

musi jednak oznaczać odstręczenia współczesnych myślicieli zaliczających się do tego kierunku od kojarzenia postaw chrześcijańskich z postawami humanistycznymi (por. s. 130). W rozdziale o równości autor poruszył wiele niezmiernie istotnych problemów dotyczących warunków społeczeństwa socjalistycznego — problemów dialektyki równości i nierówności w tych warunkach. Wydaje się jednak, że do podstawowych, a nie rozwiniętych w pracy należą w tej dziedzinie problem równości pracy oraz dostępu do kultury i oświaty, a także problem modelu konsumpcji. Ale też takie właśnie, dyskusyjne i jedne z możliwych, ujęcia kwestii szczegółowych były zamierzeniem autora, a owocność jego wysiłku można mierzyć i tym, w jakim stopniu jego poszukiwania pobudzają do poszukiwań dalszych, w tym również do wyrażania zdań w określonych kwestiach odmiennych.

Książka M. Fritzhanda wpisze się zapewne na listę trwałych pozycji, służących nauczaniu etyki marksistowskiej, a zarazem jej dalszemu rozwojowi.

Mieczysław Michalik

#### HUMANIZM I MEDYCINA

Kazimierz Jankowski, *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, PIW, Warszawa 1975, ss. 379.

Zagadnienie normy psychicznej od wieków zajmowało poczesne miejsce w refleksjach dotyczących natury człowieka, zdrowia i osobowości. Analogiczne problemy podejmowała filozofia życia, czyli etyka, a także medycyna i psychologia. Drogi poszukiwań „normy” rozeszły się w XIX wieku, gdy wymienione dyscypliny zdeterminowane postulatem unaukowania wszelkich dziedzin wiedzy, zalecającym budowanie empirycznie weryfikowalnych systemów twierdzeń, skoncentrowały się na badaniach istotnych dla takiego obrazu człowieka, jaki dominował w danej nauce. Rozwój neurofizjologii i biochemii sprawił, że norma medyczna była wyrażana wskaźnikami różnych analiz laboratoryjnych. Sukcesy eksperymentalnych badań psychologicznych dotyczących myślenia oraz badań empirycznych inspirowanych przez behawioryzm sprawiły, że teoria uczenia się zdominowała wszelkie refleksje o istocie człowieka. Problem emocji (poza aspektem neurofizjologicznym) został podjęty przez pierwszą rozwiniętą koncepcję osobowości — koncepcję Freuda — i rozwijany przez jego kontynuatorów. Psychoanaliza wywarła jednak większy wpływ na filozoficzne koncepcje człowieka i kultury niż na rozwój psychologicznej teorii osobowości. W psychologii za kryterium „normy” uznawano stopień przystosowania się do istniejących warunków. Zachowania nie mieszczące się w „normie” określano mianem nieprzystosowania. Rozwój socjologii sprawił, że norma psychiczna często była redukowana do normy społecznej, a osobowość człowieka do pełnionych przez niego ról społecznych.

Postulat unaukowania wszelkich dziedzin wiedzy, związany z neopozytywistycznym hasłem empiryzmu sprawił, że filozoficzne refleksje o naturze człowieka i aksjologiczne rozważania o wartościach i normach, uznawane za metafizykę, były starannie eliminowane z koncepcji teoretycznych dotyczących człowieka.

Okazuje się jednak, że wszelkie próby syntezy w zakresie nauk o człowieku nie mogą ograniczać się do faktów obserwacyjnych i muszą sięgać do klasycznych, nie zawsze neutralnych aksjologicznie pojęć antropologii filozoficznej. Krytyczna analiza neopozytywistycznej koncepcji nauki, a przede wszystkim narastające w epoce obfitości materialnej problemy życia społecznego, określane jako kryzys wartości wskazują, że odporne wobec wszelkich ujęć teoretycznych zagadnienia emocji i wartościowania determinują w ogromnym stopniu obraz człowieka będącego przedmiotem zainteresowania poszczególnych nauk.

Zdaniem Kazimierza Jankowskiego, przewyciężenie fragmentarycznych punktów widzenia związanych z uprawianą specjalnością naukową i całościowe ujęcie koncepcji człowieka jest warunkiem koniecznym podjęcia działań mających na celu udzielenie pomocy człowiekowi cierpiącemu, który jest nazywany chorym psychicznie. Chory psychicznie jest przedmiotem zainteresowania trzech wspomnianych dziedzin wiedzy: medycyny, nauk społecznych, a więc psychologii i socjologii, oraz etyki. I dlatego w książce *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej* przewijają się trzy typy argumentacji charakterystyczne dla tych nauk.

K. Jankowski analizuje dwa modele psychiatrii związane z dwoma sposobami widzenia choroby psychicznej. „Model medyczny to cały system pojęć, koncepcji teoretycznych, sposobów postępowania i symboli nadających psychiatrii charakter teorii i praktyki medycznej. Ludzie, którymi zajmuje się psychiatra, są nazywani pacjentami, skarżą się na objawy, cierpią z powodu chorób i muszą być leczeni. Leczenie polega na podawaniu leków lub stosowaniu różnych zabiegów, w tym także chirurgicznych [...]. Psychiatra intensywnie poszukuje takich samych przyczyn schorzenia, jakie dawno wykryto w innych dziedzinach medycyny: histopatologicznych, biochemicznych, toksycznych, zapalnych itp. Psychiatra korzysta wreszcie z autorytetu środowiska lekarskiego i z pozycji autorytetu traktuje swego pacjenta [...]. To, co zachodzi pomiędzy psychiatrą a pacjentem, polega w większości wypadków na eliminowaniu za pomocą różnych, często brutalnych środków, zachowań, które są społecznie niepożądane i nie akceptowane” (s. 42-43). Tradycyjny system leczenia pacjentów autor nazywa „fabryką obłądu”, powołując się na tytuł książki T. Szasza, *The manufacture of madness*, który tym terminem określa szpitale psychiatryczne. Zdaniem K. Jankowskiego, można wyróżnić trzy czynniki jatrogenne, które w dotychczasowym systemie leczenia przyczyniają się do rozwinięcia i utrwalenia zaburzeń psychicznych. Są to: (1) diagnoza, lub inaczej etykieta choroby psychicznej, która utrudnia lub wręcz przekreśla szanse rehabilitacji w ramach normalnego społeczeństwa; (2) pobyt w szpitalu psychiatrycznym, w którym pacjent traci poczucie człowieczeństwa i resztkę zaufania do swoich możliwości oraz (3) terapia, która sprowadza się do farmakologicznego usuwania objawów, a pogłębia proces dezorganizacji osobowości. W wypadkach długotrwałej hospitalizacji, stosowania wstrząsów insulinowych lub nawet lobotomii, taka terapia zamienia człowieka w bezwolny automat. Ten system leczenia, akceptowany przez środowisko lekarskie i całe społeczeństwo, jest — zdaniem K. Jankowskiego — nadużyciem medycyny, ponieważ narusza zasadę *primum non nocere*.

Jest to najpoważniejsze oskarżenie moralne, jakie można postawić lekarzom. Rolę uzasadnienia tego oskarżenia pełnią argumenty trzech rodzajów: (1) analiza prawomocności twierdzenia, leżącego u podłoża medycznego modelu chorób psychicznych, o ich biologicznej determinacji; (2) przedstawienie mechanizmu, który sprawia, że biologiczny model psychiatrii, mimo nieskuteczności, a nawet szkodliwości swoich poczynań, jest akceptowany przez środowisko lekarskie i społeczeń-

stwo; (3) prezentacja i uzasadnienie innego sposobu interpretacji chorób psychicznych, a co za tym idzie — określenie modelu psychiatrii humanistycznej.

Ocena argumentów dotyczących pytania o fizjologiczne, biochemiczne lub neurologiczne uwarunkowania chorób psychicznych oraz wyników badań wskazujących, że stosowane zabiegi powodują nieodwracalne uszkodzenia organiczne, pozostaje sprawą otwartą. Jest to problem dla specjalistów w tych dziedzinach, który dotąd budzi liczne kontrowersje. K. Jankowski nie kwestionuje danych, świadczących o tym, że czynniki biochemiczne mogą zmniejszać odporność na zaburzenia psychiczne albo determinować pewne predyspozycje, których realizacja jest zależna od sytuacji społecznej pacjenta i jego układów emocjonalnych. Nie ulega również wątpliwości zależność zaburzeń psychicznych od pewnych uszkodzeń mózgu w przypadkach oligofrenii, psychoz organicznych lub demencji starczej. Najbardziej sporny jest jednak problem psychoz czynnościowych, schizofrenii i depresji endogennej (zaliczanych tradycyjnie do tzw. dużej psychiatrii), zaburzeń nerwicowych i psychopatii. Metodologicznie poprawna wydaje się być teza K. Jankowskiego, że większość twierdzeń o biologicznej determinacji zaburzeń tego typu ma status wiecznych hipotez; chociaż równie nieweryfikowalne wydają się być tezy negujące biologiczną determinację chorób nerwowych. Autor zwraca uwagę na niebezpieczeństwo pospolitego błędu metodologicznego polegającego na przyjmowaniu skutku za przyczynę w sytuacji, gdy występuje korelacja dwu zmiennych. Błąd taki popełniają, zdaniem autora, zwolennicy psychiatrii biologicznej, którzy fakt istnienia zmian mózgowych u pacjentów schizofrenicznych, których długotrwała choroba zakończyła się zejściem śmiertelnym, uznają za dowód twierdzenia, że przyczyną choroby były uszkodzenia organiczne.

Powstaje więc uzasadnione pytanie: dlaczego biologiczny model psychiatrii jest tak powszechny i trwały, skoro jego skuteczność jest znikoma, a podstawowe twierdzenia mają status wiecznych hipotez. K. Jankowski podkreśla, że zachowania ludzi cierpiących na zaburzenia psychiczne zawsze naruszały „normę” społeczną, były niezrozumiałe w ramach ustalonych systemów znaczeń; a więc jednostki nie mieszczące się w ramach ustalonego porządku, budzące lęk wynikający z niezrozumienia, były izolowane nawet wtedy, gdy nie były zagrażające. Zdaniem autora, mit „obiędu masturbacyjnego” został udoskonalony na miarę epoki elektroniki, ale nadal ludzie z zaburzeniami psychicznymi, które teraz nie są traktowane jak grzech, tylko jak choroba, są izolowani przy pomocy specjalistów. Społeczeństwo zawsze było nietolerancyjne wobec zachowań niekonwencjonalnych. Współczesna wrogość wobec zjawisk niezrozumiałych przejawia się w formie zrationalizowanej i pozornie humanitarnej, bowiem wyrzucenie poza nawias społeczeństwa nazywa się leczeniem. Psychiatrzy są absolwentami szkół medycznych i biologiczna wizja człowieka jest im indoktrynowana przez wiele lat. Krytycyzm wobec modelu biologicznego jest znacznie zmniejszony, ponieważ podważenie tego modelu zagraża interesom tej grupy zawodowej. Kult fachowości i wtajemniczenia pozwala zachować prestiż społeczny i utrzymać związane z nim przywileje, a także obniżyć kontrolę społeczną działań tej grupy. Tak więc postępowanie wobec chorych psychicznie, sprowadzające się do usuwania objawów i izolacji pod pozorami leczenia leży, zdaniem autora, w interesie społeczeństwa jako całości, które eliminuje zjawiska naruszające istniejące *status quo*, oraz w interesie psychiatrów, którzy potwierdzają w ten sposób wagę swojej roli społecznej.

Refleksje na temat społecznych uwarunkowań przekonań psychiatrycznych pojawiają się wśród psychiatrów rzadko, tym bardziej, że ich przygotowanie w za-

kresie wiedzy psychologicznej, socjologicznej i etycznej nie przekracza minimum typowego dla przeciętnego obywatela, mimo że zakres ich uprawnień jest znacznie większy. W sytuacjach, gdy zmiana schematu myślenia narusza interesy grupy zawodowej i nawyki społeczne, mechanizmy eliminujące informacje, które podważają dotychczasowy porządek rozumowania, działają wyjątkowo sprawnie. Hipotezy zyskują status twierdzeń, fakty dopuszczające odmienną interpretację — miano dowodów; wątpliwości i refleksje krytyczne można wtedy zlekceważyć, ponieważ są głoszone przez ludzi nie znających się na rzeczy. Kult fachowości niejednokrotnie zwalniał od odpowiedzialności, jeżeli nie było różnic opinii wśród ekspertów. W psychiatrii kontrowersje na temat istoty choroby psychicznej trwają od dawna.

Podstawowe tezy psychiatrii humanistycznej, uwzględniające w etiologii chorób psychicznych nie tylko czynniki biologiczne, ale również społeczne o charakterze emocjonalnym, zostały sformułowane bardzo dawno. Ten nurt rozważań o przyczynach cierpienia człowieka jest tak stary, jak kultura. Przedmiotem zainteresowania psychiatrii humanistycznej jest cierpiący człowiek, a celem psychoterapii jest przystosowanie go do przetrwania w istniejących warunkach. Filozoficznym wyrazem postawy akceptacji *status quo* jest stoicyzm. Taka postawa była najczęściej zalecana ludziom cierpiącym. Istotnym novum we współczesnych nurtach orientacji humanistycznej, którą reprezentują E. Fromm, A. Maslow, E. Rogers, G. Allport, K. Lewin, F. Perls i inni, jest zwrócenie uwagi na możliwości człowieka. Dlatego we współczesnych kierunkach psychoterapii humanistycznej, zwanych czasem „trzecią siłą”, dominuje tendencja do rozwijania, a nie tylko przystosowywania człowieka. Człowiek cierpiący nie tylko powinien pogodzić się ze światem, polubić świat i siebie, ale również może i ma prawo zmieniać otoczenie i siebie. Dlatego w rozważaniach o psychoterapii w mniejszym stopniu występuje argumentacja typu: „taki już jest ten świat i trzeba się z tym pogodzić”; dominuje raczej przekonanie psychoterapeutów o tym, jaki powinien być człowiek i świat. W nowym modelu psychoterapii akceptuje się tzw. wyższe potrzeby człowieka, a nie tylko te, które muszą być zaspokojone, aby człowiek mógł przetrwać. Tak rozumiana psychoterapia wymaga rozstrzygnięć w zakresie klasycznych problemów filozofii życia: obrazu świata i człowieka — jaki jest i jakim być powinien.

Model psychoterapii w interpretacji K. Jankowskiego stanowi prawie kompletną teorię społeczeństwa, człowieka i rehabilitacji. „Można zaryzykować twierdzenie, że zdrowe psychicznie społeczeństwo wymaga spełnienia trzech warunków: produkcji, reprodukcji i więzi. O dwu pierwszych warunkach pisano obszernie. Od nich zależy zaspokojenie fizjologicznych potrzeb człowieka, a zarazem stworzenie warunków do zaspokojenia jego wyższych potrzeb psychicznych oraz ciągłość istnienia społeczeństwa. Znaczenie trzeciego warunku podkreślały natomiast od tysiącleci wszystkie religie, zarówno Wschodu, jak i Zachodu. Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile we współczesnym świecie problemami rozwiązania materialnych aspektów egzystencji człowieka zajmują się teoretycy i praktycy zgodnie z prawem efektu, o tyle problematyka więzi nadal jest przedmiotem zainteresowania filozofów i teologów. Wynikają z tego proste konsekwencje: wiemy, że to jest ważne, ale nie wiemy, jak to osiągnąć” (s. 157-158). Podkreślany przez współczesnych humanistów paradoks społeczeństwa epoki industrialnej, w którym ludzie czują się osamotnieni i zagrożeni, K. Jankowski uważa za pozorną antynomie, realistycznie oceniając szanse człowieka pozbawionego dobrodziejstw cywilizacji, które chronią go przed klęskami głodu, epidemii i nędzy. Ocena modelu społeczeń-

czeństwa z punktu widzenia potrzeb człowieka wiązała się na ogół z przekonaniem o dobrej naturze człowieka, którą niszczy społeczeństwo. Wiare w tę dobrą naturę K. Jankowski traktuje nader sceptycznie: „Przekonany jestem, że przyjmowanie przez ludzi takich wartości, jak braterska miłość czy dążenie do samorealizacji, rozumianych jako wybór i realizacja w życiu odległych wieloletnich celów, przyswajanie humanistycznych ideałów — służą rzeczywistości zdrowiu psychicznemu, jednakże są to wartości, cele oferowane przez społeczeństwo, które wielu ludzi wybiera, a nie założone w naturze ludzkiej” (s. 146).

Dla funkcjonowania człowieka jako istoty społecznej najistotniejszy jest problem więzi społecznej. Wyraża się on relacją postaw rywalizacji lub współpracy. Przewaga postaw rywalizacyjnych, typowa dla USA, zwiększa dynamikę społeczeństwa, przyspiesza jego rozwój, ale również powoduje zjawiska załamań z powodu nasilenia stresu. Przewaga postaw współpracy zmniejsza dynamikę społeczną, ale pozwala zaspokajać potrzebę bezpieczeństwa i zapewnia harmonijny rozwój. K. Jankowski przytacza wyniki badań eksperymentalnych, które wskazują, że jednostka spontanicznie przejawiająca postawę współpracy, spotykając się z atakiem związanym z rywalizacyjną postawą partnera, sama również przyjmuje postawę rywalizacyjną. Zdaniem autora, jest to reakcja normalna i wskazana w takich sytuacjach, mimo niebezpieczeństwa eskalacji agresji. Opisana prawidłowość może stanowić pewne wyjaśnienie faktu, że sukces, przynajmniej w opinii polskiego społeczeństwa, bywa podejrzany moralnie. Świadczy o tym tocząca się przed rokiem w prasie dyskusja o polskim modelu sukcesu i polskiej gloryfikacji szlachetnego cierpiętnictwa. U podstaw przekonania, że sukces można zdobyć tylko poprzez atak, a nie współpracę i że strona przegrana ma za sobą racje moralne, bo jej słabością była uczciwość, tkwi założenie, że atak nie może być uczciwy. W historii etyki atak w obronie własnych interesów bywał usprawiedliwiany moralnie (T. Hobbes), ale rzadko zalecany (F. Nietzsche). Etyka kultywowała raczej powściągliwość, była nastawiona na hamowanie spontanicznych przejawów agresywnych dążeń do zaspokojenia własnych potrzeb. Podobna orientacja występowała w klasycznych doktrynach psychoterapii.

Kazimierz Jankowski, mimo że nie formułuje tego *explicite*, jest przekonany, że atak jest nie tylko warunkiem sukcesu, ale również bywa warunkiem przetrwania i normalnego funkcjonowania. Reakcja unikania, podporządkowanie się partnerowi, który atakuje, powoduje zaburzenia emocjonalne, związane z przyjęciem postawy „osoby przegranej”, typowej dla nerwicowców. Postawa taka uniemożliwia dalszą współpracę i normalne funkcjonowanie jednostki. Często rola psychoterapeuty wobec pacjentów, którzy zamiast podjąć walkę podejmują leczenie, sprowadza się do zmiany oceny postępowania pacjenta, skłonienia do odrzucenia interpretacji typu: „zawiodłem”, a przyjęcia wyjaśnienia typu: „zostałem skrzywdzony”. Zdaniem autora, trening w zakresie umiejętności wyrażania swoich potrzeb i podjęcia ataku w obronie swoich interesów jest podstawowym czynnikiem w procesie rehabilitacji pacjentów neurotycznych.

K. Jankowski wyróżnia dwa czynniki zewnętrzne stanowiące warunek zaspokojenia potrzeb psychologicznych człowieka. „Są to: kontakt społeczny i optymalne obciążenie psychologiczne” (s. 151). Rozwinięta charakterystyka tych dwóch, tak ogólnie określonych czynników, wiążąca się z realiami życia społecznego, akcentująca potrzebę miłości, pozwala autorowi sformułować główny problem człowieka: wybór celu i sensu życia. To przekonanie jest podzielane przez wszystkich wyznawców psychiatrii humanistycznej. „Celem psychoterapii [...] jest ukształtowanie pewnego systemu wartości lub pewnego spójnego układu postaw zgod-

nych z wzorcami humanizmu [...]. Tak ukształtowane postawy stanowią z pewnością najlepszy sposób wyrwania się z izolacji społecznej, odnalezienie w innych ludziach trwałego emocjonalnego oparcia i poczucia bezpieczeństwa" (s. 256-257). Zatem, dla terapii rozwojowej ważny jest cały zespół wartości tradycyjnie związanych z pojęciem humanizmu. Jest on szczególnie ważny dla relacji psychoterapeuty i pacjenta. „Zrozumiałe jest — pisze K. Jankowski — że terapeutyczny efekt tego rodzaju konfrontacji może wystąpić wyłącznie wtedy, kiedy psychoterapeuta jest autentycznym nosicielem podstawowych wartości humanizmu: bezwzględnego szacunku dla drugiego człowieka, respektowania jego prawa do podejmowania decyzji i wyborów, preferowania jako podstawowego motywu w życiu miłości do innych ludzi nad nienawiścią i bezwzględną walką" (s. 244). Tak więc, warunkiem skutecznej terapii jest właściwa postawa psychoterapeuty, na którą składa się: akceptacja człowieka cierpiącego „samego w sobie”, przy jednoczesnym krytycyzmie wobec jego zachowań; spontaniczna chęć udzielenia pomocy, która praktycznie przejawia się w uświadomieniu pacjentowi mechanizmu jego zaburzeń, wskazaniu nowej interpretacji jego losów, przedstawieniu nowej możliwości organizacji własnego życiorysu, skłonienia do wyboru nowych celów oraz do przekonania, że realizacja nowego sensu życia jest możliwa, a świat i inni ludzie nie są zagrażający. To bardzo trudne zadanie do spełnienia. K. Jankowski podkreśla, że właściwa postawa psychoterapeuty jest raczej kwestią osobowości, a nie tylko treningu w zakresie technik leczniczych.

Autor formułuje cztery podstawowe cele psychoterapii: „wybór konkretnej własnej drogi życiowej, akceptacja siebie, pozytywne postawy wobec innych ludzi, a wreszcie bardziej realistyczne postrzeganie otaczającego świata" (s. 260). Podkreśla przy tym, że wyboru musi dokonać sam pacjent, aby móc skutecznie i z pełną odpowiedzialnością realizować nowy wzór życia. Nie oznacza to — co warto podkreślić — że psychoterapeuta nie ponosi żadnej odpowiedzialności za efekty swoich poczynań. Uświadomienie cierpiącemu człowiekowi nowej interpretacji jego sytuacji jest również działaniem, i to nieodwracalnym; wskazanie pewnych celów — gdyby okazały się nierealizowalne — może niekiedy wymagać ceny emocjonalnej, jaką się płaci za rezygnację, gdy niemożliwa jest zmiana istniejącej sytuacji.

Wvdaje się, że pewną nowością w teorii psychoterapii K. Jankowskiego, mimo ogromnego optymizmu, jest świadomość jej ograniczeń i realizm w zakresie spostrzegania możliwości pacjenta, o czym świadczy stwierdzenie: „rzeczywistości można nie akceptować, ale nie można się z nią nie liczyć" (s. 254). Zatem autor nie traktuje psychoterapii jako niezawodnego sposobu uszczęśliwiania ludzi. Omawiając historię pacjentki, która w wyniku terapii (i to ocenianej jako skuteczna) podjęła decyzję rezygnacji z zaspokojenia potrzeb emocjonalnych i erotycznych, aby móc realizować przyjęte na siebie zobowiązania rodzinne, zgodnie z uznawanymi normami moralnymi, autor stwierdza: „Po paru latach wciąż jeszcze płaciła za tę decyzję utrzymującym się w sposób niemal ciągły smutkiem i depresją" (s. 116). W tym więc wypadku psychoterapia nie usunęła wszystkich objawów, co jest jednym z celów leczenia, ale zlikwidowała poważne zaburzenia i pozwoliła pacjentce dokonać wyboru z pełną świadomością konsekwencji i odpowiedzialności za swoją decyzję. Złudzenia, że psychoterapeuta dysponuje prostą receptą na wszelkie tragedie osobiste i cierpienie zastąpi szczęściem, jest poważnym błędem, który sprawia, że niespełnienie tych nieuzasadnionych oczekiwań podważa, zdaniem niektórych, sens działań psychoterapeutycznych. Problemy egzystencjalne każdy człowiek musi rozwiązywać sam, a analiza przyczyn zaburzeń emocjonal-

nych może pomóc w uniknięciu fałszywych interpretacji sytuacji, związanych z nieodróżnianiem wpływu nastroju na ocenę faktów, i w konsekwencji zaplątania się w błędnym kole nerwicy lub depresji.

Przedstawiona w książce *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej* analiza mechanizmów zaburzeń emocjonalnych (szczególnie istotnych w dzieciństwie), prowadzących do zagubienia sensu życia (w wieku dojrzałym), podkreśla liczne niebezpieczeństwa, na jakie jest narażony każdy członek społeczeństwa. W tym kontekście pojawia się pytanie o tych wszystkich, którzy — mimo niewątpliwie niekorzystnych układów emocjonalnych w dzieciństwie i tragicznych losów — nie ulegli chorobie psychicznej. Powołując się na tezę autora, że reakcja depresyjna w bardzo trudnej sytuacji nie jest objawem chorobowym, jak oceniałaby to tradycyjna psychiatria, lecz normalną i w pełni adekwatną reakcją organizmu, którego potrzeby są notorycznie frustrowane — można by sądzić, że nadmierna odporność na stres jest patologiczna, mimo że korzystna dla jednostki i społeczeństwa. Pomijając chorobliwą niewrażliwość w stanie manii czy euforii, autor wymienia niektóre z licznych mechanizmów obronnych działających w sytuacjach długotrwałego stresu. Podkreśla wagę poczucia pełnionej misji, np.: lekarzy, pedagogów, działaczy społecznych itp., i rolę innych motywacji, które potocznie zwie się celem lub sensem życia. Nie wyjaśnia to jednak problemu, co decyduje o tym, że jedna osoba zachowa, a inna zatraci poczucie sensu życia i celowości znoszenia cierpienia, zagrożenia i samotności. Podobne refleksje zawierają liczne prace A. Kępińskiego oraz książka A. Pawełczyńskiej, *Wartości a przemoc*. Autorka podkreśla rolę klimatu emocjonalnego, który więźniowie obozu koncentracyjnego pamiętali z okresu wolności. „Zmuzułapanienie” i załamanie w warunkach obozowych, które bez żadnych wątpliwości są uznawane za nadmierny stres, jest traktowane jako reakcja normalna. Samobójstwo w warunkach pokojowych, które indywidualnie mogą być również demobilizujące psychicznie, jest tradycyjnie uznawane za przejaw choroby. Stosowane w odniesieniu do takich wypadków stwierdzenie, że decyduje o tym cały splot czynników, a więc indywidualne predyspozycje i wrażliwość, klimat uczuciowy, stopień zagrożenia lub stresu itp. — jest nieco enigmatyczne i ma chyba również status wiecznej, a więc nieweryfikowalnej, hipotezy.

Główna teza K. Jankowskiego, iż podstawową przyczyną zaburzeń psychicznych są paradoksalne efekty niezaspokojenia potrzeb emocjonalnych, wydaje się całkowicie przekonująca (co nie znaczy udowodniona) w odniesieniu do nerwicy, łącznie z histerią i fobiami, a nawet schizofrenii. Zastosowanie tego samego schematu wyjaśniania w odniesieniu do psychopatii budzi pewne wątpliwości. Można postawić pytanie: dlaczego w jednym wypadku (neurotyka) niezaspokojenie potrzeby miłości daje reakcję depresyjną, lękową, aż do ultraparadoksalnej agresji, a w innym wypadku (psychopaty) objawia się niewrażliwością (*moral insanity*) i obniżonym poziomem lęku. Wydaje się, że u podstaw tego rozumowania tkwi założenie, że istnieje pewna „norma” nasilenia potrzeby miłości. Zakładając nawet, że o stopniu nasilenia potrzeby miłości decyduje dzieciństwo, warto postawić pytanie: dlaczego tzw. choroba sieroca może się objawiać nerwicą lub psychopatią, co więcej może również minąć, nie powodując zaburzeń psychicznych. Nasuwa się przypuszczenie, że powszechność przekonania o decydującej roli zaspokojenia potrzeby miłości wiąże się z faktem, że przypadki nerwicy i schizofrenii, o nienaruszonym intelekcie i ogromnej wrażliwości, w których rola tej potrzeby jest ewidentna, są bardziej interesujące, żeby nie rzec fascynujące, dla teoretyków psychoterapii — ludzi o wyrafinowanym intelekcie i dużej wrażliwości.

Twierdzenie o wieloczynnikowej etiologii zaburzeń psychicznych, uznawane również przez K. Jankowskiego, wydaje się być najbardziej przekonujące, ale autor podkreśla, że w procesie terapii stosuje tylko środki psychologiczne. Autor nie formułuje alternatywy: albo model biologiczny psychiatrii, oparty na nieweryfikowalnym założeniu o biochemicznej lub neurofizjologicznej determinacji wszelkich zaburzeń psychicznych, albo model humanistyczny, oparty na równie nieweryfikowalnym założeniu o psycho-społecznych uwarunkowaniach wszelkich zaburzeń psychicznych. Nie sposób kwestionować roli czynników organicznych w ciężkich stanach oligofrenii, w poważnych psychozach organicznych związanych z wiałdem rdzenia, guzami mózgu, przy trwałych uszkodzeniach układu nerwowego, w wyniku silnych zatruc, okaleczeń czy chorób wenerycznych, na których koncentruje się tzw. duża psychiatria. Spór o model psychiatrii dotyczy tych zaburzeń, przy których zostaje zachowana sprawność intelektualna, a więc psychopatii (z obniżonym poziomem lęku i wrażliwości), nerwic (z podwyższonym poziomem lęku i wrażliwości) i psychoz o nie ustalonej etiologii, takich jak: depresja endogenna lub schizofrenia (z typowym zblednięciem uczuciowym i autyzmem). Postawy wobec świata przy wymienionych typach zaburzeń różnią się zasadniczo. Dla nerwicowców (poza histerią typową jest postawa unikania, poczucie przegranej, niska samoocena, uczulenie na problemy egzystencjonalne; dla psychopatów — realizacja własnych krótkoterminowych celów bez liczenia się z ogólnie przyjętymi normami społecznymi i brakiem wrażliwości wobec tzw. wyższych wartości; dla schizofreników — obojętność wobec najbliższego otoczenia przy jednoczesnym poczuciu „oślnienia” wobec wielkich problemów egzystencjalnych. Cele i sposoby rehabilitacji takich pacjentów muszą również być bardzo zróżnicowane. W tych trzech grupach chorób nerwowych pierwotne są zaburzenia emocjonalne, a zaburzenia intelektu pojawiają się epizodycznie podczas kryzysów choroby lub w późnym okresie, gdy zespół chorobowy jest już utrwalony — często w wyniku tradycyjnych form leczenia. K. Jankowski głosi konieczność spostrzeżenia „figur”: medycznej i humanistycznej w analizie tych chorób i stosowania głównie psychoterapii, jeśli stan pacjenta na to pozwala. Farmakologię autor traktuje jako zło konieczne, a stosowanie leków psychotropowych i neuroleptyków usprawiedliwia jako środek przygotowania pacjenta do podjęcia psychoterapii.

Teoria K. Jankowskiego wywołała ożywione polemiki w polskim środowisku psychiatrycznym. Można by sądzić, że jest to spór o słowa, tzn. o to, czy ta teoria winna być nazywana teorią psychiatrii humanistycznej, czy tylko teorią psychoterapii humanistycznej, gdyby nie fakt, że w tych kontrowersjach ujawniają się dużo poważniejsze problemy. Należy do nich pytanie o możliwość naukowej weryfikacji (nawet wieloczynnikowych) hipotez o podłożu nerwic, psychopatii i psychoz nieorganicznych, szczególnie schizofrenii; pytanie o skuteczność dotychczasowego systemu leczenia i związane z tym oskarżenie psychiatrii biologicznej o to, że jest „nadużyciem medycyny”. Ostrość reakcji środowiska psychiatrów wobec propozycji nowej formuły psychiatrii i leczenia, wynika nie tylko z wątpliwości o charakterze merytorycznym ani tylko z tego powodu, że został zakwestionowany status ekspertów i dotychczasowy schemat myślenia — ale również z poważnych ograniczeń praktycznych proponowanego systemu. K. Jankowski zajmuje się głównie zaburzeniami nieorganicznymi, i to we wstępnej fazie dezorganizacji osobowości, gdy zespół chorobowy nie jest jeszcze utrwalony i można wobec takich pacjentów zastosować tylko psychoterapię. „Nie chcę przez to powiedzieć — pisze autor — że udzielenie pomocy w wielu przypadkach schizofrenii czy nawet nerwic



jest łatwe i zawsze osiągalne. Chcę jedynie podkreślić to, że wiele poczynąń tradycyjnych psychiatrów pogłębia jedynie istniejące poprzednio względnie niewielkie zaburzenia. Najważniejszym argumentem przeciwko psychiatrii działającej w ramach modelu medycznego może być to, że defekt schizofreniczny jest odwracalny, czyli że możliwe jest przywrócenie pacjentów do tego sposobu funkcjonowania, który był im właściwy we wczesnych okresach choroby" (s. 360). Problem odwracalności defektu schizofrenicznego rysuje się jednak inaczej, jeśli się zważy kilka spraw, które nie zostały uwzględnione w książce *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*. Do większości psychiatrów zgłaszane są wszelkie przypadki, wśród nich głównie psychozy organiczne i utrwalone zespoły chorobowe. Większość nerwicowców korzysta na ogół z pomocy przyjaciół, bowiem opinia społeczna i atmosfera panująca w przychodniach i szpitalach skutecznie niszczy nadzieję na uzyskanie pomocy. W szpitalach psychiatrycznych pacjenci z nerwicą, psychopatią lub reaktywnymi zaburzeniami schizoidalnymi stanowią mniejszość, dla której zwyczajnie nie starcza czasu. Między innymi z tych właśnie powodów oraz dlatego, że brak jest przygotowanej kadry, nie stosuje się tam psychoterapii, a podaje leki; usuwa objawy, a nie przyczyny zaburzeń psychicznych, i w konsekwencji utrwała urazy jatrogenne. Tak więc, oskarżenie adresowane do psychiatrów można również skierować do społeczeństwa, które akceptuje istniejącą sytuację. Próba poruszenia opinii publicznej wobec poważnego i niestety narastającego problemu społecznego wydaje się działaniem godnym zainteresowania etyków, przynajmniej w zakresie tych pytań moralnych, które są formułowane w kontekście rozważań o psychoterapii humanistycznej. Analizy dotyczące mechanizmów zaburzeń emocjonalnych oraz postaw społecznych mogą być również przydatne w rozważaniach etycznych. Dla wielu ludzi w dyskusji dotyczącej pytania: dlaczego powinienem być moralny? — przekonujący może być argument, że ktoś, kto „nie dostrzega wielu realnych korzyści płynących z ułożenia sobie życia na zasadzie wzajemności, korzyści, uczciwości, i życzliwości" (s. 302), naraża siebie i innych na cierpienia związane z chorobą psychiczną.

Ludmiła Żuk-Lapińska

#### METODOLOGICZNE PROBLEMY ETYKI MARKSISTOWSKIEJ

Ł. M. Archangielskij, *Kurs lekcji po marksistsko-leninskiej etyce*, „Wyszszaja szkoła”, Moskwa 1974, ss. 317.

Książka pomyślana jest jako informator-przewodnik po zagadnieniach metodologicznych etyki współczesnej i jest przeznaczona dla studentów, doktorantów i wykładowców wyższych uczelni ZSRR. Autor — wykładowca etyki na wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Uralskiego. — zawarł w pracy własne wieloletnie wykłady i przemyślenia, podjął próbę systematyzacji problematyki etycznej. Zajmuje się więc zasadniczymi zagadnieniami rozwoju moralności w socjalizmie i komunizmie, problemem wychowania moralnego w szkole i rodzinie, problemem su-