

Ewa KLIMOWICZ

### Spór o kryteria zdrowia psychicznego w świetle etyki

A Controversy over the Criteria of Mental Health in the Light of Ethics

Do powszechnie przyjętych należy opinia, że sprawca musi działać świadomie, aby mógł podlegać ocenom moralnym; że istotnym warunkiem moralnej odpowiedzialności jest umyślność czynu, przez którą najczęściej rozumie się pewne nastawienie woli, przejawiające się w podjęciu tego właśnie, a nie innego działania oraz poczytalność jako możliwość kierowania swoim postępowaniem.<sup>1</sup> Warunki te uwzględnia także prawodawstwo, które uzależnia wysokość kary od okoliczności, w których działał sprawca, i od stanu psychicznego, w jakim znajdował się w momencie popełnienia przestępstwa. Tak np. polski kodeks karny stanowi, że nie podlega karze, kto w chwili działania z powodu niedorozwoju psychicznego, choroby psychicznej lub innych zaburzeń psychofunkcyjnych nie mógł działać świadomie, nie rozumiał znaczenia swojego czynu lub nie mógł pokierować swoim postępowaniem. Pojęcie odpowiedzialności prawnej i moralnej zakłada więc pewną koncepcję zdrowia psychicznego i odwołuje się do pewnych kryteriów normalności psychicznej i poczytalności sprawcy.

Jak wiadomo, stan zdrowia lub stan choroby psychicznej — podobnie jak somatycznej — wiąże się z szeregiem uprawnień i obowiązków człowieka. Tak np. spełnienie kryteriów normalności przesądza o przyznaniu jednostce swobody w podejmowaniu decyzji i stanowieniu o sobie; łączy się z prawem do bycia traktowanym serio, z prawem do prestiżu społecznego i do protestu przeciwko naruszaniu wolności osobistej. Wszystkie wymienione tu przykładowo wartości są zbyt ważne dla każdego, by dysponowanie nimi mogło

<sup>1</sup> Por. na ten temat M. Ossowska: *Podstawy nauki o moralności*, roz. VII, Warszawa 1966.

być uzależnione od niejasnych, ogólnikowych lub dowolnie formułowanych zasad. Pojęcie normy i zdrowia psychicznego ma przeto istotne znaczenie praktyczne i ważną wymowę moralną.

W potocznym ocenianiu moralnym na ogół bierzemy pod uwagę obiegowe, intuicyjnie uchwytnie i rzadko dokładnie werbalizowane kryteria normalności lub zdrowia psychicznego. Kształtują się one żywiołowo i w trakcie doświadczania tego, jak w przeważającej większości zachowują się ludzie, wśród których żyjemy. Twierdzimy np., że każdy dorosły, normalny człowiek posiada zdolność przewidywania konsekwencji swych czynów i na tej podstawie głosimy, że sprawca mógł przewidzieć skutki swego zachowania, gdyby taki trud sobie zadał. Tracimy jedną pewność, gdy przyjdzie nam dokładnie określić, jaki zakres skutków należy brać pod uwagę, aby działanie mogło być uznane za świadome i odpowiedzialne. Dokładne określenie tego zakresu prawdopodobnie nigdy nie będzie możliwe ze względu na zmienność i stopień skomplikowania różnych sytuacji życiowych. W ocenianiu moralnym musi więc funkcjonować założenie o istnieniu w świadomości każdego człowieka jakiegoś nieokreślonego, przeciętnego zasobu informacji o związkach przyczynowo-skutkowych, do którego się odwołujemy, twierdząc, że mógł on przewidzieć konsekwencje swego czynu.

Nieprecyzyjność i nieokreśloność kryteriów oceniania nie jest zbyt wielką wadą moralności, ponieważ sankcje, jakimi ona dysponuje nie powodują na ogół drastycznych dla sprawcy skutków. Natomiast w prawnym ocenianiu, zwłaszcza w odniesieniu do czynów podpadających pod kodeks karny, posługiwanie się nieprecyzyjnymi kryteriami może spowodować skutki drastyczne dla sprawcy i nieodwracalne (np. karę śmierci lub ograniczenie wolności). Zważywszy na to, można by się spodziewać, że pojęcia normalności i zdrowia psychicznego są w prawodawstwie dokładnie określone i pedantycznie stosowane. Niestety, tak nie jest. W praktyce kolegia orzekające posługują się obiegowymi, potocznie funkcjonującymi pojęciami normalności i tylko w wyjątkowych wypadkach sędziowie odwołują się do orzecznictwa biegłych sądowych: psychiatrów lub psychologów. W takiej praktyce nie byłoby może nic niepokojącego, gdyby powoływani na biegłych specjaliści dysponowali jakimś powszechnie przyjętym i obiektywnym kryterium normalności. Okazuje się jednak, że w nauce powołanej do zajmowania się sprawami zdrowia i choroby psychicznej, tj. w psychiatrii, nie odnajdzie się żadnego obiektywnego i niekwestionowanego przez nikogo kryterium normalności psychicznej, a pojęcie zdrowia psychicznego ciągle wywołuje żywe spory wśród specjalistów.

O ile kryteria zdrowia fizycznego — mimo występujących czasem wątpliwości co do szczegółowej diagnozy — są dość dokładnie określone i po-

wiązane z wiedzą z zakresu anatomii i fizjologii, to pojęcie i kryteria zdrowia psychicznego od dziesięcioleci stanowią przedmiot dyskusji i sporów wśród profesjonalistów. Tak np. jeżeli lekarz ogólny, badając poziom hemoglobiny lub cukru we krwi pacjenta, ma wątpliwości, czy wskazany wynik mieści się jeszcze w granicach fizjologicznie dopuszczalnej normy, może on sięgnąć do podręcznika i stwierdzić, jaką skalę wielkości i przy jakiej metodzie laboratoryjnego badania uważa się jeszcze za normę. W odniesieniu do zjawisk psychicznych, a nawet zachowań człowieka, żadnej takiej normy po prostu nie ma i w żadnym podręczniku psychiatrii jej się nie odnajdzie. Powstaje więc pytanie, skąd psychiatra czerpie swoje wzorce, orzekając występowanie u badanego jakichś psychicznych dewiacji? Jakimi metodami badania się posługuje i czy przyjmowana przez niego koncepcja zdrowia psychicznego ma walor obiektywnie ustanowionej i naukowo uzasadnionej? Ze względu na praktyczne skutki, jakie dotyczą każdego, kto podlega psychiatrycznemu diagnozowaniu, sądzę, że warto poddać analizie neutralność etyczną podstawowych kategorii psychiatrii. Jest bowiem zjawiskiem niepokojącym występująca w niej tendencja do zacierania różnic między diagnozą psychiatryczną a oceną moralną.

Ze względu na brak kompetencji nie mam zamiaru poddawać psychiatrii krytyce metodologicznej. Ograniczę się tylko do przytoczenia opinii K. Jankowskiego, który autorytatywnie stwierdza, że „znakomita większość psychiatrycznych procedur diagnostycznych nie posiada naukowej podstawy”, a formułowane diagnozy często diametralnie się różnią. Świadczą o tym liczne badania empiryczne, podejmowane właśnie w celu sprawdzenia stopnia zgodności diagnoz psychiatrycznych stawianych tym samym pacjentom przez specjalistów o odmiennych orientacjach teoretycznych. Tak np. stwierdzono<sup>2</sup>, że najwyższą zgodność uzyskuje się w przypadkach chorób psychicznych uwarunkowanych somatycznie; dość wysoką — w odniesieniu do bardzo ogólnie sformułowanych kategorii diagnostycznych; natomiast już w wypadku szczegółowych jednostek chorobowych zgodność diagnoz spada do połowy, by przy zaburzeniach typu nerwicowego zbliżyć się niemal do zera. Innego typu badania świadczą o daleko posuniętym relatywizmie w traktowaniu kategorii zdrowia lub choroby psychicznej przez zinstytucjonalizowaną psychiatrię. Tak oto przeprowadzono eksperyment<sup>3</sup> dla sprawdzenia, czy osoby bez wątplenia zdrowe psychicznie umieszczone w szpitalu psychiatrycznym w charakterze pacjentów zostaną przez perso-

<sup>2</sup> Na podstawie K. Jankowski: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej*, Warszawa 1975, s. 34–35.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

nel potraktowane jak symulanci. Wynik tego eksperymentu przeszedł oczekiwania organizatorów. Okazało się bowiem, że zasugerowana personelowi szpitala wątpliwość co do zdrowia psychicznego rzekomych pacjentów skłaniała do usilnego poszukiwania u badanych jakichkolwiek symptomów choroby psychicznej. W rezultacie wszystkie osoby grające w eksperymencie rolę „chorych” wypisywano po dłuższym lub krótszym pobycie w szpitalu z rozpoznaniem jakiejś dewiacji. Wszyscy też byli poddawani leczeniu różnymi środkami farmakologicznymi.

Tak daleko posunięta relatywizacja pojęcia „zdrowie psychiczne” i rozbieżność diagnoz psychiatrycznych świadczy o ciągle trwającym w niej kryzysie, który budzi wątpliwości co do jej statusu naukowego. Nadal bowiem ścierają się w niej dwa główne nurty, trafnie przez K. Jankowskiego nazwane „orientacją biologiczną” i „orientacją humanistyczną”. Pierwszy z nich poszukuje przyczyn zaburzeń psychicznych w czynnikach somatycznych; pojęcie zdrowia psychicznego definiuje w kategoriach biologii i medycyny oraz stosuje terapię głównie farmakologiczną. Zwolenników drugiej orientacji, mimo licznych różnic, łączy poszukiwanie przyczyn tych zaburzeń w czynnikach psychologicznych i/lub środowiskowych; pojęcie zdrowia psychicznego definiują oni w kategoriach psycho-socjokulturowych; proponują też różne formy terapii oparte głównie na oddziaływaniu słowem, przykładem, per-swazją itp.

Oba te nurty mają swoje zalety, ale także wady. Jeżeli chodzi o „psychiatrię biologiczną”, jej przedstawiciele przyjmują założenie o możliwości sformułowania aksjologicznie neutralnej definicji zdrowia lub choroby psychicznej, poszukując ich obiektywnych wyznaczników w sferze somatycznej; kryteria zdrowia wiążą z prawidłowymi czynnościami neurofizjologicznymi organizmu, chorobę zaś — z obiektywnie stwierdzonym stanem patologicznym systemu nerwowego pacjenta.

Niestety, wbrew tym przekonaniom okazało się, że nie wszystkim zaburzeniom psychicznym można podporządkować jakiś stan patologiczny w sferze somy. Badaczom nie udało się dotychczas wykryć jakichś nie budzących wątpliwości zmian patologicznych w systemie nerwowym pacjentów zdiagnozowanych jako cierpiących na neurozę, nerwicę lub znajdujących się w stanie depresyjno-maniakalnym. Niektóre badania (np. prowadzone przez znanego psychiatrę angielskiego R. D. Lainga<sup>4</sup>) zdają się świadczyć o socjogennym podłożu schizofrenii. Nic więc dziwnego, że efekty farmakologicznego leczenia tych zaburzeń często okazywały się znikome lub wprost żadne, a hospita-

<sup>4</sup> Por. tego autora: *Sanity, Madness and the Family*, Warszawa 1964.

lizacja pacjenta i aplikowanie mu drastycznej terapii (np. elektrowstrząsów) doprowadzały niekiedy do pogłębiania się jego stanu.

Podstawy teoretyczne i metodologiczne psychiatrii biologicznej od dawna spotykały się z uzasadnioną krytyką. Dopatrywano się w nich pełnego licznych złudzeń przejawów myślenia scjentystycznego, dla którego charakterystyczne jest dążenie do redukcjonowania zjawisk psychicznych do ich neurofizjologicznego podłoża lub do sfery behawioru oraz dążenie do poszukiwania właśnie tam podstaw wyjaśniających całe bogactwo ludzkiej psychiki — tak, jakby była ona wyłącznym tworem organizmu. Zdaniem wielu krytyków, taka scjentystyczna filozofia i metodologia — przyjmowana przez psychiatrów często bezwiednie — sprawiała, że skłonni oni byli zapominać o tym, że każdy pacjent reprezentuje niepowtarzalną osobowość, inną świadomość i psychikę; te zaś nie są tylko prostą funkcją biologiczno-somatycznych determinant, ale także w co najmniej równym stopniu wytworem społeczno-kulturowym.

W tym kierunku podąża krytyka tzw. „psychiatrii zinstytucjonalizowanej”, podjęta przez znanego amerykańskiego psychiatrę i socjologa — T. Szasza. Dwie jego prace poświęcone współczesnej psychiatrii noszą wiele mówiące tytuły: *Mit choroby psychicznej* i *Fabryka obłądu*.<sup>5</sup> Ze względu na radykalizm tej krytyki warto chyba poświęcić jej nieco miejsca.

Psychiatrii zinstytucjonalizowanej, zwanej też „tradycyjną” zarzuca Szasz bezpodstawne opieranie się na medycznym modelu myślenia, co przejawia się w przejmowaniu przez nią koncepcji teoretycznych, pojęć, sposobów postępowania i symboliki charakterystycznych dla medycyny. Tak np. osoby, którymi zajmuje się psychiatra są nazywane „pacjentami”; skarżą się one na różne dolegliwości, które psychiatra traktuje jako „objawy”; „leczy pacjenta”, stawiając odpowiednią „diagnozę” i podając mu różne „leki” przyjmuje go w „przychodni” lub w „szpitalu” i stawia „rozpoznanie kliniczne”. Zdaniem Szasza, wszystko to jest nadużyciem autorytetu środowiska lekarskiego. Bowiem „zamiast określić swoją interwencję jako pomocy lub szkodliwą, uwalniającą lub ujarzmiającą «pacjenta», psychiatra domaga się zdefiniowania jej jako «diagnozy» i uważa, że «leczy zaburzenie psychiczne». Sądzę, że w tym właśnie przejawia się ułomność moralna oraz z wodowa niekompetencja współczesnych psychiatrów” — dobitnie stwierdza Szasz.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> T. Szasz: *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York 1961; T. Szasz: *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, New York 1960.

<sup>6</sup> Id.: *Ideology and Insanity. Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, New York 1974, s. 7.

Psychiatrzy usiłują usunąć „objawy”, tak jak chirurg usuwa chorą nerkę. Z pozycji autorytetu medycznego podchodzą do pacjenta, dostrzegając w nim tylko „chorobę”. Natomiast cała sfera przeżyć i osobowości „pacjenta” zostaje pomijana i uznana za „sprawę prywatną”, nie podlegającą psychiatrycznym kompetencjom. Cierpiący człowiek jest więc pozostawiony samemu sobie i to na domiar złego w sytuacji silnie stresującej, często dla niego nowej: w szpitalu lub poradni psychiatrycznej. „Tradycyjny” psychiatra sądzi zazwyczaj, że tylko on najlepiej wie, co będzie dla „pacjenta” dobre a co złe. W ten sposób pozbawia go inicjatywy i czyni bezwolnym, by następnie takie zachowania „pacjenta” uważać za symptom „choroby psychicznej” i poszukiwać jej organicznego podłoża.

Wykształcony medycznie psychiatra skłonny jest przyjmować *a priori*, że chore może być tylko ciało, tymczasem w przeważającej większości przypadków ma on do czynienia z człowiekiem, którego organizm nie jest chory w medycznym sensie tego słowa — z człowiekiem, którego świadomość jest po prostu inna, lecz bynajmniej nie z powodu jakichkolwiek zmian neurofizjologicznych lub anatomicznych w jego mózgu. Psychiatra zaś nie jest w stanie zrozumieć tej inności, ponieważ przywykł zgodnie z modelem biologiczno-medycznym do traktowania wszystkich pacjentów jednakowo: jako chorego organizmu. Tym bardziej nie jest on w stanie zaakceptować inności psychicznej pacjenta, ponieważ nauczył się wierzyć w uniwersalizm medycznego modelu, który sugeruje, że wszystkie choroby jako dotyczące sfery somy muszą mieć przebieg jednakowy, mieszczący się w biologicznym schemacie, niezależnie od jakichkolwiek determinant osobistych lub kulturowych. Zdaniem Szasza, wiara ta w istocie stanowi rodzaj maski, ukrywającej rzeczywistą działalność „tradycyjnego” psychiatry. Wykorzystując pozorną w tym wypadku obiektywność biologiczno-medycznego modelu zdrowia, uzurpuje on sobie prawo do stanowienia normy zachowań, którą w rzeczywistości czerpie z obiegowych przekonań moralnych, i usiłuje za pomocą różnych, często wyrafinowanych metod, wpoić pacjentowi takie wzory zachowania, które są aprobowane przez ogół. Pod pozorem leczenia kontroluje zachowania pacjenta i uprawia propagandę stylu życia dominującego w społeczeństwie. Tego rodzaju „terapia”, zdaniem Szasza, jest „znacznie bardziej niebezpieczna w skutkach niż rzekomo leczone dolegliwości”.<sup>7</sup>

Diagnoza psychiatryczna wbrew pozorom nie jest obiektywnym opisem stanu pacjenta, lecz zakamuflowaną formą oceny zachowania i jego motywów. Oto bowiem już na tym etapie formułowania diagnozy, w którym dokonuje się wyodrębnienie symptomów, ich opis jest w istocie opisem idei, myśli

<sup>7</sup> *Ibid.*, s. 141.

i uczuć, które psychiatra uważa za odbiegające od statystycznie uważanych za normalne. W przekonaniu Szasza psychiatra występuje więc w roli „funkcjonariusza społeczeństwa” — broni jego interesów, nie zaś interesów pacjenta. Zinstytucjonalizowana psychiatria stanowi przeto jeden z ważnych filarów społecznej stabilizacji; jest po prostu ukrytą formą działalności ideologicznej i propagandy moralnej.

Podjęta przez Szasza krytyka psychiatrii „tradycyjnej”, opartej na medycznym modelu interpretacji zaburzeń psychicznych, dotyczy w zasadzie społecznych funkcji tej instytucji i, mimo radykalizmu autora, w wielu przypadkach jest trafna.<sup>8</sup> U podstaw tej krytyki spoczywa nie zwerbalizowane wyraźnie pytanie, czy pojęcie zdrowia lub choroby psychicznej da się w ogóle zdefiniować w kategoriach deskryptywnych i na tyle uniwersalnych, by mogło ono odnosić się do wszystkich ludzi, żyjących w różnych warunkach i w różnych kulturach? Czy może ono posiadać treść niezależną od funkcjonujących w kulturze wartości i wzorów zachowania? Cytowany autor, a także wielu tzw. „antypsychiatrów”, na to pytanie odpowiada przecząco, tym samym kwestionując u podstaw etyczną neutralność psychiatrii jako nauki i jako praktyki.

Podjęta przez Szasza krytyka poprzestaje na ujawnieniu i zdemaskowaniu zakamuflowanych funkcji psychiatrii zinstytucjonalizowanej. Autor nie posuwa się w swym radykalizmie do apoteozy szaleństwa, jak to czynią „antypsychiatrzy”, np. R. D. Laing. Ten ostatni twierdzi, że znaczenie, jakie się nadaje pojęciu normalności psychicznej, jest efektem głębokiej alienacji współczesnego człowieka, przejawiającej się między innymi w wyobcowaniu sfery zachowań od sfery przeżyć i doznań oraz w uznaniu za ważne tylko tej pierwszej. Z punktu widzenia interesów społecznych, dla utrzymania porządku społecznego — a więc *status quo* — ważne jest bowiem narzucenie wszystkim członkom wspólnoty jednakowych wzorców zachowania. W tej sytuacji sfera przeżyć wewnętrznych, z trudem poddająca się uniformizacji, jest traktowana jako potencjalne zagrożenie — musi więc pozostawać pod nieustanną kontrolą. Jeżeli jednostka sama nie potrafi w dostatecznym stopniu się kontrolować, w imieniu społeczeństwa czyni to psychiatria. Właściwa współczesnemu społeczeństwu tendencja do uniformizacji, do eliminowania indywidualności, zdaniem Lainga i wielu innych (np. E. Fromma), świadczy o głębokiej deformacji tego społeczeństwa, o jego patologicznym charakterze. W tych warunkach neurozy, nerwice a nawet schizofrenia mogą być uznane za patologię patologii. Biorąc pod uwagę fakt, że osoby tak nazywane ma-

<sup>8</sup> Znakomitą literacką ilustracją poglądów Szasza jest książka Keynes'a *Lot nad kukułczym gniazdem* oraz oparty na niej film Formana.

nifestują jednak swą indywidualność — choć w formach oficjalnie uznanych za patologiczne — z pewnego punktu widzenia są one psychicznie znacznie zdrowsze niż osoby rzekomo normalne. Nie utraciły bowiem wrażliwości emocjonalnej i dostępu do sfery wewnętrznych przeżyć, lecz zagłębiając się w nią tracą kontakt z realnym światem. Dlatego, twierdzi Laing, psycho-terapeuta leczący schizofrenika zdaje się „pełnić rolę ślepcą, prowadzącego półślepcę”.<sup>9</sup>

Z podobnie krytycznego nastawienia wobec „oficjalnej” psychiatrii i psychologii wyrasta koncepcja zdrowia psychicznego sformułowana przez V. E. Frankla, dla którego problem „bycia sobą”, manifestowania swej autonomii i autentyczności staje się zasadniczym warunkiem zdrowia.

Analizując sytuację egzystencjalną człowieka i strukturę osobowości, Frankl wśród procesów psychicznych właściwych człowiekowi wyodrębnia tzw. „poziom noologiczny”, hierarchicznie najwyższy, związany z problemami wartości i sensu życia, a zwłaszcza wolności i odpowiedzialności. W zaburzeniach funkcjonalnych tego poziomu poszukuje źródeł neurotycznych dewiacji.<sup>10</sup> Pod znaczącym wpływem filozofii egzystencjalnej i fenomenologii Frankl zdecydowanie porzuca scjentyistyczny model człowieka i medyczny model interpretacji zaburzeń psychicznych, dostrzegając w dewiacjach głównie zachwianie sfery wartości osobistych jednostki.

Zarówno Szasz, jak i Laing oraz Frankl, a także wielu innych psychiatrów i psychologów o tzw. „orientacji humanistycznej”, stanowczo kwestionują neutralność etyczną uprawianej przez siebie dyscypliny; podważają naukowość psychiatrii, zgodnie głosząc, że nie może ona uwolnić się od wartościowania; że jest *a priori* skazana na wybór jakiegoś preferowanego modelu człowieka i jego osobowości, a taki wybór jest w istocie moralną opcją. Zgodnym chórem głoszą więc, że każda koncepcja zdrowia psychicznego lub koncepcja normalności musi mieć charakter wartościujący, należy przeto do etyki, nie zaś do nauki lub medycyny. Pogląd ten dobitnie wyraził Frankl, twierdząc, że „psychotherapia bez ogólnej koncepcji świata, bez pewnej hierarchii wartości, choćby nieświadomie uznawanych, nie może w ogóle istnieć”.<sup>11</sup>

Przedstawiona tu fragmentarycznie krytyka psychiatrii zinstytucjonalizowanej, tradycyjnie związanej z medycznym modelem interpretacji dewiacji psychicznych, kończy się wnioskiem, że próby sformułowania aksjologicznie neutralnej koncepcji zdrowia psychicznego są oparte na scjentyistycznej filozofii człowieka i muszą podzielić jej los. W praktyce zaś prowadzą one do

<sup>9</sup> Por. R. D. Laing: *The Politics of Experience*, Harmondsworth 1974, s. 117.

<sup>10</sup> Por. V. E. Frankl: *Psychotherapy and Existentialism*, Harmondsworth 1973.

<sup>11</sup> *Ibid.*, s. 125.



przemycania „statystycznej” koncepcji normalności i do urabiania wszystkich wedle jednego wzorca przeciętności.

Trudności w definiowaniu pojęcia „zdrowie psychiczne” przy pomocy terminów deskryptywnych częściowo mogą wynikać z jego wieloznaczności, niekoniecznie związanej z wartościującym zabarwieniem tej kategorii. Zwraca na to uwagę W. Tatarkiewicz, pisząc<sup>12</sup>, że ta wieloznaczność może także łączyć się z różnicami w przypisywanym mu zakresie. Tak oto „zdrowie psychiczne” można rozumieć — po pierwsze — jako stan jednostki w jakiejś określonej chwili bądź jako względnie stały układ czynności jednostki; po drugie — jako subiektywny stan świadomości, pozytywnie odczuwany i oceniany lub też jako obiektywny układ warunków, dający w rezultacie pozytywne odczucia i ocenę; po trzecie — jako fakt, dający się empirycznie stwierdzić i opisać bądź też jako ideał, stan idealny, norma.

Wydaje się, że niejednego sporu na terenie współczesnej psychiatrii można by uniknąć, gdyby oponentów cechowała dbałość o precyzję słowa i gdyby sami mieli świadomość tego, które z wielu znaczeń pojęcia „zdrowie psychiczne” staje się właśnie przedmiotem kontrowersji. Tymczasem większość ze znanych mi definicji zdrowia psychicznego, zarówno tych na pozór aksjologicznie neutralnych, jak i wyraźnie uwikłanych w wartościowanie, jest ujmowana w taki sposób, że nie zawsze można jednoznacznie wskazać, które z wyżej wyróżnionych znaczeń i zakresów mają one na uwadze. Zazwyczaj psychiatrom i psychologom chodzi o podanie kryteriów zdrowia psychicznego rozumianego jako (mówiąc słowami Tatarkiewicza) „względnie stały układ czynności człowieka” lub jako „obiektywnie uwarunkowany stan świadomości”. Jeśli tak, to zdrowie psychiczne należałoby jednak traktować jako fakt empiryczny, co odpowiadałoby przede wszystkim psychiatrom o „orientacji biologicznej”. Natomiast psychiatrzy–humaniści skłonni są traktować zdrowie psychiczne jako pewien stan idealny, jako wzorzec lub normę, służącą do oceny faktów empirycznych — do oceny ludzi jako mniej lub bardziej zdrowych.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że przedstawiciele orientacji biologicznej pojęcia zdrowia i choroby psychicznej uważają za wzajemnie sprzeczne. Jeśli więc można o kimś prawdziwie orzec, że jest zdrowy, to bez popadania w logiczną sprzeczność nie wolno twierdzić, że jest on zarazem chory. Tymczasem zwolennicy „orientacji humanistycznej” skłonni są raczej traktować te dwa pojęcia jako wzajemnie komplementarne, tj. jako takie, które mogą oznaczać szereg stanów uporządkowanych pod względem jakichś zmian patologicznych, począwszy np. od stanu śmierci poprzez

<sup>12</sup> W. Tatarkiewicz: *O szczęściu*, Warszawa 1962, s. 209–210.

coraz łżejsze stany chorobowe aż do idealnego zdrowia (lub odwrotnie). O każdym wyodrębnionym z całego ciągu stanie można wówczas prawdziwie twierdzić, że jest — z jednego punktu widzenia — chorobą, z drugiego zaś — zdrowiem. Trudność takiego komplementarnego podejścia do kategorii „zdrowie—choroba” przejawia się w tym, że jeżeli w odniesieniu do zdrowia fizycznego można podać jakieś parametry, pozwalające umieścić dany stan w szeregu uporządkowanym, to w przypadku zdrowia i choroby psychicznej spór dotyczy także (a nawet przede wszystkim) owych parametrów.

Spróbujmy teraz dokonać krótkiego przeglądu kilku wybranych koncepcji zdrowia psychicznego, poczynszyszy od tych, które pretendują do miana etycznie neutralnych, poprzez te, które można potraktować jako definicje perswazyjne, a skończywszy na takich, które są *explicite* wyrazem etycznych preferencji.

Jedną z popularnych definicji, pretendujących do miana etycznie neutralnych, jest tzw. „negatywna” koncepcja zdrowia psychicznego, występująca w wielu dawnych i nowych podręcznikach psychiatrii. Określa ona zdrowie jako „brak choroby psychicznej” — stąd jej nazwa. Wystarczy teraz wiedzieć, czym jest choroba psychiczna oraz stwierdzić brak jej symptomów u badanego, żeby go uznać za osobę zdrową. Definicja ta odsyła więc do psychiatrycznej nozologii. Rzecz jednak w tym, że wiele jednostek diagnostycznych zawartych w podręcznikach psychiatrii jest przez „humanistów” kwestionowana. Należy do nich np. homoseksualizm, definiowany zazwyczaj jako „niewłaściwie skierowany popęd seksualny”. Do takich również krytykowanych jednostek diagnostycznych należą stany określane zbiorczą nazwą schizofrenii. Dyskusja, jaka od kilkudziesięciu lat trwa w środowisku specjalistów świadczy, że pojęcie „choroba psychiczna” jest tak samo niejasne jak pojęcie „zdrowia”, przeto definiowanie jednego za pomocą drugiego prowadzi do błędu *ignotum per ignotum*.

Analizując poprawność „negatywnej” definicji zdrowia psychicznego, trzeba także zwrócić uwagę na fakt, że zdaniem wielu wybitnych psychiatrów brak choroby psychicznej w medycznym sensie tego słowa nie zawsze musi się łączyć z pełnią psychicznego zdrowia. K. Dąbrowski stwierdza, że „w pewnych wypadkach nawet psychozy nie stanowią decydującego wyniku pozwalającego stwierdzić, że dany osobnik nie jest zdrowy psychicznie”.<sup>13</sup> Często próbuje się omawianą definicję tak przeredagować, aby pojęciu choroby nadać szersze znaczenie, obejmujące także nerwice. Choroba oznacza wówczas wszelkie zaburzenie psychiczne, zdrowie zaś — brak tych zaburzeń. Nadal jednak pozostaje otwarty problem dokładnego specyfikowania

<sup>13</sup> K. Dąbrowski: *Higiena psychiczna*, Warszawa 1962, s. 54.

tych zaburzeń, przeto taki w istocie redakcyjny zabieg przenosi tylko ciężar dyskusji na inne pojęcie, nie usuwa zaś źródła sporu.

Wśród definicji o charakterze rzekomo aksjologicznie neutralnym na uwagę zasługuje wspomniana na wstępie, funkcjonująca w świadomości potocznej, w moralności i w praktyce sądowniczej, koncepcja zdrowia psychicznego jako pewnej statystycznie ustalonej normy zachowań. Identyfikuje ona pojęcie zdrowia psychicznego z pojęciem normalności, to ostatnie zaś określa poprzez odniesienie do zespołu cech statystycznie przeciętnych — najczęściej w danej grupie społecznej spotykanych zachowań, przeżyć, myśli i doznań.

Nie jest mi znany fakt podejmowania prób jakiegoś dokładniejszego zbadania populacji dla ustalenia tak rozumianej, „statystycznej” normy zdrowia psychicznego. Sądzę nawet, że ze względu na ilość parametrów, jakie należałoby uwzględnić przy ustalaniu takiej normy, przedsięwzięcie jest w ogóle niewykonalne. Przeto niby statystyczna definicja zdrowia psychicznego może być potraktowana tylko jako swoisty rodzaj uogólnienia empirycznego, dotyczącego typowych zachowań spotkanych w codziennej praktyce. Wartość takiej „metody” ustalania normy, oczywiście, jest bardzo problematyczna, co wpływa także na wartość samej definicji.

Niezależnie od powyższych zarzutów, „statystyczna” koncepcja zdrowia psychicznego wywołuje liczne zastrzeżenia o charakterze wyraźnie moralnym. Jeżeli bowiem norma zdrowia ma być kształtowana na podstawie zachowań typowych i przeciętnych, to osoby odbiegające od takiego wzorca, a więc właśnie nieprzeciętne, nieskłonne do stereotypowego widzenia i przeżywania świata, negujące schematyzm myślenia i zachowujące się w sposób nonkonformistyczny — musiałyby być uznane za psychicznie chore, co w praktyce równałoby się ograniczeniu całego szeregu ich uprawnień. „Statystyczna” koncepcja zdrowia prowadzi bowiem do wniosku, że im bardziej ktoś jest wrażliwy, bardziej inteligentny, bardziej skłonny do poświęceń, tym bardziej trzeba go uważać za chorego. K. Dąbrowski wyraził to dobitnie, pisząc, że „zdrowie psychiczne w znaczeniu cech najczęściej spotykanych w danym społeczeństwie”, to „iloraz inteligencji bliski ciężkości umysłowej (...), przewagi postawy egocentrycznej nad alterocentryczną, instynktu samozachowawczego i seksualnego nad tendencjami poznawczymi i społecznymi”. Takie rozumienie zdrowia psychicznego jest, jego zdaniem, „upokarzające dla rodzaju ludzkiego”.<sup>14</sup> K. Dąbrowskiemu wtóruje głos wielu innych psychiatrów i psychologów. Niektórzy, odrzucając zdecydowanie „statystyczną” koncepcję zdrowia, jakby na zasadzie negacji próbują określić treść tego pojęcia. Należy do nich zwłaszcza Hildebrandt. Twierdzi on,

<sup>14</sup> *Ibid.*, s. 55.

że normę psychiczną trzeba formułować, opierając się na analizie postaw i zachowań „ludzi bohaterskich”, nieprzeciętnych, zaś ten „nudny normalny człowiek, przyświecający, zdaje się, niektórym psychiatrom; ten pozbawiony istotny cień, który nie zna żadnych wstrząsów duchowych, winien być uważany za człowieka zwyrodniałego”.<sup>15</sup> A zatem, co jest normą psychiczną i symptomem zdrowia: to, co przeciętnie statystycznie czy to, co wyjątkowe, aprobowane i podziwiane? A może kryteriów zdrowia i normalności psychicznej należy poszukiwać gdzie indziej?

W ramach krótkiego artykułu nie sposób przedstawić wszystkich definicji zdrowia psychicznego. Nie zdołała tego uczynić nawet M. Jahoda<sup>16</sup> w obszernej monografii poświęconej temu zagadnieniu. Sądzę jednak, że obok wyżej omówionych na uwagę — z naszego punktu widzenia — zasługują ponadto koncepcje odwołujące się do pojęcia adaptacji oraz różne odmiany tzw. „definicji rozwojowych”.

Wyraźnie zabarwiona etycznie jest definicja zdrowia psychicznego zaproponowana przez K. Menningera. Jego zdaniem, zdrowie psychiczne polega na „przystosowaniu się ludzkich istot do świata i do siebie nawzajem z maksimum skuteczności i szczęścia”. Jak słusznie zauważa M. Fritzhand<sup>17</sup> nawet po wyeliminowaniu z niej wartościującego pojęcia „szczęście”, nie staje się ona neutralną definicją ze względu na nieokreśloność terminu „przystosowanie”. Mało który zwolennik adaptacyjnej koncepcji zdrowia psychicznego zgodzi się uznać, że np. dostosowanie się do środowiska przestępczego jest oznaką zdrowia. Pojęcie przystosowania zawiera różne treści i różne kryteria wartościowania zdolności adaptacyjnych, od nich więc zależy ostateczny sens tego słowa. Funkcjonalny charakter przystosowania nadaje temu pojęciu pozór aksjologicznej neutralności, lecz jego sens wartościujący szybko się ujawnia, gdy zapytamy, do czego lub kogo mamy się przystosować w imię zdrowia psychicznego? Oczywiście, że zawsze będzie to środowisko społeczne, które skądinąd ocenia się pozytywnie.

E. Fromm, który opowiada się za pewną wersją definicji adaptacyjnej zdrowia psychicznego a jednocześnie występuje z radykalną krytyką współczesnego społeczeństwa zindustrializowanego, uważając je za „chore”, wcale nie byłby skłonny uznać za symptom zdrowia przystosowanie się doń jednostki. Wprost przeciwnie — głosi on, że osoby sprawnie funkcjonujące w takim społeczeństwie objawiają właśnie brak zdrowia. Mając wyrobione zdanie o ludziach współczesnych i o kształtujących ich warunkach, znając różne

<sup>15</sup> Cytuję za M. Fritzhand: *Wartości i fakty*, Warszawa 1982, s. 204.

<sup>16</sup> M. Jahoda: *Current Concepts of Positive Mental Health*, New York 1958.

<sup>17</sup> Fritzhand: *Wartości i fakty*, s. 201.

cy okaleczania życia psychicznego, wegetację myśli i uczuć pod terrorem wątpliwych autorytetów społecznych, protestuje on przeciwko czynieniu z tego stanu *optimum* człowieka zdrowego. W „chorym”, zwłaszcza nacjonalistycznym społeczeństwie jednostka nonkonformistyczna w wielu wypadkach okazuje się zdrowsza psychicznie niż dobrze przystosowana większość. Trzeba tu podkreślić, że Fromm nie odrzuca bynajmniej koncepcji przystosowania jako kryterium zdrowia psychicznego. Chodzi mu jednak przede wszystkim o typ społeczeństwa, do którego powinniśmy się dostosować.

Niektóre koncepcje zdrowia psychicznego pojęciu adaptacji nadają czasem treść wyraźnie biologiczną. Według zwolenników tych teorii zdrowy psychicznie jest ten, kto zdołał się przystosować tak, że potrafi utrzymać się przy życiu i pomyślnie zaspokajać potrzeby swego organizmu. Jak łatwo przewidzieć, te i podobne biologiczne koncepcje zdrowia psychicznego wywołują poważne zastrzeżenia — głównie chodzi o redukcję potrzeb ludzkich do sfery potrzeb biologicznych. W tego typu definicjach można dostrzec wpływ tak krytykowanego przez „humanistów” scjentyzmu. Istotnie, są one jakby poszerzoną koncepcją zdrowia psychicznego, funkcjonującą w modelu medycznym lub neurofizjologicznym psychiatrii, przeto odnoszą się do nich te same zastrzeżenia, wraz z etycznym zarzutem preferowania postaw egoistycznych.

Pojęciu adaptacji można jednak nadać treść pozabiologiczną i definiować zdrowie psychiczne jako przystosowanie do społeczeństwa, w którym staje się możliwa realizacja wymagań ludzkiej natury. W tym kierunku podąża właśnie E. Fromm. W wielu swych rozprawach przedstawia własną koncepcję natury człowieka, wyposażonej w pewien repertuar stałych, uniwersalnych potrzeb, które jego zdaniem wyrastają z „sytuacji egzystencjalnej człowieka w świecie” (potrzeba miłości, przynależności, samorealizacji itp.); pełny zaś rozwój tej natury uznaje za oznakę zdrowia psychicznego. Korelatem zdrowej osobowości ma jednak być nie jakiegokolwiek społeczeństwo, lecz wspólnota oparta na autentycznych więziach międzyludzkich, na poszanowaniu indywidualności i wolności każdej jednostki. Tylko w tym idealnym, utopijnym społeczeństwie osoba dobrze przystosowana będzie zarazem psychicznie zdrowa. Zdaniem Fromma, celem każdej terapii powinien być „optymalny rozwój potencji człowieka i realizacja jego indywidualności”.<sup>18</sup>

Przykład Fromma dowodzi, że uznanie adaptacji za kryterium zdrowia psychicznego musi być zrelatywizowane do typu społeczeństwa, do którego jednostka powinna — zdaniem autora danej koncepcji — dostosować się. Normatywny charakter takiej wizji wspólnoty ludzkiej nie ulega wątpliwości

<sup>18</sup> E. Fromm: *Szkice z psychologii religii*, Warszawa 1966, s. 171.

i on właśnie nadaje pojęciom adaptacji i zdrowia psychicznego treść etyczną. Terapia i psychoterapia podejmowana na podstawie takiej koncepcji zdrowia psychicznego staje się w rzeczywistości propagandą pewnego systemu etycznego.

Wielu znawców psychologii i psychiatrii jest zdania, że zdrowie psychiczne można określić jako stan względnie zaawansowanego rozwoju psychofizycznego jednostki. Są to zwolennicy różnych odmian tzw. „rozwojowych” koncepcji. Ich poglądy różnicują się jednak zależnie od konotacji, jaką nadają kategorii „rozwój”. Neutralność etyczna tych koncepcji zależy więc od interpretacji rozwoju człowieka.

Jeżeli rozwój rozumieć jako proces empirycznie obserwowalnych przemian psychofizycznych, dających się wyrazić w ilościowo określonych parametrach, to każda zmiana, zachodząca w organizmie, osobowości lub w stosunkach człowieka ze światem, musi być uznana za rozwojową — bez względu na jej kierunek. W takiej sytuacji traci sens nazywanie jednej z nich objawem zdrowia, a innej — objawem choroby lub dewiacji psychicznej, skoro na mocy definicji każda z nich jest w tym sensie „rozwojowa”, że jest po prostu zmianą. W koncepcji tej zostaje zachowana neutralność aksjologiczna, gdyż nie uważa się żadnego z kierunków rozwojowych za wyróżniony, lecz dokonuje się to kosztem logicznej konieczności zawieszenia wszelkich prób diagnozowania stanów patologicznych lub prawidłowych i — w konsekwencji — do podważenia sensu terapii. Ukrytym założeniem filozoficznym takiej koncepcji staje się przekonanie, że cokolwiek jest, jest takie, jak być powinno, co wiedzie do afirmacji *status quo*.

Aby nadać jakiś sens działalności terapeutycznej, która z natury rzeczy polega na negowaniu tego, co jest patologiczne, aby także utrzymać się w ramach rozwojowych koncepcji zdrowia psychicznego, trzeba koniecznie wprowadzić jakieś kryteria różnicowania zmian — określić pożądany kierunek ewolucji procesów (ku zdrowiu) i niepożądany (ku chorobie). Jednakże każda taka próba różnicowania zakłada ocenianie. Dotyczy to zwłaszcza trendów rozwojowych osobowości lub psychiki człowieka. Wszystko to sprawia, że pojęcie „rozwój”, a w ślad za nim koncepcja zdrowia psychicznego przestaje być aksjologicznie neutralna i nabiera treści wartościujących.

Przykładem takich aksjologicznie „zaangażowanych” koncepcji rozwojowych są definicje zdrowia psychicznego proponowane przez K. Dąbrowskiego i E. Fromma. W pracach tego ostatniego obok wielu innych propozycji nadawania treści pojęciu „zdrowie psychiczne” można odnaleźć i takie określenie: „w pełni rozwinięty, a więc zdrowy człowiek (...) jest człowiekiem produktywnym, człowiekiem głęboko i prawdziwie interesującym się światem,

reagującym nań, jest on człowiekiem pełnym, bogatym”.<sup>19</sup> Dla K. Dąbrowskiego jest oczywiste, że nie każda zmiana oznacza rozwój; nie każda więc łączy się ze zdrowiem psychicznym. Zdrowie psychiczne bowiem to „zdolność do możliwie najbardziej prawidłowego procesu przemian psychicznych jednostki, zdolność do rozwoju w kierunku coraz wyższej hierarchii celów, aż do ideału osobowości”.<sup>20</sup>

Na podstawie podanych przykładów można się zorientować, że pozór neutralności aksjologicznej definicji „rozwojowych” szybko znika, gdy bliżej przyjrzeć się sensom nadawanym pojęciu „rozwój”. Wbrew początkowym deklaracjom zwolennicy tych koncepcji przypisują mu — i skorelowanemu z nim pojęciu zdrowia psychicznego — treść normatywną. Odwołują się do jakiejś filozofii człowieka, formułują pseudodeskryptywne koncepcje natury ludzkiej, w którym preferencje wartościujące wyraźnie dochodzą do głosu.

Przykładem tego rodzaju filozoficzno-etycznego uwikłania są te „rozwojowe” koncepcje zdrowia psychicznego, które określają je jako pełną aktualizację potencji tkwiących w ludzkiej naturze, jako pełną samorealizację właściwych człowiekowi cech gatunkowych. Zauważmy jednak, że jeśli „cechy gatunkowe człowieka” będziemy pojmować w sensie pozabiologicznym — o co zazwyczaj chodzi autorom — to każda próba dokładniejszej specyfikacji tych cech staje się mocno kontrowersyjna; żadna bowiem nie jest filozoficznie i etycznie neutralna. Pojęcie natury ludzkiej rozumianej pozabiologicznie jest po prostu jej projektem, aprobowanym przez swego twórcę i propagowanym jako godny zalecenia ideał.

Pomijając sprawę etycznego „zaangażowania” definicji zdrowia psychicznego, które uzależniają je od realizacji natury ludzkiej, spróbujmy teraz przeanalizować je, koncentrując uwagę nie tyle na postulacie domagającym się ogólnie realizowania możliwości ludzkiej natury, ile na owej postulowanej „pełni”. Zauważmy bowiem, że jeśli pełna realizacja potencji tkwiących w ludzkiej naturze miałyby następować stopniowo, tak, że każdy kolejny stan swą specyfikę „zawdzięczały” stanom wcześniejszym — co jest faktem niekwestionowanym w świecie istot żywych — to w żadnym z kolejnych stadiów nie mogą realizować się wszystkie potencje; żadne nie jest więc „pełną realizacją”. W odniesieniu do zdrowia psychicznego prowadzi to do wniosku, że w żadnym z tych stadiów jednostka nie jest w pełni zdrowa oraz że zdrowie „pełne” jest stanem osiągalnym dopiero w końcowej fazie całego procesu — jeżeli taka faza w ogóle istnieje i jeżeli nie jest nią śmierć, bo wówczas (paradoksalnie) najpełniej zdrowy byłby człowiek zmarły.

<sup>19</sup> Id.: *O sztuce miłości*, Warszawa 1973, s. 131.

<sup>20</sup> Dąbrowski: *op. cit.*, s. 84.

Postulat pełnej realizacji potencji ludzkiej natury można jednak rozumieć inaczej — tak jak interpretują go ci, którzy kładą akcent na jednoczesność aktualizacji jako warunku osiągnięcia pełni, nie troszcząc się zbyt o faktyczną sekwencję faz rozwojowych w życiu człowieka. W pracach Hildebrandta, Fromma, Masłowa i Horney występują wątki, które pozwalają uznać ich za zwolenników tak rozumianej pełni.

W związku z koncepcją zdrowia psychicznego jako pełnej realizacji natury ludzkiej zauważmy, że jeżeli z góry nie uczyni się zastrzeżenia o koherencji i niesprzeczności potencji tej natury — czemu rzeczywistość zdaje się przeczyć — to wypadałoby podać jakieś reguły pożądanego ich następstwa, co jest zabiegiem wyraźnie normotwórczym. Jest to o tyle konieczne, że brak takich reguł w praktyce powodować może różne konflikty i nieporozumienia. Realizując różne możliwości ludzkiej natury, trudno być jednocześnie dobrym myśliwym i obrońcą praw zwierząt. Postulat pełnej realizacji potencji ludzkiej natury jest nierealny nie tylko z powodu niemożności przedstawienia wyczerpującego katalogu możliwości tkwiących w tej naturze, ale także z powodu dość ograniczonych zasobów energetycznych człowieka, które sprawiają, że inwestowanie energii w pewnym kierunku ogranicza szanse inwestowania jej w innym.

Niektóre „rozwojowe” koncepcje zdrowia psychicznego interpretują rozwój w kategoriach indywidualistycznych, nie chodzi już bowiem o rozwój gatunkowo pojmowanej natury ludzkiej, lecz o rozwój swoistych dla danej jednostki predyspozycji psychicznych. Symptomem zdrowia psychicznego jest wówczas „autentyczność” zachowań, postaw i przeżyć danej osoby. Jednakże wskutek braku dokładnych kryteriów owej „autentyczności” panuje tu całkowita dowolność i nieokreśloność. Odrzucenie jakiegokolwiek wspólnej dla gatunku „miary” — nawet w postaci filozoficznie pojmowanej natury ludzkiej — sprawia, że rozwój jakichkolwiek indywidualnych cech, nawet skądinąd uważanych za patologiczne, staje się pełnoprawną postacią zdrowia psychicznego. W takiej sytuacji regresje, defekty psychologiczne lub socjopatie muszą być traktowane jako indywidualne postacie zdrowia na podstawie *implicite* przyjmowanego założenia, że cokolwiek istnieje jako indywidualum może się manifestować autentycznie w formach sobie tylko właściwych. Dostępna empirycznej obserwacji realizacja indywidualnych potencji jest bowiem jedynym kryterium ich „autentyczności”. Tego rodzaju koncepcje zdrowia psychicznego odnajdziemy przede wszystkim w pracach „antypsychiatrów”. T. Szasz, R. D. Laing oraz inni zwolennicy i sympatycy antypsychiatrii wychodzą z ogólnoaksjologicznego założenia, że cokolwiek jest autentyczne, jest takie, jak być powinno. Pomijając zarzut błędu naturalistycznego, jaki można skierować pod adresem wszystkich zwolenników



indywidualizmu w psychiatrii, pogląd taki w rzeczywistości prowadzi do afirmacji stanu faktycznego, a więc do zakwestionowania sensu jakichkolwiek działań terapeutycznych — wszak każdy człowiek realizuje indywidualną postać zdrowia, przeto nie można twierdzić, że jeden jest zdrowy i żyje autentycznie, drugi zaś — chory i manifestuje swą naturę w sposób nieautentyczny.

Biorąc to pod uwagę niektórzy psychologowie i psychiatrzy próbują autentyczność indywidualnego rozwoju powiązać z kryteriami o charakterze bardziej uniwersalnym, by na tej podstawie określać stan zdrowia psychicznego jednostki. Tak oto E. Fromm niejednokrotnie podkreśla, że rozwój indywiduum, w którym ujawniają się potencje ludzkiej natury (pojmowanej gatunkowo) jest jedyną i autentyczną postacią zdrowia. Jeżeli jednak przebrnąć przez pełen niedomówień i niejasności styl tego autora, wychodzi na jaw cyrkularność przyjmowanej przez niego koncepcji zdrowia psychicznego. Nie każdą bowiem empirycznie stwierdzoną aktualizację indywidualnych potencji rozwojowych uważa on za zgodną z ludzką naturą. Zdrowiem jest tylko aktualizacja zdrowych potencji, czyli w istocie aktualizacja tylko takich potencji, które zostają wyznaczone granicami zdrowej natury ludzkiej, ta zaś ma sens wyraźnie normatywny. Fromm wierzy w istnienie wspólnej wszystkim, uniwersalnej, ahistorycznej i niezależnej od temporalnych wpływów kulturowych psychicznej „formy gatunkowej” człowieka. Do niej odnosi pojęcie zdrowia psychicznego. Wskutek tego jednak powoływania się Fromma na ludzką wspólnotę gatunkową (w biologicznym znaczeniu) dla uzasadnienia poglądu, że człowiek staje się psychicznie zdrowy tylko wtedy, gdy realizuje swe gatunkowe człowieczeństwo (ale już w sensie normatywnie interpretowanej formy gatunkowej), jest logicznym nadużyciem, polegającym na przechodzeniu od faktów biologicznych do postulatów wartościujących. Słusznie więc M. Ginsberg stwierdza, że Frommowi, jak wielu innym, nie powiodła się próba przejścia od faktów do powinności.<sup>21</sup> „Człowieczeństwo” w sensie pewnego zbioru cech pożądaných jest bowiem postulatem etycznym, który nie ma żadnej analogii w opisie cech biologicznych gatunku *homo sapiens*.

Przedstawiony w artykule, niestety dość fragmentaryczny przegląd różnych koncepcji zdrowia psychicznego dowodzi, że często konstruuje się je na wątpliwych podstawach teoretycznych i dlatego są one logicznie niepoprawne, pozbawione możliwości empirycznej weryfikacji albo po prostu przemycają wartościowanie pod pozorem opisu faktów. Jak się zdaje, wypadnie nam chyba zgodzić się z opinią V. E. Frankla, że pojęcia normalności,

<sup>21</sup> M. Ginsberg: *Essays in Sociology and Social Philosophy*, Penguin Books, New York 1968, s. 331–332.

rozwoju i zdrowia psychicznego muszą być kształtowane przez sądy wartościujące. Dlatego dokładne określenie granicy pomiędzy normą a patologią ciągle jest sprawą otwartą. W przypadku ewidentnych zmian patologicznych w zachowaniu, zwłaszcza gdy specjalistom uda się odkryć ich somatyczne podłoże, określenie stanu zdrowia pacjenta nie budzi wątpliwości. Inaczej jednak sprawy się mają, gdy ktoś na podstawie tych danych próbuje sformułować ogólną definicję zdrowia psychicznego. Zaliczenie jakiegoś objawu do patologii tylko dlatego, że odbiega od norm fizjologicznych — a tym bardziej, gdy odbiega od norm współżycia społecznego — budzi dyskusję i spory wśród specjalistów. Trudno się temu dziwić, jeśli weźmie się pod uwagę, że przedmiotem psychiatrii i psychologii jest przecież osobowość człowieka; a osobowość to świat kultury, to jej wytwór i sama kultura. Z tego względu ustalanie jakichkolwiek kryteriów zdrowej osobowości, zdrowia psychicznego i normalności społecznej jest w istocie działalnością kulturotwórczą, którą można oceniać ze względu na pewne postulaty etyczne, np. tolerancji, swobody indywidualnej, uprzywilejowania wartości wyższych itp. Psychiatria i psychologia prawdopodobnie nigdy nie staną się dyscyplinami etycznie neutralnymi, zawsze bowiem u podstaw ogólnych teoretycznych koncepcji zdrowia i choroby psychicznej oraz proponowanych programów terapeutycznych będzie leżał ten sam wybór praktyczny: afirmacja jednych wartości kosztem innych, obrona i propagowanie jednego stylu życia kosztem deprecjonowania innego.

Niedostrzeganie etycznego oraz ideologicznego zaangażowania psychiatrii wypływa stąd, że występuje ona pod szyldem nauk medycznych, który nadaje jej teoretycznym, normatywnym i arbitralnym konstrukcjom pozór naukowego uzasadnienia. Wiąże się z tym sygnalizowane przez „antypsychiatrów” niebezpieczeństwo instytucjonalnego narzucania „innym” stylu życia dominującego w społeczeństwie oraz niebezpieczeństwo kontrolowania zachowań niepożądanych, kamuflowane troską o zdrowie psychiczne społeczników „odmieńców”.

O realności tego niebezpieczeństwa może świadczyć narastający w krajach wysoko rozwiniętych proces przejmowania kontroli nad zachowaniem ludzi przez wyspecjalizowanych pracowników o wykształceniu psychologicznym lub psychiatrycznym. Ich orzeczenia liczą się w dziedzinie legalistyki, pedagogiki, rekrutacji zawodowej, w służbach społecznych, w polityce, religii i moralności. W ten sposób niepostrzeżenie dla wszystkich rośnie zakres ich władzy a jednocześnie dzieje się to przy milczącej zgodzie opinii publicznej, skłonnej do usprawiedliwienia wszelkich praktyk, jeśli odbywają się one pod szyldem terapii i są motywowane troską o zdrowie rzekomego pacjenta. Sprzyja temu pogłębiająca się medykalizacja życia społecznego, przejawia-

jąca się w tym, że społeczeństwo nie umiejące sobie poradzić z „niepokornymi”, skłonne jest widzieć w nich psychicznych dewiantów, których izoluje we współczesnym „leprozorium” — w szpitalu psychiatrycznym. Łatwość, z jaką udało się dokonać politycznej instrumentalizacji psychiatrii w byłych krajach komunistycznych, ale także w Stanach Zjednoczonych, zasługuje na uwagę i wymaga zbadania przyczyn takiego stanu rzeczy. Jest to jednak problem wykraczający poza ramy tego artykułu.

#### SUMMARY

The purpose of the paper is to demonstrate that the conceptions of mental health and the criteria of the mental norm found in present-day psychiatry are not axiologically neutral: there is a significant tendency to blur the difference between psychiatric diagnosis and moral evaluation. This tendency questions the existing status of psychiatry as a science and causes its evolution towards social sciences and the humanities. In practical therapy a lack of objective and scientifically justified criteria of mental normalcy encourages the substitution of therapy with behavioral techniques whose purpose is to modify the behavior of the patient in such a way that it should conform to what is regarded as a statistical norm. Psychiatry thus turns out to be only seemingly a therapeutic activity, while in reality it becomes an instrument of manipulation in the hands of the politically dominant elites.

