnątrzszpitalna hierarchia, a pacjenci stają się aktywnymi gospodarzami u siebie (Jones).

I drugi prosty wniosek, powszechnie stosowany: skracanie do minimum etapu leczenia w szpitalu.

3. Czy leczenie psychiatryczne może stanowić krzywdę dla pacjenta — to treść następnego punktu. A krzywda dla kultury? Nikt jeszcze nie udowodnił, że niektórzy psychicznie chorzy — nieleczeni — stwarzaliby dla kultury znacznie więcej. Wiemy jednak, że twórcami kultury niezadko bywają. Twórczość chorych psychicznie albo choroby psychiczne twórców, to temat bardzo popularny — od czasów Kretschmera zwłaszcza, a u nas pisał o tym m.in. Brzezicki oraz Kępiński. Antypsychiatrzy sądzą nawet, że schizofrenia to jest „poezja dzisiejszych czasów”. Jednak można sądzić, że wyniki leczenia znacznie częściej umożliwiają dalszą twórczość, niż ją uniemożliwiają. Mamy na to bardzo dużo dowodów, także wśród twórców wybitnych i najwybitniejszych. Jeżeli nawet nie wspominać o przypadkach, w których leczenie uratowało na pewno możliwości twórcze, ratując życie twórcy. Gdyby można udowodnić, że w określonych przypadkach leczenie jest istotnie korzystne dla pacjenta, natomiast może ewentualnie pozbawić pewnych ewentualnych osiągnięć kulturę, to nie wiem, jaka etyka nakazywałaby powstrzymanie się od leczenia.

4. Czy leczenie może krzywdzić chorego? Czy mogą go zwłaszcza krzywdzić określone metody leczenia? Jakie środki mogą być moralnie niedopuszczalne?

W psychiatrii za niedopuszczalne uważa się metody uszkadzające. U nas na przykład już przed 20 laty całkowicie odstąpiono od stosowania zabiegów psychochirurgicznych, gdy stwierdzono w wielu przypadkach nieodwracalne uszkodzenia, opisane szeroko przez Broszkiewiczową. Jednak nawet to może być do pewnego stopnia dyskusyjne, mianowicie od czasu do czasu wracają rozważania co do ewentualnego stosowania leucotomii w przypadkach skrajnych, gdy zabieg może ratować życie chorego. Jednak sprawa kończy się na rozważaniach. Zupełnie innym zagadnieniem jest przeciwstawianie środków „biologicznych” środkom „psychologicznym”. Nie uważamy zaburzeń psychicznych za coś oderwanego od podłoża materialnego. Także tam, gdzie nie stwierdza się anatomicznych zmian w układzie nerwowym, mogą występować zaburzenia czynności mózgu. A jeżeli potrafimy wpływać na te czynności w sposób korzystny, powodując ustępowanie zaburzeń psychicznych, to nie ma tu chyba nic zdrożnego. Stosowanie leków jest po prostu zagadnieniem szkoly i metody, dyskusja dotyczy zakresu ich przydatności, mało ma wspólnego z zagadnieniami etyki. O pozornej przeciwstawności farmakoterapii i psychoterapii pisał ostatnio u nas m.in. Jerzy Aleksandrowicz. Jeżeli dowolne (socjogenne czy biogenne) czynniki szkodliwe powodują zaburzenia psychiczne, to możemy stosować środki biologiczne, lub psychoterapię, jeżeli metoda jest skuteczna. Każdy psychiatra zna oczywiście efekty leków w sprawach bez wątpienia reaktywnych, a psychoterapia lub oparta na metodach psychologicznych rehabilitacja może w znacznym stopniu pomóc w wielu przypadkach zmian niewątpliwie organicznych.

Zagadnienie znacznie bardziej poważne to nie „niemoralność” metod biologicznych, lecz prawo lekarza do wpływania na osobowość człowieka. Z tego punktu widzenia może bardziej niebezpieczne bywają niektóre metody psychoterapii niż metody farmakologiczne. Nie same metody, lecz sposób ich stosowania, treść wkładana przez terapeutę w formę leczenia.

O zagadnieniu wpływu leczenia na chorego tak np. mówi Henri Ey: „wyleczenie chorego psychicznie nie polega na podporządkowaniu go normom społecznym, lecz na swobodnym dysponowaniu osobistym modelem, jaki każdy człowiek tworzy sobie ze swojego świata, sprawa polega na możliwości bycia świadomym i w konsekwencji — na możliwości wyboru systemu wartości przy zdawaniu sobie sprawy z ogólnego systemu rzeczywistości, lecz bez potrzeby podporządkowywania się całkowicie i ślepo”.

Nad zagadnieniami etycznymi w leczeniu psychiatrycznym zastanawia

się m.in. amerykański psychiatra Halleck (profesor psychiatrii Uniwersytetu North Carolina). Zasadniczo, jak w całej medycynie, obowiązuje zgoda na leczenie, wyrażona przez człowieka zorientowanego co do istoty i skutków leczenia. Halleck uważa, że ta zasada przestaje obowiązywać, gdy stwierdza się niezdolność pacjenta do podjęcia decyzji, niebezpieczeństwo i są widoki wyleczenia. Halleck zgadza się zresztą, że niekiedy wystarczają tylko dwa z tych kryteriów. Proponuje też utworzenie specjalnych instytucji, które mogłyby decydować za pacjenta. Autor jest świadom, że możliwości wyjaśnienia pacjentowi istoty leczenia i jego ewentualnych skutków są często bardzo ograniczone. Sądzi jednak, że w odpowiednich przypadkach należy wyjaśnić znaczenie produkowanych przez niego objawów jako np. wyrazu protestu przeciw sytuacji rodzinnej i dopiero wtedy uzyskać jego zgodę na leczenie. Przypuszczam, że Halleck nie traktuje tu omawianego mechanizmu zbyt szeroko.

Unikanie wywierania określonego wpływu na chorego ilustrują nie tylko takie postawy, obecnie dość powszechne wśród psychiatrów, jak unikanie konkretnego doradzania w sprawach życiowych (wyprowadzić się czy nie, rozwieść się czy nie, zmienić pracę itd.). O ile możliwości jedynie pomagamy choremu w powzięciu własnej decyzji. Oto np., jak jest określone stanowisko lekarza w psychoterapii tzw. niedyrektywnej (Rogers): lekarz ma słuchać, nie pozować na autorytet, ma się powstrzymać od rad i „napomnień moralnych”; nie sprzeczać się z pacjentem. Taką postawę można zachować w wielu metodach psychoterapii, zarówno indywidualnej, jak i grupowej, w stosunku do pacjentów psychotycznych i niepsychotycznych.

5. Nie da się określić ogólnie „wzorców osobowych psychoterapeuty”. Różne szkoły widzą sprawę rozmaicie, niektóre (zależnie od stosowanych metod) nie mają tu żadnych wymagań, inne — odrzucają bardzo wielu kandydatów.

6. „Ograniczenie lub eliminowanie możliwości płodzenia” w psychiatrii w Polsce nie bywa obecnie wysuwane.

7. Czy skuteczność psychiatrii nie byłaby groźniejsza od jej nieskuteczności? Nie sądzę, żeby można sprawę tak ogólnikowo stawiać. Szkodliwe czy groźne mogłyby być metody skuteczne, a stosowane w celach nie mieszczących się w leczeniu. Natomiast metody stosowane obecnie w psychiatrii, w celach zgodnych z zasadami postępowania lekarskiego, są w pewnym stopniu skuteczne; pozwolę sobie wtrącić, nie mniej skuteczne niż w wielu innych dziedzinach — w medycynie i poza medycyną, a mamy nadzieję, że dalszy postęp przejawia się i w psychiatrii bardziej skutecznymi metodami leczenia, co dla chorych nie będzie „groźne”, lecz cenne.

Uwagi końcowe

1. Psychiatria nie ma pretensji do zastępowania etyki, a higiena psychiczna nie ma lub nie powinna ich mieć. Dyskusje dotyczące psychiatrii „w ogóle” są trudne i często jałowe, jak wiele dyskusji ogólnikowych. Natomiast dyskusje dotyczące konkretnych zagadnień etycznych w psychiatrii wydają mi się bardzo pożądane.

2. Nie wydaje mi się, aby należało w tym wprowadzeniu do dyskusji, jakim jest ten koreferat, formułować konkretne wnioski praktyczne. Zwłaszcza nie proponowałbym dublowania instytucji już istniejących.

Bibliografia

1. Aleksandrowicz J.W., *Farmakoterapia i psychoterapia w leczeniu nerwic*, „Psychoterapia” 1974, Vol. X, s. 3—6.
2. Barte H., *Antipsychiatrie et le discours politique*, „Évolution psychiatrique” 1972, z. 37, s. 5—40.
3. Bateson G., Jackson D.D., Halay J., *Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie*, w: *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt a.M. 1972.
4. Bilikiewicz T., Gallus J., *Psychiatria polska na tle dziejowym*, Warszawa 1962.
5. Broszkiewicz E., *Przeciw teorii i praktyce leukotomii przedczołowej*, „Postępy Wiedzy Medycznej” 1954, z. 1, s. 37—51.
6. Brzezicki E., *Schizophrenia paradoxalis socialiter fausta*, „Folia Medica Cracoviensia” 1961, z. 3, s. 267—288.
7. Cooper D., *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*, Frankfurt a.M. 1971.
8. Daumezon G., *Lecture historique de „l'Histoire de la folie...”*, „Évolution psychiatrique” 1972, z. 37, s. 227—241.
9. Ey H., *L'Anti-psychiatrie*, „Évolution psychiatrique” 1972, z. 37, s. 49—67.
10. Foucault M., *Histoire de la Folie dans l'âge classique*, Paris 1961.
11. Foudrain J., *Schizophrenie und Familie*, w: *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt a.M. 1972.
12. Halleck S., *Legal and Ethical Aspects of Behavior Control*, „American Journal of Psychiatry” 1974, No. 131, s. 381—385.
13. Jones M., *Therapeutic Community ... Principles etc.*, „Psychoterapy and Psychosomatics” 1968, No 16.
14. Kępiński A., *Schizophrenia*, Warszawa 1972.
15. Kisker K.G., *Gedanken zur Anti-Psychiatrie*, „Psychiatrische praxis” 1974, z. 1, s. 10—17.
16. Krestschmer E., *Ludzie genialni*, Warszawa 1974.
17. Laing R.D. *Mystifizierung, Konfusion und Konflikt*, w: *Schizophrenie und Familie*, Frankfurt a.M. 1972.
18. *Mental Health Act, 1959* (7 and 8, Eliz. 2. C. 72).
19. Millet L., Karkous E., Jorda P., Guerber F., *Une „therapie de milieu” de style anti-psychiatrique*, „Évolution psychiatrique” 1972 z. 37, s. 161—164.
20. Rogers, C.R., *Counseling and Psychotherapy*, Chicago 1942.

21. Schipkowensky N., *Die Antipsychiatrie*, „Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete” 1974, z. 42, s. 291—311.
22. Szasz T.S., *The Manufacture of Madness*, London 1971.
23. Sztulman H., *Antipsychiatrie et Psychiatrie*, „Évolution psychiatrique” 1972, z. 37, s. 83—109.
24. Vogel E.F., Bell N.W., *Das Gefühlsgestörte Kind als Sündenbock der Familie, w: Schizophrenie und Familie*, Frankfurt a.M. 1972.
25. *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, Warszawa 1968.

Ян Ярошиньски

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЭТИКА

В психиатрии действуют основные принципы врачебной этики: здоровье и благо больного являются высшим законом для врача, к обязанностям которого относится также забота об улучшении и сохранении здоровья всего народа. Психиатрия занимается профилактикой, диагностикой, лечением, реабилитацией и выдачей медицинских заключений при психических заболеваниях на основе изучения их этиологии, патогенеза, симптомов и хода болезни. Психическое здоровье следует понимать единственно как отсутствие психических расстройств, а не как какие-либо другие ценности.

Психическое здоровье является определенным благом, однако, кажется, нельзя сводить основ этики к психическому здоровью. Для моральной оценки определенных действий в психиатрии стоит ознакомиться с некоторыми критическими направлениями, также и крайними, однако, антипсихиатрия опирается скорее всего на произвольные заключения, а „защита больных психической болезнью ... должна осуществляться через признание психиатрии, критической автономной науки, которая должна опираться на понятие психической болезни...” (Барте).

Следовательно психиатры вправе и обязаны заниматься лечением, они не узурпируют себе права на „управление” больным, вопрос применения принуждения должен решаться обществом в соответствии с его собственным интересом, но также — с интересом больного.

Jan Jaroszyński

MENTAL HEALTH AND ETHICS

Common principles of medical deontology are also binding for psychiatry: health and welfare of the sick person is the highest law for the physician, whose duties include also the care for preservation and improvement of health in the

whole society. Psychiatry, like other branches of medicine, encompasses prophylaxis, diagnosis, therapy, rehabilitation, expertise concerning the occurrences of mental illness and studies on ethiology, pathogenesis, symptoms and the course of diseases.

By mental health we should understand absence of mental disturbances and no other values. Mental health is itself a certain value but it may not be used as an element of the foundation of ethics.

In order to be able to morally evaluate different activities undertaken by psychiatry it is worthwhile to study critical trends in this field, such as radical orientations, or the anti-psychiatry movement even though the psychiatrists mean that „the defense of the mentally ill should be achieved through recognition of psychiatry as an autonomous critical discipline founded on the notion of mental illness...” (Barte).

The psychiatrists have therefore the right and the duty to prescribe therapies. But they do not claim to have the right to „govern” their patients. Problems of the justified use of coercion must be solved by the society, not by psychiatrists — in the society’s own interest, and in the interest of the patients.