

## Prawda i kłamstwo psychiatrii

*Truth and lie in psychiatry*

KRZYSZTOF CZUMA

*Z II Oddziału Psychiatrycznego Szpitala Nr V ZOZ w Katowicach*

**STRESZCZENIE.** *Artykuł jest osobistą refleksją związaną z dwudziestoleciami pracy autora jako psychiatry. Niektóre idee i teorie pojawiające się w psychiatrii rozważane są w kategoriach prawdy i kłamstwa. Analizowane są m. in. takie zagadnienie, jak: definicja zdrowia i choroby psychicznej, fenomen urojeń, metodologia w badaniach empirycznych w psychiatrii, etyczne aspekty "deinstytucjonalizacji", poczytalność chorych na schizofrenię.*

**SUMMARY.** *The author's personal reflections in connection with his 20 years' anniversary of work as a psychiatrist are presented. Some ideas and theories emerging in psychiatry are considered in terms of truth and lie. Such problems are taken under consideration, as e.g. the definition of mental health and mental illness, the phenomenon of delusions, methodology of empirical research in psychiatry, ethical aspects of "deinstitutionalization", accountability of schizophrenic patients.*

**Słowa kluczowe:** psychiatria / prawda i fałsz / refleksja filozoficzna

**Key words:** psychiatry / truth and falsehood / philosophical reflection

### I

Historycy uważają, że dopiero poprzez dogłębne poznanie przeszłości możliwe stają się zrozumienie i prawidłowa interpretacja wydarzeń czasu obecnego. Zmniejsza to ryzyko popełnienia tych błędów, które były udziałem naszych poprzedników i przodków. I być może dość powszechna wśród lekarzy nikła znajomość dziejów medycyny jest jedną z przyczyn postaw, które tak dawniej, jak i współcześnie powodują, że zasadniczym zarzutem wysuwanym pod ich adresem jest arogancja wobec chorych. Arogancja ta osiągnęła już jednak takie rozmiary, iż wywołała społeczny odruch samoobrony, który zaowocował inicjatywami ustanowienia karty praw pacjenta czy powoływania rzeczników ich praw wobec instytucji szpitala.

Jest to sytuacja nieco irracjonalna zwłaszcza, że przecież od zarania swej historii medycy wszem i wobec głosili, że ostatecznym

sensem i celem ich pracy jest niesienie pomocy i ulgi tym, którzy mieli nieszczęście zachorować, tzn. właśnie pacjentom. Słowo pacjent wywodzi się jak wiadomo z łaciny i oznacza cierpiącego. Warto jednakże uzmysłwić sobie, że rzeczownik "cierpienie" nie tylko fonetycznie, ale i semantycznie spokrewniony jest z innym - z "cierpliwością". Zaiste bowiem wielką cierpliwość wobec lekarzy wykazywali chorzy, u których przez stulecia jako podstawową formę leczenia stosowano środki przeczyszczające, wymiotne i upusty krwi. Praktyki te wywodzące się z nauki o patologii humoralnej Hippokratesa znajdowały swe uzasadnienie i potwierdzenie w teoriach powstałych wieśset lat później. Dotyczy to np. osiemnastowiecznej koncepcji znanego także z historii psychiatrii Cullena rozpowszechnionej w znacznej części Europy pod nazwą teorii przeciwbodźców. Zakładała ona, że w tzw. stanach stenicznych, a należały do nich takie objawy jak podwyższona ciepłota ciała, przy-

<sup>1</sup> Wystąpienie na sesji "Refleksje wokół psychiatrii", w czasie 38 Zjazdu Psychiatrów Polskich we Wrocławiu, w maju 1995 r.

spieszona akcja serca, wzmożona potliwość (objawy większości chorób infekcyjnych) itp. należy zgodnie z zasadą *contraria contrariis*, osłabić stan pobudzenia organizmu i bezwzględnie zastosować upust krwi. O żyjącym w epoce Napoleona profesorze medycyny Franciszku Broussair, który i na katar zalecał kilkakrotne upusty, mówiono że w swej klinice przelał nie mniej krwi aniżeli Cesarz we wszystkich swych bitwach [9]. Pomijając więc okres ostatnich 150 lat (nie wolny wprawdzie od wielu tragicznych pomyłek i błędów, ale w którym medycyna odniosła niezaprzeczone wielkie sukcesy), to o epokach wcześniejszych z pewną tylko przesadą można powiedzieć, że wśród chorych, którzy i wówczas dochodzili do zdrowia, wielu było takich, którym udawało się przeżyć nie tyle dzięki medycynie, co pomimo niej.

Czym więc wytłumaczyć fakt, że mimo tak marnych efektów dawnej medycyny chorzy i wówczas poszukiwali pomocy u lekarzy. Cóż, decydowały o tym te same okoliczności które powodują, że i współcześnie pacjenci poddają się różnym formom terapii, które nie tylko nie są uznawane przez medycynę naukową, ale często traktowane jako wręcz szkodliwe. I jest to przede wszystkim potrzeba odnalezienia nadziei. Oferowały ją zawsze znachorstwo i szarlataneria, które mają swą odrębną historię. Stosunkowo nowym wynalazkiem jest wszystko to, co zawiera się w pojęciu paramedycyny. Jej istotnym wyróżnikiem jest jednak to, że większość ofert postępowania terapeutycznego kwalifikujących się właśnie tu (od bioenergoterapii po cudowne wkładki do butów) obudowana jest jakimś założeniami teoretycznymi uzasadniającymi ich stosowanie. Z reguły są to konstrukcje czysto spekulatywne, mniej lub bardziej naiwne, choć czasami posługujące się "naukową" frazeologią. Trzeba przy tym przyznać, że często wobec tych pseudonaukowych koncepcji medycyna bywa zupełnie bezradna, bowiem zasadniczym argumentem, jaki można przeciw nim wytoczyć, jest właśnie ich "nienaukowość" tzn. brak możliwości empirycznego potwierdzenia, ale i

jednoznacznego odrzucenia. Stąd być może dająca się zaobserwować wzrastająca tolerancja oficjalnej medycyny wobec tego typu pomysłów, choć jak się wydaje jest to też wyrazem swoistego "znaku czasu" końca XX wieku, kiedy realnym staje się to, co do niedawna jeszcze opisywała jedynie literatura *science fiction*.

Dziedzina, która z różnych względów stwarza najwięcej możliwości pojawienia się tego typu idei jest psychiatria. Składa się na to szereg przyczyn, m.in. problemy teoretyczne i metodologiczne, z jakimi się ona boryka, a które sprawiają, że np. zarzut tradycyjnie pojętej nienaukowości nie jest w jej obrębie czymś jednoznacznie dyskwalifikującym. Stale jest on np. podnoszony wobec psychoanalizy wcale nie zmniejszając liczby jej zwolenników. Jest to więc trochę tak, jak z opętaniem i egzorcyzmami. Psychiatria nie dysponuje dowodem, że nie ma diabła.

## II

Jednym z ciągle aktualnych problemów teoretycznych psychiatrii jest zdefiniowanie pojęcia zdrowia i choroby psychicznej.

Zanim psychiatria ukonstytuowała się jako pełnoprawna dziedzina medycyny klinicznej z pytaniem o to, czym są nienormalność i choroba umysłowa próbowali mierzyć się filozofowie. Emil Littre, filozof i językoznawca, autor słynnego słownika języka francuskiego (1863-1872) określił istotę choroby umysłowej w sposób następujący: "*obłąkanym (czyli umysłowo chorym) jest ten, kto stracił rozum*". Ponieważ człowiek pozbawiony rozumu nie może działać i mówić rozumnie, to chorym umysłowo jest ktoś nierozumny czyli głupi. Utożsamienie choroby umysłowej z głupotą jest i współcześnie dość bliskie potocznemu wyobrażeniu o zaburzeniach psychicznych. W przeszłości bywało już niestety tak, że niektóre nazwy psychiatrycznych zespołów chorobowych przenikały do języka potocznego w charakterze inwektywy - np. idiota, imbecyl, psychopata, zбочeniec itp. Z konieczności zosta-

ły zastąpione innymi określeniami. W ostatnich latach natomiast, zwłaszcza w okresie wzmożonej walki i potyczek politycznych daje się zaobserwować niepokojące nowe zjawisko - popularne stają się zwroty w rodzaju "to jakaś schizofrenia", "żyjemy w świecie schizofrenicznym" itp., stosowane z upodobaniem tak w publicystyce, jak i w publicznych wystąpieniach polemizujących ze sobą polityków. Nie sądzę, ażeby i w tym wypadku dobrą metodą było wykreślenie nazwy "schizofrenia" z języka medycznego. Raczej należy dążyć do tego, by uczynili to rodzimi polityczni adwersarze poprzez oprostowanie każdego wystąpienia, w którym słowo "schizofrenia" użyte zostało jako epitet. Wracając do filozofów. Niewątpliwie bliższe prawdy aniżeli definicja Littré'go, jest sformułowanie Voltaire'a - *"obłąkanie jest chorobą, która nie pozwala człowiekowi nią dotkniętemu myśleć i działać jak inni"*. Wiadomo jednak, że nie wszystkie idee Oświecenia wystarczająco głęboko zakorzeniły się w świadomości społecznej. W dobie współczesnej zadanie zdefiniowania tego, czym zajmuje się psychiatria, dookreślenie przedmiotu jej zainteresowania, w sposób naturalny i oczywisty spoczęło na psychiatrach. Stało się to jeszcze bardziej pilne w związku z działaniami zmierzającymi do większego zainteresowania opinii publicznej losami i warunkami leczenia ludzi chorych psychicznie. W okresie dyskusji nad *Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego*, a także już po jej uchwaleniu, jasnej i klarownej odpowiedzi na pytanie, co to jest choroba psychiczna stale domagają się środowiska prawnicze, pomocy społecznej i przedstawiciele mediów. To, czego dowiadują się od psychiatrów uznają za niewystarczające i niesatysfakcjonujące. Na czym polega trudność? Wynika z nieporozumienia. Oczekiwanie na definicję jest oczekiwaniem na podanie uniwersalnej istoty obejmującej wszystkie choroby i kategorie zaburzeń psychicznych i to w formie zrozumiałej dla nieprzygotowanego odbiorcy. Usiłując sprostać temu postulatowi podjęty został niebagatelny wysiłek intelektualny, którego wy-

razem jest np. 20 definicji zdrowia psychicznego [6]. Jeżeli udałoby się trafnie określić czym jest zdrowie, byłyby to, jak się wydaje znaczący krok naprzód w odkrywaniu czym jest choroba. Ta droga niestety nie spełniła pokładanych w niej nadziei, a co więcej - prowadzi na manowce. Manipulując bowiem pojęciem normy w sposób arbitralny z klasyfikacji DSM-III i konsekwentnie DSM-IV usunięty został homoseksualizm, choć jako parafilia traktowane są w dalszym ciągu np. ocieractwo czy "mały" fetyszyzm. Nie miejsce tu ażeby przytaczać wszelkie argumenty przemawiające "za" lub "przeciw" takiemu podejściu do homoseksualizmu. Niewątpliwie jest wszakże, że przesłanki o charakterze społecznym zdecydowały o normie medycznej. I choć kryteria społeczne i biologiczne wzajemnie się przenikają i bywają trudne do rozdzielenia w ustalaniu norm, zwłaszcza w psychiatrii, to w tym przypadku aspekt biologiczny został całkowicie zlekceważony i pominięty. Jest to swoiste, niezamierzone, osiągnięte wprawdzie rykoszetem, ale jednak zwyczajstwo "antypsychochirurgii", będące jednocześnie największym "oszustwem psychiatrii" ostatnich lat. Ma ono swe reperkusje społeczno-polityczne. Tak oto okazuje się, że pozornie niewinna dyskusja dotycząca normy psychicznej może wytyczać linię podziału pomiędzy partiami politycznymi. Jeśli więc kryterium "normy" doprowadziło do tak zadziwiających efektów, to co z definicją patologii?

Przyjrzyjmy się jak sobie z tym radzą koledzy z innych dziedzin medycyny. Internista czy chirurg stając przy pacjencie nie rozważa ogólnej definicji choroby. Także podręczniki, z których czerpie wiedzę całkowicie pomijają ten problem. Dysponując odpowiednim instrumentarium, na które składa się badanie przedmiotowe, podmiotowe i badania dodatkowe, lekarze ci przystępują do rozwiązania konkretnego problemu klinicznego. Dla psychiatry takim podstawowym instrumentarium jest psychopatologia. Posługując się nią psychiatra jest w stanie rozstrzygnąć zakres i celowość swojej interwencji. W tym sensie

psychiatria, jak i inne specjalności medyczne stanowią wiedzę ekspercką i nie jest możliwe zawarcie całego jej zakresu w jednej ogólnej formule. Będzie to zawsze mniej lub bardziej udany opis.

### III

Jak powiedziano wyżej, podstawowym narzędziem, którym posługuje się psychiatra w swej działalności lekarskiej, jest psychopatologia. Przed 20 laty, kiedy rozpoczynałem swą przygodę z psychiatrią, dominował pogląd, że postęp w diagnostyce psychiatrycznej dokona się głównie dzięki odkryciom biochemicznym. Atrakcyjną i bliską wydawała się wizja, kiedy to po pobraniu krwi i moczu, następnego dnia będziemy mogli odpowiedzieć pacjentowi na pytanie, czy jest chory na schizofrenię, czy też to "tylko" nerwica. Psychopatologia wydawała się wiedzą archaiczną i zamkniętą. Cóż można było jeszcze dodać do definicji halucynacji. Następne kilkanaście lat zasadniczo zweryfikowały ten pogląd. Jeżeli nastąpił wzrost poziomu w diagnostyce psychiatrycznej, to stało się tak dzięki technikom obrazowym i właśnie psychopatologii, której rozkwit mamy okazję obserwować.

W obrębie psychopatologii opisano olbrzymią ilość różnorodnych objawów i zespołów chorobowych. Ażeby się o tym przekonać wystarczy zajrzeć do któregośkolwiek leksykonu psychiatrycznego. Wartość diagnostyczna poszczególnych syndromów i symptomów jest oczywiście różna. Niektóre mają charakter incydentalny i efemeryczny, inne mają wartość zasadniczą, niekiedy rozstrzygającą. Do tej drugiej grupy należą niewątpliwie urojenia. Literatura na temat natury urojeń jest niezwykle obszerna [5], ale chciałbym zwrócić uwagę na jeszcze jeden fenomen związany z tym objawem. Psychopatologia nie dopracowała się klarownej i pełnej definicji urojenia, a pomimo tego psychiatra w zasadzie nie ma poważniejszych problemów z ich rozpoznaniem. Jak to się dzieje? Lekarz uczy się swej sztuki czytając podręczniki, publikacje i praktykując

u boku i pod nadzorem swego nauczyciela. W psychiatrii, w odróżnieniu od innych dyscyplin medycznych szczególnym źródłem wiedzy są również pacjenci. Pomimo podobnych źródeł, z których czerpane są wiadomości w gronie lekarzy (w tym psychiatrów) zawsze są lepsi i gorsi diagności (w zależności od większej lub mniejszej intuicji klinicznej). Racjonalna analiza struktury podejmowania decyzji diagnostycznych nie wyjaśni natury tego zjawiska. Jedynym nasuwającym się rozwiązaniem jest odwołanie się do Kuhna [8], który w obrębie każdego obowiązującego paradygmatu wyodrębnił "wiedzę utajoną". W odniesieniu do zagadnień medycznych to, co mieści się w pojęciu "wiedzy utajonej" można by określić mianem metawiedzy klinicznej. Chłonność na ten gatunek wiedzy określa poziom talentu lekarskiego. O ile w innych specjalnościach medycznych obudowanych aparaturą laboratoryjną zakres "wiedzy utajonej" w podejmowaniu rozstrzygnięć diagnostycznych znacznie się skurczył o tyle w psychiatrii jest on w dalszym ciągu bardzo znaczny. Oczywistym dowodem jest właśnie fenomen urojeń.

Postęp wiedzy ludzkiej w obrębie nauk przyrodniczych (w tym medycyny) dokonuje się niezwykle szybko i dynamicznie. Kanony postępowania lekarskiego obowiązujące wczoraj, dziś stają się nieaktualne, zaczynają obowiązywać nowe. Odnosi się to również w jakiejś mierze do psychiatrii, która z drugiej strony jest chyba jedyną specjalnością medyczną, której przyswojenie i zrozumienie jest związane z lekturą dzieł powstałych kilka - lub nawet wiele dziesiątek lat temu. Myślę tu o twórczości m.in. Freuda, Junga, Horney, Fromma czy Kępińskiego. Nieprzypadkowo użyłem tu określenia twórczość. Ciągła popularność i poczytność ich dzieł, to nie tylko wiedza i nowatorska myśl, ale także talent literacki. Byli artystami. Dzięki nim literatura "naukowa" jest jednocześnie (okazuje się to możliwe) literaturą "piękną". Posługując się słowem i intuicją twórcy odślaniają przynajmniej częściowo to co zostało określone mia-

nem metawiedzy, która jest poza zasięgiem racjonalnej analizy. Od tej metawiedzy, w której tkwi być może istota poznania chorego oddalają nas natomiast te liczne skale, inwentarze, kwestionariusze mające służyć podobno wzrostowi poprawności metodologicznej w badaniach empirycznych w psychiatrii, a także (wg ich autorów) być pomocne w rozstrzygnięciu dylematów diagnostycznych. Doszło do tego, że nieomal każdy istotniejszy objaw czy zespół ma swoją jedną lub kilka skal, a publikacje oparte o taką metodologię zapełniają piśmiennictwo psychiatryczne. Otóż ten kierunek "unaukowania" psychiatrii poprzez mnożenie takich "narzędzi badawczych" jest w istocie iluzją. Ich przydatność (np. ocena skuteczności leków) jest ograniczona, a ponadto, uśredniając, okazując co najwyżej jedynie jakąś tendencję, oddalają nas od prawdy o chorym w dodatku nudząc go, bo nieciekawe są wszelkie uproszczenia nie mające swego wymiaru praktycznego, a jedynie z założenia poznawczy.

#### IV

Jedynym źródłem opanowujących czasami psychiatrię ideologii i doktryn są nauki o orientacji humanistycznej. Problemy i komplikacje pojawiają się wówczas, kiedy nurty te z założenia negują sensowność podejścia klinicznego. Tak było z "antypsychiatrią", czy jeszcze kilkanaście lat temu z psychiatrią środowiskową. Doświadczenie wszak jest takie, że wszędzie tam, gdzie w owym okresie objawiali się bojownicy psychiatrii środowiskowej z pomysłami powoływania takich czy innych służb, ale w opozycji, "alternatywnie" do struktur już istniejących, prędzej czy później okazywało się, że służby te nie miały szans przetrwania i zamierały wraz zapałem inicjatorów. Obecnie wiemy, że psychiatria środowiskowa nie jest alternatywą stanu zastanego, lecz raczej logiczną i naturalną konsekwencją zmian zachodzących w psychiatrii od lat kilkudziesięciu, m.in. dzięki osiągnięciom farmakologii. Pierwsza więc uwaga to

ta, że proces którego jesteśmy świadkami i uczestnikami nie powinien być postrzegany w kategoriach rewolucji z założenia burzącej to, co stare, by na zgłiszczach budować lepszy, nowocześniejszy "psychiatryczny" ład. I drugie zastrzeżenie: pomysły i propozycje terapeutyczne wyrosłe na gruncie nauk humanistycznych, zanim zostaną wprowadzone do praktyki klinicznej winny podlegać podobnym procedurom kontrolnym, jak nowy farmaceutyk.

Dwadzieścia lat temu z jak najlepszymi intencjami rozpoczynałem pracę w dużym szpitalu psychiatrycznym. W niedługim czasie dowiedziałem się (był to przewodni temat konferencji i sympozjów), że tego typu placówka to szpital "tradycyjny", stanowiący instytucję totalitarną o ściśle hierarchicznej piramidzie władzy, w której najbardziej poślednie miejsce przypada pacjentom. Chorzy są tu bowiem poddawani różnorodnym procedurom "ogałającym", barbarzyńskim formom terapii (EW i śpiączki insulinowe), a "narzucona" i "wymuszona" beczynność prowadzi do hospitalizmu czyli zespołu błędnej adaptacji. Gdyby nie było "tradycyjnych" szpitali, to nie byłoby też i chorych, gdyż oni są "produktem" hospitalizacji. W gronie psychiatrycznych rówieśników z ożywieniem dyskutowaliśmy nad tezami zawartymi w wydanych właśnie książkach: *"Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej"* [7] czy *"Terapii społecznej w psychiatrii"* [2]. Wzbierała pierwsza fala "deinstytucjonalizacji" i walki z przewleklą hospitalizacją. W poczuciu spełnienia niezwykle ważnej misji, a także motywowani chęcią uszczęśliwienia naszych chorych przystąpiliśmy do rozwożenia ich do domów. Zwłaszcza tych, którzy w szpitalnym "piekle" spędzili kilka, kilkanaście lat. W praktyce odbywało się to tak, że po wytropieniu adresu bliższej lub dalszej rodziny, eskorta złożona z młodego psychiatry i psychologa wprowadzała pacjenta i opowiadając o nieszczęściu przebywania w szpitalu, odwołując się do solidarności ludzkiej i rodzinnej powinności, pozostawiała go w mieszkaniu onie-

miały z wrażenia krewnych. Protestującym i przerażonym chorym mówiliśmy, że tu będą szczęśliwsi, tu będzie im lepiej. Pacjenci oczywiście szybko wracali do szpitala a my po przeczytaniu wspomnianych wyżej lektur, z poczuciem winy przepisywaliśmy im neuroleptyk, utwierdzając się w przekonaniu, że świat został źle pomyślany skoro rodziny mogą zachowywać się tak "wrednie". Klasyczna sytuacja ustrojowa, w której doktryna określa co dobre, a co złe i dyktuje postępowanie "w imię najlepiej pojętych interesów chorego".

Kwestia zmiany struktury stacjonarnego leczenia psychiatrycznego, w tym znaczne zmniejszenie liczby łóżek w "tradycyjnych" szpitalach psychiatrycznych, ponownie staje się tematem dnia. Towarzyszyć temu winna jednak pogłębiona refleksja i rozważenie np. takiej okoliczności, że liczba samobójstw popełnianych na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych jest wielokrotnie wyższa aniżeli na oddziałach subrejonowych dużych szpitali. Nie dysponuję danymi krajowymi, obserwacja ta dotyczy woj. katowickiego.

Innym przykładem doktrynalnego podejścia do zagadnień zdrowia i choroby jest praktyka psychiatrii sądowej. Obowiązujący tu paradygmat zakłada, że chory na schizofrenię jest niepoczytalny i (cyt. za Szymusikiem [1]):

*"..Odnosi się to również do tych osób, które kierowały się pozornie zrozumiałymi motywami. Ludzie zdrowi bowiem nie są w stanie zrozumieć wszystkich motywów, które mają wpływ na zachowanie się schizofrenika. Zachowanie się tych chorych wynika łącznie z pobudek, tych rozumiałych i tych patologicznych".*

Mam głębokie wewnętrzne przekonanie, że kilkakrotnie w swej karierze biegłego, opiniując zgodnie z powyższą opcją, poświadczyłem nieprawdę. I jeszcze dwie uwagi związane z tym zagadnieniem - doktryna ta pogłębia alienację społeczną chorych, przez niektórych z nich jest przeżywana głęboko i boleśnie jako uwłaczająca im jako osobom. Coraz wyraźniejszy jest też dysonans pomiędzy taką pra-

ktyką psychiatrii sądowej, a innymi rozwiązaniami prawnymi zawartymi np. w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego*. Chodzi tu zwłaszcza o zasady przyjmowania chorych do szpitala.

## V

Czy i co można przeciwstawić doktrynom i ideologiom? Odpowiedź wymaga poszerzenia aparatu pojęciowego o sformułowania i określenia, którymi na codzień nie posługuje się psychiatria czy psychologia. Wysunięte poniżej tezy poziomem uogólnienia wkraczają w obszary zarezerwowane dla filozofii. Jednakże, jak wiadomo, filozofia i psychiatria niejednokrotnie inspirowały się w swych dociekaniach. Filozofia bywa pomocna wobec tych zagadnień, na które empiria naukowa nie udziela jednoznacznych odpowiedzi - np w dyskusji na temat holistycznej i nieholistycznej koncepcji schizofrenii.

Wracając jednak do zasadniczej kwestii. To, co jest naszą psychiatryczną powinnością, dążność do możliwie pełnego zrozumienia pacjenta, który w różnych koncepcjach sprowadzany jest do roli socjologicznego lub biologistycznego przedmiotu, wymaga, by dojrzeć w nim także zdolną do czucia i reagowania podmiotowość [4]. Uproszczenie polegające na postrzeganiu chorego jedynie jako efektu obróbki środowiskowej prowadzi do takiego samego zniekształcenia, jak biologistyczne traktowanie objawów jako bezpośredniej konsekwencji uszkodzenia mózgu. Tak więc zachowaniom i postawom pacjentów, które interpretowane bywają jednostronnie w zależności od preferowanej opcji, należy przypisać i poddać analizie podmiotową intencjonalność. To ona potwierdza istnienie jakości trudnych wprawdzie do zdefiniowania werbalnego, ale dających doskonale zrozumieć się przeżyciowo, takich jak godność czy problematyka egzystencjalna. Dopiero ich uwzględnienie decyduje o podmiotowym, indywidualnym widzeniu drugiego człowieka.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Cieślak B., Spett K., Szymusik A., Wolter.,: Psychiatria w procesie karnym. Wydawnictwo Prawnicze, W-wa 1991
2. Clark H.D.: Terapia społeczna w psychiatrii. PZWL, W-wa 1978
3. Eysenck H.J.: Sens i nonsens w psychologii. PWN, W-wa 1971
4. Frankl E.V.: Homo patiens. Instytut Wydawniczy PAX, W-wa 1976
5. Grzywa A.: Tendencyjność myślenia. Wydawnictwo Delfin, Lublin 1995
6. Hołyst B.: Rola higieny psychicznej w promowaniu zdrowia. *Zdrowie Psych.* 1987 184191.
7. Jankowski K.: Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej. PIW, W-wa 1975
8. Kuhn T.S.: Struktura rewolucji naukowych. PIW, W-wa 1968
9. Seyda B.: Dzieje medycyny w zarysie. PZWL, W-wa 1977.

*Adres: Lek. Krzysztof Czuma, ul. Wajdy 2 m. 64, 40-175 Katowice*