

BP JÓZEF WRÓBEL SCJ

PROBLEMATYKA BIOETYCZNA W OBRĘBIE PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII

Psychologia jest nauką zajmującą się analizą ludzkich procesów psychicznych oraz wynikających z nich przejawów zachowań. Mając na uwadze zaburzenia w tych sferach, stosuje się psychoterapię obejmującą wielorakie możliwości oddziaływania na ludzką psychikę, a także na ciało poprzez określone bodźce. Psychiatria zajmuje się z kolei badaniem, zapobieganiem i leczeniem zaburzeń psychicznych, wykorzystując techniki (bio)medyczne. Występujące w tych dziedzinach problemy moralne i prawne są kompleksowe, a największą trudność stanowi sam przedmiot analizy etycznej, a zwłaszcza specyficzna złożoność zdrowia psychicznego, chorób psychicznych, ich etiologii oraz form terapii. Rozpatrywana w tej materii problematyka dotyczy chorób mentalnych, zaburzeń psychosomatycznych¹ i zaburzeń osobowościowych². W grę wchodzi patologie obejmujące sferę anatomicznego niedorozwoju, defektów genetycznych i aberracji chromosomowych, uszkodzeń mechanicznych i chemicznych centralnego układu nerwowego, zniszczenia pasożytniczego³, a także problemy ujawniające się w sferze doświadczeń psychicznych i emocjonalnych wywołanych psychotropowym oddziaływaniem opioidów, począwszy od endogennych peptydów opioidowych nazywanych też hormonami szczęścia,

Bp prof. dr hab. JÓZEF WRÓBEL SCJ – kierownik Katedry Teologii Życia KUL; adres do korespondencji: ul. S. Kard. Wyszyńskiego 2, 20-950 Lublin.

¹ Por. K. C z u b a l s k i. *Choroby psychosomatyczne*. W: *Leksykon psychiatrii*. Red. S. Pużyński. Warszawa 1993 s. 70-73.

² Por. A. J a k u b i k. *Zaburzenia osobowości*. W: *Leksykon psychiatrii* s. 523-525.

³ Zwłaszcza wągrzyca, bąblowiec, włośnica, schistosomatoza, toksoplazmoza, zimnica, czerwotka pełzakowa (por. np. I. W a l d. *Choroby pasożytnicze układu nerwowego*. W: *Leksykon psychiatrii* s. 69-70.

na czele z endorfiną wytwarzaną przez mózg⁴. Dodatkowo manifestują się one zróżnicowanymi formami upośledzenia umysłowego, psychoz maniakalno-depresyjnych, patologii emotywnych czy uznanymi za patologiczne reakcjami na określone bodźce.

Trudność stanowi też próba wyznaczenia ostrej granicy między normalnością i patologią z uwagi na fakt, że drobne nieprawidłowości występują również i u zdrowych ludzi⁵. W końcu, nie istnieje żadne wspólne wyjaśnienie stanów i objawów, które są przedmiotem praktyki, czy to psychologicznej, czy też psychiatrycznej⁶. Wiele z przypadków występujących w procesie terapii nie tylko zakłada odwołanie do refleksji deontologicznej i prawnej, ale także domaga się analizy bioetycznej. Niektóre z nich stanowią także obligatoryjny przedmiot refleksji teologicznej i teologicznomoralnej. Z racji ograniczonych ram objętościowych niniejszej publikacji te ostatnie aspekty będą przedmiotem niniejszego studium.

I. MIEJSCE BIOETYKI W PSYCHOLOGII I PSYCHIATRII

Zgodnie z definicją bioetyka to „część filozoficznej etyki szczegółowej, ustalająca oceny i normy moralne w stosunku do ingerencji w życie ludzkie w granicznych sytuacjach jego powstawania (biogeneza), trwania (bioterapia) i śmierci (tanatologia)”⁷. Powyższe określenie bioetyki obejmuje również krąg przedmiotowy psychologii i psychiatrii. Jest on bowiem związany z okresem „trwania” ludzkiego życia i obejmuje działania wchodzące w zakres różnorodnych form psychoterapii czy leczenia psychiatrycznego.

Nieco inną definicję podaje W. T. Reich, twórca *Encyklopedii bioetyki*. Według niego bioetyka to „studium systematyczne ludzkiego postępowania

⁴ Obok tego, że peptydy te pełnią rolę neuroprzekaźników i neuromodulatorów, mogą też uczestniczyć w genezie psychoz. W tej perspektywie są też przedmiotem badań. Por. W. K o s t o w s k i, A. W i t a n o w s k a. *Etiologia i patomechanizmy chorób ośrodkowego układu nerwowego*. W: *Patofizjologia*. Red. S. Maśliński, J. Ryzewski. Warszawa 2007³ s. 145-146; *Opioidy*. <http://pl.wikipedia.org/wiki/Opioidy>.

⁵ Por. np. M. J a r o s z. *Psychopatologia i syndromologia ogólna*. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów*. Red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski. Warszawa 1992 s. 41-43.

⁶ Por. np. J a r o s z. *Psychopatologia i syndromologia ogólna* s. 41-98 (z częściami opracowanymi przez A. Bilikiewicza), a także szczegółowe omówienie poszczególnych zaburzeń autorstwa innych współtwórców tejże pracy zbiorowej; por. także *Leksykon psychiatrii*.

⁷ T. B i e s a g a. *Bioetyka*. W: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*. Radom 2005 s. 54-55.

w sferze nauk związanych z ludzkim życiem i ochroną zdrowia, dokonywane w świetle wartości i zasad moralnych”⁸. Autor ten, mając na uwadze życie człowieka, domyślnie wskazuje na szerokie spektrum nauk, które koncentrują swoją uwagę na jego zdrowiu, włącznie ze zdrowiem psychicznym i psychosomatyczną harmonią.

Wraz z przewyciężeniem dualizmu René Descartes’a (1596-1650), mechanicyzmu Juliana Offray de La Mettrie (1709-1751) i chemicyzmu Hermanna Boerhaave’a (1668-1738) rozumiano, że przejawem zdrowia nie jest wyłącznie sprawność fizyczna człowieka, ale synteza stanu jakościowego jego psychosomatycznej konstytucji. Prowadzone studia i obserwacje potwierdziły jednocześnie, że na kondycję ciała wpływa ludzka *psyche* (i to nie tylko w zakresie przesyłanych impulsów ruchowych), a na stan ducha wpływa ludzka *soma* w jej anatomiczno-fizjologicznej złożoności (i to nie tylko w zakresie hormonalnej komunikacji). Innymi słowy, sfera psychiczna i somatyczna wzajemnie się warunkują⁹. Mózg jest też otwarty na oddziaływanie z zewnątrz, nie tylko za pomocą sugestii, hipnozy, ale także farmakologicznych specyfików, bodźców elektrycznych, magnetycznych i czynników mechanicznych. Niektóre z nich stosują również ludzie zdrowi, czy to celem wywołania stanów euforycznych, czy też usprawniania funkcji umysłowych, na przykład polepszenia pamięci¹⁰.

Zrozumiano też, że u podstaw życia psychicznego stoi „organ” aktywności umysłowej, czyli ludzki mózg, ukonstituowany między innymi przez rozproszone ośrodki poznania, komunikacji i specyficznie osobowych doświadczeń. Prawie w całości układ ten bazuje na biologiczno-fizjologicznej strukturze neuronowych komórek i biochemicznych neuroprzekaźników¹¹. Stan tego zespołu decyduje o jakości wyrazów ludzkiego intelektu. Poczynione ostatnio odkrycia domagają się właśnie nowego spojrzenia na przyczyny wielu chorób umysłowych, w tym również tych, które dotychczas uważano za klasyczne

⁸ *Introduction*. W: *Encyclopedia of Bioethics*. T. 1. Red. W. T. Reich. New York 1978 s. XIX.

⁹ E. Kowalski pisze: „Stres odgrywa dużą rolę w rozwoju większości chorób zewnętrzno-objawowych. [...] Problemy emocjonalne mają wpływ na pojawienie się i przebieg astmy zespołu skroniowo-żuchwowego, zespołu jelita drażliwego, [...] określone typy osobowości [...] są podatne na choroby serca i zachorowanie na raka. [...] W prawie każdej patologii ciała została już wykazana obecność elementu psychologicznego” (*Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów*. Kraków 2009 s. 272-273).

¹⁰ Por. G. S t i x. *Mózg w trybie turbo*. „Świat Nauki” 2009 nr 11(219) s. 36-43.

¹¹ Por. np. J. W. K a l a t. *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa 2007; B. S a d o w s k i. *Biologiczne mechanizmy zachowania ludzi i zwierząt*. Warszawa 2009.

zaburzenia psychiczne. Stwierdzono bowiem, że etiologia tych zaburzeń wydaje się być związana z „psuciem się” połączeń nerwowych¹².

Patologie złożenia *physis* i *psyche* ujawniają się w postaci chorób psychicznych i psychosomatycznych. Te ostatnie zawierają składnik obejmujący elementy somatyczne i stanowią przedmiot medycyny wewnętrznej. Klasycznym przykładem jest jadłowstręt psychiczny (*anorexia mentalis*), gdzie dysfunkcja psychiczna prowadzi do załamania się biologicznych funkcji organizmu, ze śmiercią włącznie¹³. Innym przykładem wpływu składnika somatycznego na stan zdrowia psychicznego są schorzenia układu hormonalnego – zarówno niedoczynności, jak i nadczynności gruczołów wydzielania wewnętrznego (przy czym nasilenie zaburzeń psychicznych nie zawsze odzwierciedla proporcjonalne zmiany w gospodarce hormonalnej). Tutaj konkretnym typom endokrynopatii odpowiadają określone schorzenia psychiczne¹⁴. Leczenie tych chorób obejmuje także ingerencje o charakterze biomedycznym. We wspomnianej anoreksji terapia polega między innymi na „przywróceniu homeostazy w organizmie poprzez doprowadzenie do równowagi elektrolitowej, witaminowej i węglowodanowej oraz usunięciu wtórnych zaburzeń ze strony układu pokarmowego i układu krążenia”¹⁵. W przypadku endokrynopatii leczenie może obejmować podawanie leków hormonalnych, a również w niektórych przypadkach zabieg chirurgiczny¹⁶. W jeszcze innych stanach chorobowych, jak na przykład skrajnie kliniczne przypadki depresji, stosuje się niekiedy elektrowstrząsy¹⁷, a w przypadku leczenia neuralgii nerwu trójdzielnego zabiegi neurochirurgiczne, między innymi w postaci wewnątrzczaszkowego uszkodzenia zwoju nerwu trójdzielnego lub dekompresję mikronaczyniową¹⁸. Z kolei w przypadku leczenia bólu stosowano środki barbituranowe, a dziś leki opioidowe i nieopiodowe, jakkolwiek w ostatnich latach odkryto, że ich skuteczność może niwelować gładź rdzenia kręgowego¹⁹.

¹² Por. T. R. I n s e l. *Awaria w obwodach*. „Świat Nauki” 2010 nr 5(225) s. 40-47.

¹³ Por. Z. R y d z y ń s k i. *Choroby psychosomatyczne*. W: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów* s. 148.

¹⁴ Por. S. P u ż y ń s k i. *Endokrynopatie*. W: *Leksykon psychiatrii* s. 152-154.

¹⁵ R y d z y ń s k i. *Choroby psychosomatyczne* s. 149.

¹⁶ Por. P u ż y ń s k i. *Endokrynopatie* s. 152-153.

¹⁷ Od lat osiemdziesiątych stosuje się je ponownie, o czym będzie mowa w ostatniej części artykułu.

¹⁸ Por. *Nerwoból, neuralgia, newralgia*. W: *Mała encyklopedia medycyny*. Red. T. Roźniatowski [i in.]. T. 2. Warszawa 1988 s. 735-736.

¹⁹ Por. R. D o u g l a s F i e l d s. *U źródeł przewlekłego bólu*. „Świat Nauki” 2009 nr 12(220) s. 42-49.

Nie do pominięcia jest też podłoże genetyczne niektórych patologii układu mózgowego i chorób neurologicznych. Wystarczy wspomnieć o zespole Downa, czyli trisomii chromosomu 21, zespole Wolfa-Hirschhorna, czyli mikrodelecji na krótkim ramieniu chromosomu 4, zespole Angelmana powodowanym mikrodelecją odcinka 15 chromosomu pochodzącego od ojca lub nieprawidłowym imprintingiem, o zespole Pradera-Williego, będącym następstwem aberracji chromosomalnej w postaci częściowej utraty długiego ramienia chromosomu 15 pochodzącego od matki, czy chorobie Alzheimerera.

Już w tych, przykładowo zobrazowanych, przypadkach zależności między chorobami dotyczącymi sfery psychicznej i psychosomatycznej a ich terapią została ukazana przestrzeń zakładająca ingerencje o charakterze medycznym i biomedycznym, także z użyciem najnowszych biotechnologii i środków biotechnicznych. Jeszcze bardziej klarowne powiązanie stanowią próby leczenia chorób neurozwyrodnieniowych za pomocą metod transplantacyjnych; dawniej za pomocą implantowania płodowej tkanki neuronowej²⁰, a obecnie eksperymentalnego wszczepiania komórek macierzystych. W ramach podsumowania można podkreślić, że większość terapii, wchodzących w zakres prowadzonych tutaj analiz, nawiązuje do osiągnięć współczesnej neurobiologii²¹ i neurofizjologii²², a przestrzeń dla refleksji bioetycznej jest tym bardziej ewidentna, im bardziej w terapii wzrasta odniesienie do nowoczesnych technik, biotechnik i biotechnologii, a z drugiej strony im bardziej sama terapia nie kontentuje się sukcesami w zakresie objawów patologii, ale usiłuje osiągnąć sfery przyczynowej.

II. W KRĘGU DEKLARACJI, REKOMENDACJI I KONWENCJI

Zważywszy na szerzenie tez istotnie podważających wyjątkowość człowieka pośród istot żywych, na przykład przez Petera Singera²³, należy zwrócić

²⁰ Por. P. M o r c i n i e c. *Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne*. Opole 2000.

²¹ Jest ona tutaj rozumiana tradycyjnie, w sposób zawężony, jako zbiór dyscyplin biologicznych zajmujących się układem nerwowym.

²² Jest ona tutaj ujmowana jako dział biologii, który zajmuje się funkcjonowaniem układu nerwowego.

²³ Por. *Etyka praktyczna*. Warszawa 2007² oraz A. B o h d a n o w i c z. *Od etyki godności osoby do etyki interesu. Peter Singer i jego próby zmiany paradygmatu etycznego*. W: *Moralne aspekty przemian cywilizacyjnych*. Red. J. Nagórny, A. Derdziuk. Lublin 2001 s. 91-110; por. także G. S t a n k e. *Mensch, Ja – Person, Nein? Kritische Auseinander-*

uwagę na różnicę między statusem pacjenta w wymiarze ontologicznym, klinicznym i społecznym. Sytuacja zdrowotna i pozycja społeczna człowieka psychicznie chorego w żadnym stopniu nie pozbawia go statusu ontologicznego, a więc człowieczeństwa, które stoi u podstaw jego osobowej godności i niezbywalnych praw. Nawet jeżeli w niektórych przypadkach niemożliwe jest przywrócenie mu zdolności do samodzielnego funkcjonowania w życiu społecznym, włącznie z egzekwowaniem wszystkich przysługujących mu praw, to jako obywatel danej wspólnoty ludzkiej z tytułu sprawiedliwości rozdzielczej posiada prawo do uczestnictwa w jej dobru wspólnym. Tym samym, spośród najbardziej podstawowych praw zachowuje on prawo do leczenia lub przynajmniej opieki zmierzającej do zagwarantowania mu możliwej dla niego jakości życia. Praktyczna realizacja tych praw stanowi miernik humanitarnej i moralnej wrażliwości społeczeństwa, w którym on żyje.

Szczególnym wyrazem postulatów realizacji powyższych praw i poszanowania godności osoby niepełnosprawnej psychicznie są deklaracje, rekomendacje i kodeksy deontologiczne stanowiące zbiory norm etycznych i prawnych określających profesjonalną posługę medyczną wobec tych osób²⁴.

1. *Deklaracje, rekomendacje i kodeksy międzynarodowe*

Podstawę prawną dla społecznych gwarancji dla osób psychicznie chorych stwarza już *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* z 10 grudnia 1948 roku. Jakkolwiek w dokumencie tym nie pojawia się temat zdrowia psychicznego, to jednak *Deklaracja* uznaje prawo człowieka do poziomu życia zapewniającego zdrowie, do opieki lekarskiej i do świadczeń socjalnych, a także prawo do ubezpieczenia na wypadek choroby (art. 25, p. 1)²⁵.

Problematyka *stricte* dotycząca osób psychicznie chorych pojawia się w *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* przyjętej przez Radę Europy 4 listopada 1950 roku²⁶. W art. 5 p. 1e dopuszcza ona

setzung mit Peter Singer. Frankfurt am Main 1999.

²⁴ Por. T. B. K u l i k, J. P a c i a n, A. P a c i a n, H. S k ó r z y Ń s k a, K. K o w a l c z y k, B. S z p o n a r, R. K r z y s z y c h a. *Prawa osób chorych psychicznie w świetle obowiązujących regulacji prawnych*. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2010 t. 91 z. 3 s. 369-374.

²⁵ Polska Akademia Nauk. Instytut Państwa i Prawa. Centrum Dokumentacji i Informacji Naukowej o Prawach Człowieka. *Prawa człowieka. Dokumenty*. T. 1. *Dokumenty międzynarodowe. Bibliografia polska*. Red. Z. Kędzia, R. Wieruszewski. Wrocław 1989 s. 29.

²⁶ http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/7B5C268E-CEB3-49A5-865F06286BDB0941/0/POL_CONV.pdf

zatrzymanie osoby umysłowo chorej. Kontekst pozwala stwierdzić, że celem takiego zatrzymania jest zapewnienie bezpieczeństwa tejże osobie, a także osobom z jej otoczenia.

Do zagwarantowania ochrony zdrowia psychicznego zobowiązują się sygnatariusze *Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych* przyjętego rezolucją Zgromadzenia Ogólnego ONZ w dniu 16 grudnia 1966 roku: „Państwa-strony [...] uznają prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego”²⁷.

Specyficzne gwarancje dla psychicznie chorych ustanawia *Deklaracja Praw Osób Upośledzonych Umysłowo* uchwalona przez Zgromadzenie Plenarne Organizacji Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1971 roku²⁸ oraz przyjęta przez tę samą organizację w dniu 9 grudnia 1975 roku *Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych*²⁹. Pierwsza *Deklaracja* podkreśla, że „osoba z upośledzeniem umysłowym ma, w możliwie największym stopniu, te same prawa, co inni ludzie” (p. 1), a także „ma prawo do odpowiedniej opieki medycznej i fizjoterapii oraz do nauki, szkolenia, rehabilitacji i poradnictwa w takim zakresie, aby umożliwić jej rozwój posiadanych uzdolnień i zrealizowanie całego potencjału” (p. 2). Natomiast druga *Deklaracja*, z 1975 roku, wyjaśnia na wstępie, że „pojęcie «osoby niepełnosprawnej» oznacza każdą osobę, która w wyniku deficytu swoich fizycznych lub umysłowych zdolności, wrodzonych lub nabytych, nie jest w stanie zapewnić sobie, częściowo lub całkowicie, warunków koniecznych do swego indywidualnego lub społecznego życia” (p. 1). Dalej dokument ten deklaruje, że osoby niepełnosprawne posiadają te same fundamentalne prawa, co inne osoby, a nade wszystko mają wrodzone prawo do poszanowania ich ludzkiej godności (por. p. 3), a także mają te same prawa obywatelskie i polityczne (por. p. 4). W punkcie 6 stanowi się między innymi, że „osoby niepełnosprawne mają prawo do opieki medycznej i psychologicznej oraz leczenia funkcjonalnego, obejmującego zaopatrzenie w sprzęt protetyczny i ortopedyczny; mają prawo do medycznej i społecznej rehabilitacji”.

W przygotowanej przez Światowe Stowarzyszenie Psychiatryczne *Deklaracji Hawajskiej*³⁰ z dnia 7 października 1977 roku podkreśla się w p. 1,

²⁷ Polska Akademia Nauk. Instytut Państwa i Prawa. Centrum Dokumentacji i Informacji Naukowej o Prawach Człowieka. *Prawa człowieka. Dokumenty* t. 1 s. 49.

²⁸ http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=160_g12

²⁹ <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/7720>

³⁰ World Psychiatric Association. *The Declaration of Hawaii* (07.10.1977). <http://pb.rcpsych.org/cgi/reprint/2/1/12.pdf>. Stowarzyszenie, na Światowym Kongresie w Rio de

że celem psychiatrii jest promowanie zdrowia, osobistej autonomii i rozwoju, a psychiatra winien mieć na uwadze przede wszystkim korzyści osiągnięte przez pacjenta. Punkt 2 zobowiązuje psychiatrę do ofiarowania pacjentowi najlepszej terapii, w której będzie uszanowana jego godność i autonomia. W p. 4 psychiatra jest zobowiązany do informowania pacjenta na temat jego sytuacji, proponowanej diagnostyki i procedury terapeutycznej. Te informacje winny być przedstawione w taki sposób, aby pacjent miał możliwość wyboru między dostępnymi metodami. Jeżeli pacjent musi zostać poddany przymusowemu leczeniu, to wyłącznie dla jego najlepszego dobra (dosłownie: „the patient’s best interests”), nie przekraczając uzasadnionego okresu trwania („a reasonable period of time”), a także można zakładać domyślną jego zgodę, wyrażoną również przez kogoś z jego otoczenia (por. p. 5). Punkt 6 domaga się odstąpienia od przymusowego leczenia, jeżeli powyższe warunki nie są spełnione. Na dalsze leczenie pacjent musi wyrazić zgodę. W wypadku zastosowania przymusowego leczenia pacjentowi przysługuje prawo do bycia uprzednio poinformowanym o możliwości odwołania się od decyzji lekarza do niezależnej instancji odwoławczej, samodzielnie bądź przez swojego przedstawiciela, bez ingerencji zespołu lekarskiego lub innych osób i bez stawiania mu przeszkód. Kolejny punkt omawianej *Deklaracji* domaga się od psychiatry odstąpienia od przymusowej terapii, jeżeli stwierdza on brak wystąpienia choroby psychicznej. Lekarz jest też zobowiązany odmówić terapii, jeżeli pacjent lub inna osoba domaga się postępowania sprzecznego z naukowymi lub etycznymi zasadami (por. p. 7).

Na uwagę zasługuje również *Konwencja Praw Dziecka* przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 listopada 1989 roku³¹. W art. 2, p. 1 państwa-strony konwencji zobowiązują się do respektowania i gwarantowania praw każdego dziecka, bez jakiegokolwiek dyskryminacji, w tym niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności. W art. 6, p. 2 zobowiązują się do zapewnienia w możliwie maksymalnym zakresie godnych warunków życia i rozwoju dziecka. W art. 18, p. 1 zostaje uznana zasada, że „oboje rodzice ponoszą wspólną odpowiedzialność za wychowanie i rozwój dziecka”.

Kwestie centralne dla zdrowia psychicznego pojawiają się w art. 23. Omawiana *Konwencja* uznaje „prawo dziecka psychicznie niepełnosprawnego do normalnego życia w warunkach gwarantujących mu godność, umożliwiających

Janeiro 9 czerwca 1993 roku, uchwaliło *Międzynarodową Kartę Praw Psychiatrycznych Pacjentów Szpitalnych*. Por. B r o n i e w i c z. *Przymusowe leczenie w prawie polskim*. [Http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?dok=f333160e6b20ba37686da89bbe5fab728a7d3d24-d3](http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?dok=f333160e6b20ba37686da89bbe5fab728a7d3d24-d3)

³¹ [Http://www.unicef.org/voy/media/CRC_polish_language_version.pdf](http://www.unicef.org/voy/media/CRC_polish_language_version.pdf)

osiągnięcie niezależności oraz ułatwiających aktywne uczestnictwo w życiu społeczeństwa” (p. 1); do objęcia go szczególną troską (por. p. 2); do możliwie bezpłatnie udzielanej opieki (por. p. 3), jak i gwarantuje, w miarę możliwości, „dostęp do oświaty, nauki, opieki zdrowotnej, opieki rehabilitacyjnej, przygotowania zawodowego oraz możliwości rekreacyjnych, urzeczywistniany w sposób prowadzący do osiągnięcia przez dziecko jak najwyższego stopnia zintegrowania ze społeczeństwem oraz osobistego wzrostu, w tym rozwoju kulturowego i duchowego” (p. 3). W kolejnym punkcie sygnatariusze *Konwencji* zobowiązują się do współpracy i wymiany odpowiednich informacji w zakresie profilaktyki zdrowotnej, leczenia medycznego, psychologicznego, funkcjonalnego, rehabilitacji, kształcenia i przygotowania zawodowego dzieci niepełnosprawnych (por. także art. 39). W art. 24 uznają oni „prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej”.

Ważne wskazania na temat realizacji praw osób z upośledzeniem umysłowym zostały sformułowane na 48. sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ w dniu 20 grudnia 1993 roku (Rezolucja 48/96), w dokumencie zatytułowanym *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*³². Rezolucja ta jest poświęcona miejscu osób niepełnosprawnych w ludzkiej społeczności. We Wstępie, p. 17, podkreśla się, że „termin «niepełnosprawność» obejmuje wiele ograniczeń funkcjonalnych [...]. Niepełnosprawność może być fizyczna, intelektualna lub polegać na dysfunkcji zmysłów; może wynikać z choroby somatycznej lub umysłowej. Wymienione zaburzenia mogą mieć charakter stały lub przejściowy”. W p. 18 dodaje się, że „termin «upośledzenie» (*handicap*) oznacza utratę lub ograniczenie możliwości uczestniczenia w życiu społeczeństwa w tym samym stopniu, co inni obywatele”. W p. 23 wyjaśnia się pojęcie rehabilitacji. Rozumie się przez nią „proces, którego celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiągnięcie i utrzymanie optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, narządu zmysłów, intelektualnego, psychicznego i/ lub społecznego [...]. Może ona obejmować działania zmierzające do odtworzenia i/lub przywrócenia funkcji, kompensacji utraty lub braku funkcji, jak też kompensacji ograniczenia funkcjonalnego”. Z kolei Zasada 2 („Opieka medyczna”) zobowiązuje państwa do zapewnienia skutecznej pomocy medycznej osobom niepełnosprawnym. W p. 3 podkreśla się, że „państwa powinny zagwarantować osobom niepełnosprawnym taką samą opiekę medyczną, jaką mają pozostali członkowie społeczeństwa” (por.

³² http://www.opc.uj.edu.pl/poradnik/links/pdf/Standardowe_Zasady.pdf

także p. 6). Zasada 3 („Rehabilitacja”) przypomina, że osobom niepełnosprawnym winna być zagwarantowana rehabilitacja mająca na celu „poprawę lub wyrównanie uszkodzonych funkcji”.

Prawa osobom psychicznie chorym gwarantują też rekomendacje Rady Europy:

– Zalecenie Nr R (83)2 z 22 lutego 1983 w sprawie prawnej ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi przymusowo umieszczonych w zakładach³³.

– Rekomendacja (2004)10 z 22 września 2004 w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi³⁴.

Powyższe wskazania prawne zwracają szczególną uwagę na obronę godności i praw pacjenta psychicznie chorego w kontekście diagnozy, wyboru terapii i przyzwolenia na terapię, a więc w tych sytuacjach, kiedy jego prawa mogą być z łatwością naruszane. Niektóre z nich dodatkowo dotyczą pacjentów podlegających ograniczeniu wolności, jak na przykład więźniowie.

W świetle powyższych dokumentów pacjent może być uznany za faktycznie chorego, jeżeli diagnoza posiada charakter ewidentnie naukowy. Taki werdykt mogą wydawać wyłącznie kompetentni lekarze i to w oparciu o najnowsze osiągnięcia psychologii i psychiatrii.

Rekomendacja 10/2004 w art. 2 postanawia jednocześnie, że nieprzestrzeganie wartości moralnych, społecznych i politycznych nie może być samo w sobie uznane za przejaw choroby psychicznej. To orzeczenie ma na celu ochronę przed politycznym wykorzystaniem psychiatrii, co miało miejsce w systemach totalitarnych³⁵.

Kwestie dotyczące osób psychicznie chorych zostały uwzględnione również w *Europejskiej Konwencji Bioetycznej z Oviedo* (pełna nazwa to: *Europejska Konwencja o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie*

³³ Por. Rada Europy. *Standardy Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom*. [Http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf](http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards.pdf) s. 60.

³⁴ Niniejsza rekomendacja odwołuje się do następujących dokumentów: *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* z 4 listopada 1950; *Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie* z 4 kwietnia 1997; Zalecenie Nr R (83)2 w sprawie prawnej ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi przymusowo umieszczonych w zakładach; Zalecenie Nr (87)3 w sprawie Europejskich reguł więziennych; Zalecenie Nr (98)7 w sprawie aspektów etycznych i organizacyjnych opieki zdrowotnej w więzieniach; Zalecenie 1235(1994) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie psychiatrii i praw człowieka. Por. [Http://coe.org.pl/files/853250692/file/rec200410.doc](http://coe.org.pl/files/853250692/file/rec200410.doc)

³⁵ Por. E. S g r e c c i a. *Manuale di bioetica*. T. 2: *Aspetti medico-sociali*. Milano 2002³ s. 57-60.

z 4 kwietnia 1997 roku)³⁶. W Rozdz. II, art. 6 pojawiają się wytyczne na temat ochrony osób niezdolnych do wyrażenia zgody. W p. 1 podkreśla się (z zastrzeżeniem art. 17 i art. 20), że „interwencja medyczna może być dokonana wobec osoby, która nie ma zdolności do wyrażenia zgody tylko wtedy, gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne”. Z kolei w p. 3 zapisano: „jeżeli zgodnie z obowiązującym prawem, osoba dorosła nie posiada zdolności do wyrażenia zgody na interwencję z powodu ułomności psychicznej [...], interwencja medyczna może być przeprowadzona za zgodą jej przedstawiciela ustawowego, odpowiedniej władzy albo innej osoby lub instytucji ustanowionych w tym celu na mocy przepisów prawa. Osoba poddana interwencji medycznej powinna, o ile jest to możliwe, uczestniczyć w podejmowaniu decyzji”.

O ochronie osób z zaburzeniami psychicznymi traktuje art. 7 omawianego dokumentu, w którym stwierdzono, że „osoba cierpiąca na poważne zaburzenia psychiczne może, bez wyrażenia zgody, zostać poddana interwencji medycznej mającej na celu leczenie tych zaburzeń, jeżeli brak interwencji stwarza ryzyko znacznego uszczerbku dla jej zdrowia, pod warunkiem zachowania gwarancji określonych przez prawo, obejmujących nadzór, kontrolę i środki odwoławcze”.

2. Deklaracje i kodeksy polskie

Za punkt wyjścia do refleksji nad zasadami opieki nad człowiekiem psychicznie chorym w prawie polskim mogą być uznane zapisy *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z 2 kwietnia 1997 roku³⁷. W rozdz. II, art. 30 stwierdza się, że „przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. *Ustawa zasadnicza* stanowi również, że wolności oraz prawa człowieka i obywatela mogą zostać ograniczone tylko wtedy, gdy jest to konieczne, między innymi dla ochrony zdrowia innych osób (por. art. 31, p. 3). Jednakże art. 39 gwarantuje, że „nikt nie może być poddany eksperymentom naukowym, w tym medycznym, bez dobrowolnie wyrażonej zgody”.

Podstawowe przesłanki prowadzenia praktyki psychiatrycznej mogą zostać wyprowadzone już z *Kodeksu Etyki Lekarskiej* uchwalonego przez Nadzwy-

³⁶ Rada Europy. *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna)* z 4 kwietnia 1997. W: M. S a f j a n. *Prawo i medycyna*. Warszawa 1998 s. 262-274.

³⁷ [Http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm](http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm)

czajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, który miał miejsce 20 września 2003 roku w Toruniu³⁸. Już w Przyrzeczeniu otwierającym *Kodeks*, lekarze zobowiązują się „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, a także według najlepszej ich wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom” (por. także art. 2). W art. 1 przypomina się, że „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych” i „zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”. Artykuł 6 przyznaje lekarzowi prawo wyboru metod leczenia. Winien on kierować się skutecznością stosowanych środków oraz ich zasadnością. W art. 12 lekarz zostaje zobowiązany do poszanowania godności osobistej pacjenta, a także jego prawa do intymności i prywatności. Praktycznym wyrazem takiej relacji jest zakaz wykorzystywania wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy (por. art. 14). Kolejny artykuł domaga się od lekarza, aby ten posiadał zgodę pacjenta na podejmowane działania. Natomiast, jeżeli nie jest on zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie nim się opiekująca. Dotyczy to również osoby niepełnoletniej (por. art. 15, p. 1-2).

Artykuł 16 porusza kwestię sytuacji pacjenta nieprzytomnego lub niepełnoletniego. Podane tutaj zasady mogą też być odniesione do osoby z ciężką niewydolnością mentalną. W tych przypadkach „lekarz może udzielić dla dobra chorego niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego”, a w przypadku dziecka ma on „obowiązek informowania jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego”. Z kolei art. 19 przyznaje pacjentowi prawo do „korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktów z duchownym”.

Z treści art. 36 wynika, że osoba obciążona poważną chorobą psychiczną nie może być dawcą organów w zabiegu transplantacji. Pobranie narządów od żyjącego dawcy zakłada bowiem dobrowolnie wyrażoną przez niego zgodę, którą poprzedza „poinformowanie o wszelkich możliwych następstwach związanych z tym zabiegiem”. Wolne uczestniczenie w takim zabiegu zakłada nie tylko brak przymusu, ale także pełną świadomość czynu i jego konsekwencji. *Kodeks* uznaje jednak za etyczne pobranie szpiku kostnego od dziecka za zgodą jego prawnego opiekuna, a od osoby niepełnoletniej również za jej osobistą zgodą, jeżeli jest ona zdolna do wyrażenia takiego przyzwolenia (por. art. 37). Można uznać za zgodne z duchem *Kodeksu* domniemanie, że

³⁸ Por. Naczelna Izba Lekarska. http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/ke1

przy analogicznych założeniach dawcą tej tkanki może być również osoba psychicznie chora.

Traktując o badaniach naukowych i eksperymentach biomedycznych z udziałem człowieka *Kodeks* domaga się, aby działania tego typu służyły poprawie zdrowia pacjenta, a spodziewane korzyści były istotnie większe od stwarzanych zagrożeń (por. art. 42). Specjalista przeprowadzający eksperyment z udziałem pacjenta „niezdolnego do świadomego podjęcia decyzji i wyrażania woli winien uzyskać na piśmie zgodę jego przedstawiciela ustawowego lub sądu opiekuńczego” (art. 44, p. 1). Artykuł 44 zdaje się mówić o eksperymencie badawczym. Z punktu widzenia etyki uznającej godność osoby ludzkiej taki eksperyment na osobie chorej psychicznie jest niegodziwy. Możliwy jest tylko eksperyment terapeutyczny.

W Polsce funkcjonują również kodeksy specyficzne normujące troskę o zdrowie psychiczne człowieka. W III Rzeczypospolitej, jako chronologicznie pierwszy, powstał *Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa*. Został on zatwierdzony w 1991 roku przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Dokument ten stanowi podstawowy zbiór zasad etycznych, do których przestrzegania zobowiązują się członkowie tegoż towarzystwa³⁹. W przeciwieństwie do innych kodeksów, treść tego *Kodeksu* nie została ujęta w formie tematycznie wyszczególnionych rozdziałów, paragrafów, artykułów czy punktów. Tu całość przyjęła kształt opracowania prezentującego poszczególne zasady w sposób deskryptywny. Całość jest ujęta w następujące części tematyczne: wstęp (choć bez tytułu), „zasady ogólne”, „psycholog jako praktyk”, „psycholog jako badacz” oraz „psycholog jako nauczyciel i popularyzator”. W *Kodeksie* podkreśla się, że „naczelną wartością dla psychologa jest dobro drugiego człowieka”⁴⁰. Winien on respektować godność osoby ludzkiej, jej podmiotowość i autonomię. W swej rozciągłości *Kodeks* stanowi syntezę istotnych norm zawartych w omawianych wcześniej dokumentach. Na marginesie trzeba jednak odnotować, że *Kodeks* ten nie używa pojęcia „pacjent” czy też „osoba potrzebująca pomocy psycho-terapeuty”, ale mówi o „kliencie”.

Z dnia 19 sierpnia 1994 roku pochodzi *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego*⁴¹. Ustawa ta jest ujęta w siedem rozdziałów i 56 artykułów.

³⁹ Por. *Kodeksy Etyczne w Polsce*. Wyboru dokonał i wstępem opatrzył Grzegorz Sołtyś. Warszawa 2006 s. 173-181.

⁴⁰ Tamże s. 173.

⁴¹ Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm. Ustawa ta była wielokrotnie nowelizowana. Ostatnia wersja pochodzi z 5 czerwca 2009 roku.

W Preambule podkreśla się, że „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa”. Kolejne artykuły bardzo szczegółowo określają zasady praktycznej ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Nie zawierają one konkretnych wskazań medycznych czy biomedycznych, ale ograniczają się do zasad etyczno-prawnych. W art. 2 zostaje wyjaśnione, na czym polega ochrona zdrowia psychicznego. Do tego typu działań należy, między innymi, „promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym” (p. 1) oraz „zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej” (p. 2). Zgodnie z art. 12 w procesie terapeutycznym nie uwzględnia się wyłącznie celów zdrowotnych pacjenta, ale także jego dobro osobiste. W procesie tym dąży się do poprawy zdrowia pacjenta za pomocą metod i środków najmniej uciążliwych. W przypadkach koniecznych (wyliczonych w art. 18), kiedy tego domaga się dobro pacjenta, może on zostać ubezwłasnowolniony. Lekarz musi o tym poinformować prokuratora (por. art. 16). Bez osobistej zgody może być poddana badaniu psychiatrycznemu również osoba, której zachowanie wskazuje na to, że może ona stwarzać zagrożenie dla życia swojego lub innych osób (por. art. 21, p. 1-4). Dokument omawia też powyższe procedury w przypadku osób niepełnoletnich (por. art. 21, p. 1; art. 22, p. 3-6).

Dnia 1 sierpnia 1997 roku Sejm Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił *Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych*⁴². Dokument ten, ujęty w cztery paragrafy, stanowi odbicie omawianej już wyżej *Deklaracji Praw Osób Niepełnosprawnych* ONZ z 1975 roku, a także odwołuje się do *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*, *Konwencji Praw Dziecka* oraz *Standardowych Zasad Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych* (por. par. 2). *Karta* uznaje między innymi prawo osób niepełnosprawnych do „dostępu do leczenia i opieki medycznej, wczesnej diagnostyki, rehabilitacji i edukacji leczniczej, a także do świadczeń zdrowotnych uwzględniających rodzaj i stopień niepełnosprawności” (par. 1, p. 2).

Kształt klasycznego kodeksu deontologicznego posiada *Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty* z 26 kwietnia 2007 roku⁴³. Jak to sugeruje tytuł dokumentu, stanowi on zbiór zasad szczegółowych normujących praktykę prowadzoną przez psychoterapeutów przynależących do Sekcji Psychoterapii

⁴² [Http://www.idn.org.pl/sonnszz/karta_praw_ON.htm](http://www.idn.org.pl/sonnszz/karta_praw_ON.htm)

⁴³ Por. *Kodeksy Etyczne w Polsce* s. 182-185; także <http://www.centrum-integrum.pl/index-kodeks1.html>

Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Sformułowane w nim zasady deontologiczne bazują na doświadczeniach przedstawicieli tegoż środowiska, a także uwzględniają sugestie Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutycznego (European Association of Psychotherapy). Podobnie jak *Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa* z 1991 roku i ten dokument nie mówi już o pacjencie czy osobie potrzebującej profesjonalnej pomocy, ale o kliencie.

Kodeks składa się z Preambuły oraz dziewięciu dosyć szczegółowo rozpisanych zasad. W Preambule zaznacza się, że „psychoterapeuta szanuje autonomię, godność i system wartości klienta oraz dąży do zachowania i ochrony fundamentalnych praw człowieka”, a „podstawowym celem jego działań jest realizowanie dobra klienta określonego w kontrakcie”. Psychoterapeuta nie może zgodzić się na niewłaściwe wykorzystanie posiadanych umiejętności przez osoby czy instytucje postronne.

Zasady stanowiące osnowę *Kodeksu* dotyczą między innymi takich kwestii, jak odpowiedzialność terapeuty za konsekwencje jego postępowania (zasada 1), obowiązek utrzymywania wysokich standardów w zakresie kompetencji zawodowych (zasada 2), obowiązek przestrzegania wysokich standardów moralnych, również w życiu prywatnym, gdyż ich brak może wpływać na wypełnianie zawodowych obowiązków oraz może podważać publiczne zaufanie do psychoterapeutów; winien on także uwzględniać obowiązujące normy społeczne (zasada 3), obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej co do informacji otrzymanych od klientów w trakcie terapii (zasada 4), obowiązek informowania klientów o celu oraz charakterze procedur diagnostycznych, a także poszanowanie ich prawa do decydowania o udziale w tych procedurach (zasada 5), pryncypia współpracy z innymi profesjonalistami w interesie klienta (zasada 6), obowiązek opierania swoich wypowiedzi na temat psychoterapii na rzetelnej wiedzy, zarówno co do ich zalet, jak i ograniczeń (zasada 7), w odniesieniu do technik diagnostycznych obowiązek stosowania przyjętych procedur naukowych i przestrzegania standardów (zasada 8) oraz obowiązek troszczenia się o dobro ludzi biorących udział w badaniach, a także zasadność naukowa tych badań (zasada 9).

III. INGERENCJE NEUROLOGICZNE Z PERSPEKTYWY ETYCZNEJ

Przedstawione wyżej normy deontologiczne, etyczne i prawne zmierzają do obiektywizacji oczekiwań stawianych psychologii i psychiatrii. Jak w przypadku każdej ingerencji medycznej, tak i tu oddziaływanie na pacjenta w ramach terapii musi mieć charakter dobroczynny. Mając na uwadze fakt,

że przedmiotem terapii jest osoba ludzka realizująca cele wsobne i społeczne, psychoterapia czy praktyka psychiatryczna, znajdująca uznanie etyki, musi ze swej istoty zmierzać do przywrócenia lub przynajmniej polepszenia podmiotowości pacjenta. Dopiero z tej perspektywy można ocenić adekwatność zastosowanych środków czy metod leczniczych.

Troska o podmiotowość pacjenta wyraża się w dążeniu do uzdolnienia go do bycia wolnym i świadomym podmiotem swoich aktów. Wolność nie jest tutaj rozumiana w sposób zawężony, jako brak przymusu czy jakiegoś uzależnienia, ale jako zdolność dokonywania osobowych wyborów. Taka wolność zakłada świadomość wartości i celów właściwych osobie ludzkiej, a także funkcji społecznych pełnionych przez nią. Wolność ta zakłada również zdolność poznawczą i decyzyjną, którym towarzyszy poczucie odpowiedzialności za czyn i jego skutki.

Ocalenie zdrowia psychicznego, jako zdolności bycia osobowym podmiotem w powyższym rozumieniu, jest niezwykle ważne. Z perspektywy moralnej możliwość takiego postępowania jest pierwszoplanowa. Zdrowie człowieka to nie tylko wysoka jakość życia⁴⁴, dobre samopoczucie, brak ograniczeń, ale przede wszystkim zdolność urzeczywistniania się w konkretnych warunkach i sytuacjach życiowych, możliwość pełnienia w sposób odpowiedzialny wspomnianych zadań społecznych, zrozumienie ostatecznego celu życia i dążenia do moralnej doskonałości⁴⁵.

Z tej perspektywy sytuacja osoby z ograniczoną sprawnością umysłową czy osoby psychicznie chorej nie rysuje się dobrze. Jakość jej życia jest odwrotnie proporcjonalna do wskaźników parametrycznych choroby czy patologii. W przypadkach nieuleczalnych koniecznym rozwiązaniem pozostaje solidarna opieka ze strony najbliższych, otoczenia, szerszej społeczności ludzkiej czy też specjalistycznych instytucji, jak na przykład odpowiednio do tego przygotowane i dysponujące profesjonalnie przygotowanym personelem domy opieki społecznej. Opieka ta nie wyraża się w przenikniętym paternalizmem

⁴⁴ Na temat jakości życia por.: J. W r ó b e l. *U źródeł myśli bioetycznej Jana Pawła II w 25-lecie pontyfikatu*. „Roczniki Teologiczne” 51:2004 z. 3 s. 30-37; T. B i e s a g a. *Jakość życia*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 218-221; por. także wieloaspektowe opracowanie *Jakość życia w chorobie*. Red. S. Steuden, W. Okła. Lublin 2007.

⁴⁵ Por. P. J a n i k. *Zdrowie*. W: *Encyklopedia bioetyki* s. 514-516; J. S t r o j n o w s k i. *Zdrowie*. W: *Katolicyzm A-Z*. Red. Z. Pawlak. Poznań 1989 s. 400-401; J. W r ó b e l. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków 1999 s. 149-153; L. C i c c o n e. *Salute e medicina*. Milano 1986 s. 34-38; M. L o m b a r d i R i c c i. *Un'etica della salute e della malattia. Fondamenti antropologici*. „Rivista di Teologia Morale” 22:1990 nr 1(85) s. 65.

ubezwłasnowolnieniu osoby pacjenta. W kształtowaniu relacji między osobą potrzebującą opieki i opiekunem (czy też terapeutą) zachowują swoją aktualność zasada solidarności i pomocniczości, a zatem, osoba chora winna być otoczona opieką w zakresie wyznaczonym przez jej godność osobową. Jako przedmiot opieki osoba taka winna więc mieć zagwarantowany taki stopień autonomii i samodzielności życiowej, jaki jest w stanie zagospodarować bez szkody dla siebie, dla innych osób czy też wobec szeroko rozumianych bytów społecznych.

Zgodnie z zasadami etyki medycznej i biomedycznej, konkretny kształt troski o zdrowie pacjenta z problemami psychicznymi musi być realizowany według wymogów podyktowanych przez jego osobowy status. Oznacza to, iż nie tylko cel, do którego zmierza terapia, ale także stosowane środki, muszą mieć na uwadze ten status. W praktyce chodzi o dobór terapii na miarę faktycznych potrzeb pacjenta z zachowaniem ich jakościowej stopniowości i proporcjonalności. W grę wchodzi przede wszystkim metody i środki bazujące na relacjach międzyosobowych (na przykład terapie grupowe), a następnie specyfiki farmakologiczne, poczynając od łagodnych. W nadzwyczajnych sytuacjach, gdy chodzi o ocalenie najważniejszych wartości, jak życie i osobowa podmiotowość, nie można też wykluczać *a priori* wykorzystania elektrostymulacji, elektrowstrząsów czy nawet ingerencji neurochirurgicznych.

Z etycznego punktu widzenia każda metoda i każdy specyfik, użyte w celach terapeutycznych, zachowują wobec pacjenta charakter tylko i wyłącznie środka, i jako takie nigdy nie mogą być stawiane ponad osobą. Wartość priorytetową bowiem stanowi zawsze integralne dobro osoby⁴⁶. Z tegoż punktu widzenia stosowanie wspomnianych wyżej środków czy metod nie zawsze jest bezproblemowe z powodu ich wielowymiarowego działania, w tym także niekorzystnych skutków ubocznych. Aplikacja niektórych z nich niesie ze sobą upokorzenie pacjenta, przykre doświadczenia, ryzyko groźnych powikłań, społeczną stygmatyzację czy wręcz możliwość wywołania postaw moralnych z trudem kontrolowanych⁴⁷. Stąd, korzystanie z takich środków i metod musi być podyktowane prawdziwą koniecznością, brakiem innych metod wolnych od tych negatywów, a nie chęcią eksperymentowania.

Powyższe wskazania wybrzmiewają szczególną doniosłością wobec praktyk dotyczących sfery doznań i zachowań seksualnych, a zalecanych lub stoso-

⁴⁶ Por. S g r e c c i a. *Manuale di bioetica* t. 2 s. 49.

⁴⁷ Por. t e n ż e. *Istanze antropologiche ed etiche nella cura e assistenza del malato di mente*. „Medicina e Morale” 1983 nr 3 s. 255-271.

wanych przez niektórych psychoterapeutów. Nie można ich zaakceptować, jeżeli same w sobie są niemoralne, naruszają w sposób ewidentny godność człowieka, łamią poczucie wstydu i niszczą jego wrażliwość moralną. Nie tylko nadwężają w nim to, co ludzkie, rozbudzając najniższe instynkty, ale są również wysoce nieodpowiedzialne, gdyż wyzwolone takimi praktykami zachowania pacjenta psychicznie chorego są niemożliwe lub przynajmniej trudne do opanowania. W związku z powyższym, trzeba się odnieść z rezerwą do dyrektywy Organizacji Narodów Zjednoczonych sugerującej, aby osobom niepełnosprawnym nie była odmawiana możliwość doświadczania własnej seksualności⁴⁸. Również różne formy „erotycznego towarzyszenia” osobom niepełnosprawnym, z moralnego punktu widzenia, są nie do przyjęcia⁴⁹. Na pozytywne odnotowanie zasługuje natomiast fakt, że przedstawiony wyżej polski *Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty* z 26 kwietnia 2007 roku uznaje za „nieetyczne utrzymywanie relacji seksualnych z klientami, studentami, osobami szkolonymi, a także z uczestnikami badań” (zasada 5a).

Zasadniczo wolna od etycznych zastrzeżeń jest psychoterapia, jeżeli jest metodą adekwatną, nieinwazyjną i obciążoną najmniejszym ryzykiem wywołania nieodwracalnych zmian. Podobnie i metoda psychofarmakologiczna – jakkolwiek i jej aplikacja musi być podyktowana koniecznością i powinna być wolna od nieproporcjonalnego ryzyka. Natomiast pewne dylematy budzi metoda wykorzystująca elektrowstrząsy i elektrostymulację, a w jeszcze większym stopniu ingerencje psychochirurgiczne.

Zastrzeżenia do elektrowstrząsów (ECT – *Electroconvulsive Therapy*) i elektrostymulacji są w pewnym stopniu umotywowane historycznie, jako że metody te, wprowadzone w 1938 roku przez Ugo Cerletiego i Lubio Biniego, a stosowane zwłaszcza w leczeniu depresji i schizofrenii, były nieraz nadużywane w zakładach z niedoborem personelu. Trudności etyczne budziła też sama natura tych metod. Stosowanie elektrowstrząsów przy braku znieczulenia i bez wywołania zwiótczenia mięśni (w celu wyeliminowania ich tonicznego skurczu) prowadziło u pacjentów do utraty świadomości, wystąpienia przy-

⁴⁸ Por. *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*. Zasada 9. *Życie rodzinne i integralność jednostki*, p. 2. W p. 3 dodaje się: „Państwa powinny promować działania zmierzające do zmiany wciąż dominującego w społeczeństwie negatywnego stosunku do małżeństwa, życia seksualnego i rodzicielstwa osób niepełnosprawnych, a zwłaszcza dziewcząt i kobiet. Należy zachęcać media do angażowania się w eliminowanie takich negatywnych postaw”.

⁴⁹ Por. szerokie opracowanie na ten temat: A. B a r t o s z e k. *Seksualność niepełnosprawnych. Studium teologicznomoralne*. Katowice 2009, zwłaszcza s. 167-233.

krych doznań drgawkowo-padaczkowych, złamań kręgosłupa, zwicnięć w układzie kostnym, a także zespołów zaburzeń psychoorganicznych (jak senność, przymglenie czy dezorientacja) wraz z otępieniem i czasowym zanikiem pamięci. Objawy te z reguły ustępowały po pewnym czasie⁵⁰.

Z etycznego punktu widzenia nie można wykluczyć *a priori* metody wykorzystującej elektrowstrząsę. Począwszy od lat 80. ubiegłego wieku ponownie znalazła ona terapeutyczne zastosowanie. W leczeniu pacjentów w stanach głębokiej depresji z silnymi tendencjami samobójczymi, ostrych manii i katonii zyskała nawet znaczenie priorytetowe. Aplikowana w odpowiedniej mierze, przy precyzyjnym dawkowaniu prądu, jego jednostronnym przepływie, przy ogólnym znieczuleniu i po uprzednim podaniu środka zwiotczającego mięśnie, a więc przy wyeliminowaniu wspomnianych negatywnych skutków ubocznych, metoda ta staje się w miarę adekwatnym środkiem terapeutycznym, przede wszystkim, gdy środki psychofarmakologiczne są nieskuteczne lub ich zastosowanie jest niemożliwe bądź niewskazane⁵¹.

Poważniejsze zastrzeżenia budzą terapie z obszaru psychochirurgii, w praktyce przyjmujące postać lobotomii przedczołowej (zwanej też leukotomią przedczołową)⁵², lobotomii transorbitalnej⁵³, amygdalotomii⁵⁴ i topekto-mii⁵⁵. Metoda ta, zastosowana po raz pierwszy przez Egasa Moniza i Almeida Limę w 1945 roku, niesie ze sobą trwale i nieodwracalne skutki. Z góry zakłada ona uszkodzenie tkanki neuronowej i w poważnym stopniu pozbawia człowieka osobowości. Jest źródłem apatii, niewrażliwości, upośledzenia myślowego, nagłych ataków. Zabiegi psychochirurgiczne znajdują

⁵⁰ Por. *Elektrowstrząsowa terapia*. W: A. S. R e b e r, E. S. R e b e r. *Słownik psychologii*. Warszawa 2005 s. 200; A. S z y m u s i k. *Elektrowstrząsę*. W: *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Red. M. Barczyński, J. Bogusz. Kraków 1993 s. 104; także *Elektrowstrząsę*. W: *Wielki słownik medyczny*. Warszawa 1996 s. 321.

⁵¹ Por. A. K a l i n o w s k i. *Elektrowstrząsę – wciąż użyteczna metoda leczenia*. „Terapia” 11:2003 nr 11(144) s. 16-18; T. Z y s s. *Kontrowersje i uwagi krytyczne dotyczące terapii elektrowstrząsowej*. „Psychiatria” 2010 t. 7 nr 1 s. 38-45; *Elektrowstrząsowa terapia* s. 200; S z y m u s i k. *Elektrowstrząsę* s. 104; także *Elektrowstrząsę*. W: *Wielki słownik medyczny* s. 321.

⁵² Interwencja neurochirurgiczna o charakterze terapeutycznym mająca na celu przeciwdziałanie niektórym zaburzeniom natury psychicznej. Polega ona na przecięciu istoty białej płatów czołowych mózgu, a tym samym na przerwaniu biegnących w tych płatach dróg kojarzeniowych.

⁵³ Praktycznie metoda wykonywania lobotomii przedczołowej.

⁵⁴ Zabieg polegający na przecięciu włókien ciała migdałowego.

⁵⁵ Odmiana lobotomii czołowej polegająca na przecięciu dróg wzgórzowo-czołowych lub usunięciu części kory mózgowej, z którymi są związane zmiany chorobowe.

miejsce w przypadkach leczenia wad rozwojowych, pourazowego uszkodzenia tkanki neuronowej, a także depresji, schizofrenii katatonicznej, niekontrolowanej agresji, neuralgii nerwu trójdzielnego⁵⁶. Trudności związane ze stosowaniem tej metody implikują nie tylko jej wymiar medyczny, ale również etyczny. Nie sposób bowiem przewidzieć wszystkich następstw takiej ingerencji, jak i trudno oszacować proporcje między samą ingerencją w tkankę mózgową i pozytywnymi jej efektami.

*

Poczynione powyżej uwagi sugerują, że stosowanie przedstawionych metod domaga się uważnej analizy, a dobro osoby ludzkiej musi być zawsze rozpatrywane całościowo. Procedura podejmowania decyzji o aplikacji danych środków i metod terapeutycznych winna za punkt wyjścia obrać roztropną ocenę, czy ich użycie w konkretnym przypadku jest samo w sobie etyczne. W dalszej kolejności należy dokonać porównania między ryzykiem i dobrem, którego w terapii można oczekiwać. Nieodzowna jest również ocena ich zasadności i proporcjonalności, pamiętając, że nie ma obowiązku sięgania po środki nieproporcjonalne i „heroiczne”⁵⁷. Ciężki stan pacjenta, przejawiającego nasiloną agresję, dążącego do okaleczenia siebie czy wprost usiłującego położyć kres swojemu życiu, uprawnia do podjęcia wobec niego proporcjonalnie poważnej interwencji medycznej. W przypadku pacjenta dążącego do autodestrukcji, ingerencja farmakologiczna bądź psychochirurgiczna wydaje się być słuszniejszą niż regularne więzienie go w kaftanie bezpieczeństwa. Rozstrzygnięcie takie jest jednak słuszne pod warunkiem, że stany te mają charakter regularny, trwałe i postępujący. Staje się zaś niedopuszczalne, jeżeli nasilenie choroby ma charakter tylko przejściowy lub jest możliwe jego przezwyciężenie w wyniku etycznie dopuszczalnych metod terapeutycznych, nawet zakładających działania znacznie rozciągnięte w czasie.

Mając na uwadze ogólne i szczegółowe zasady etyki medycznej, niemoralne jest wykorzystanie osób psychicznie chorych w nieterapeutycznych eksperymentach medycznych. Niemoralne jest również wykorzystanie ich jako dawców organów w zabiegach transplantacyjnych.

⁵⁶ Por. *Lobotomia przedczołowa*. W: R e b e r, R e b e r. *Słownik psychologii* s. 364; *Nerwoból, neuralgia, newralgia* s. 735-736; S g r e c c i a. *Manuale di bioetica* s. 53, przypis nr 52.

⁵⁷ Por. W r ó b e l. *Człowiek i medycyna* s. 399-436.

BIBLIOGRAFIA

I. Dokumenty

- Komitet Ministrów Rady Europy. Rekomendacja (2004)10 w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób z zaburzeniami psychicznymi z 22 września 2004. [Http://coe.org.pl/files/853250692/file/rec200410.doc](http://coe.org.pl/files/853250692/file/rec200410.doc)
- Komitet Ministrów Rady Europy. Zalecenie Nr R (83)2 w sprawie prawnej ochrony osób z zaburzeniami psychicznymi przymusowo umieszczonych w zakładach z 22 lutego 1983. W: Rada Europy. Standardy Europejskiego Komitetu Zapobiegania Torturom. [Http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards](http://www.cpt.coe.int/lang/pol/pol-standards) s. 60.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997. Dz. U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.
- Naczelna Izba Lekarska. Kodeks Etyki Lekarskiej z 20 września 2003. [Http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel](http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel)
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa (1991). W: Kodeksy Etyczne w Polsce. Wyboru dokonał i wstępem opatrzył Grzegorz Sołtysiak. Warszawa: AlmaMer Wyższa Szkoła Ekonomiczna 2006 s. 173-181.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty z 26 kwietnia 2007. W: Kodeksy Etyczne w Polsce. Wyboru dokonał i wstępem opatrzył Grzegorz Sołtysiak. Warszawa: AlmaMer Wyższa Szkoła Ekonomiczna 2006 s. 182-185.
- Rada Europy. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna) z 4 kwietnia 1997. W: M. S a f j a n. Prawo i medycyna. Warszawa: Oficyna Naukowa 1998 s. 262-274.
- Rada Europy. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności – Europejska Konwencja Praw Człowieka (Konwencja Europejska) z 4 listopada 1950. [Http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/7B5C268E-CEB3-49A5-865F-06286BDB0941/0/ POL_CONV.pdf](http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/7B5C268E-CEB3-49A5-865F-06286BDB0941/0/ POL_CONV.pdf)
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych z 1 sierpnia 1997. [Http://www.idn.org.pl/sonnszz/karta_praw_ON.htm](http://www.idn.org.pl/sonnszz/karta_praw_ON.htm).
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.
- World Psychiatric Association. The Declaration of Hawaii (07.10.1977). [Http:// pb.rcpsych.org/cgi/reprint/2/1/12.pdf](http://pb.rcpsych.org/cgi/reprint/2/1/12.pdf)
- Zgromadzenie Ogólne ONZ. Konwencja Praw Dziecka z 20 listopada 1989. [Http://www.unicef.org/voy/media/CRC_polish_language_version.pdf](http://www.unicef.org/voy/media/CRC_polish_language_version.pdf)
- Zgromadzenie Ogólne ONZ. Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 16 grudnia 1966. W: Polska Akademia Nauk. Instytut Państwa i Prawa. Centrum Dokumentacji i Informacji Naukowej o Prawach Człowieka. Prawa człowieka. Dokumenty. T. 1. Dokumenty międzynarodowe. Bibliografia polska. Red. Z. Kędzia, R. Wieruszewski. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1989 s. 44-55.
- Zgromadzenie Ogólne ONZ. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 10 grudnia 1948. W: Polska Akademia Nauk. Instytut Państwa i Prawa. Centrum Dokumentacji i Informacji Naukowej o Prawach Człowieka. Prawa człowieka. Dokumenty. T. 1. Dokumenty międzynarodowe. Bibliografia polska. Red. Z. Kędzia, R. Wieruszewski. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1989 – cały s. 24-31.
- Zgromadzenie Ogólne ONZ. Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych z 20 grudnia 1993 (Rezolucja 48/96). [Http://www.opc.uj.edu.pl/poradnik/links/pdf/Standardowe_Zasady.pdf](http://www.opc.uj.edu.pl/poradnik/links/pdf/Standardowe_Zasady.pdf)

- Zgromadzenie Plenarne ONZ. Deklaracja Praw Osób Niepełnosprawnych z 9 grudnia 1975. [Http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/7720](http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/7720)
- Zgromadzenie Plenarne ONZ. Deklaracja Praw Osób Upośledzonych Umysłowo z 20 grudnia 1971. [Http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=160_g12](http://www.ffm.pl/index.php?mod=4&p=1&srw=1&text=160_g12).

II. Literatura przedmiotowa

- B a r t o s z e k A.: Seksualność niepełnosprawnych. Studium teologicznomoralne. Katowice: Księgarnia św. Jacka 2009.
- B i e s a g a T.: Bioetyka. W: Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła. Red. A. Muszala. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne 2005 s. 54-62.
- B i e s a g a T.: Jakość życia. W: Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła. Red. A. Muszala. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne 2005 s. 218-221.
- B o h d a n o w i c z A.: Od etyki godności osoby do etyki interesu. Peter Singer i jego próby zmiany paradygmatu etycznego. W: Moralne aspekty przemian cywilizacyjnych. Red. J. Nagórny, A. Derdziuk. Lublin 2001 s. 91-110.
- B r o n i e w i c z B.: Przymusowe leczenie w prawie polskim. [Http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?dok=f333160e6b20ba37686da89bbe5fab728a7d3d24-d3](http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?dok=f333160e6b20ba37686da89bbe5fab728a7d3d24-d3)
- C i c c o n e L.: Salute e medicina. Milano: Edizioni Ares 1986.
- C z u b a l s k i K.: Choroby psychosomatyczne. W: Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993 s. 70-73.
- D o u g l a s F i e l d s R.: U źródeł przewlekłego bólu. „Świat Nauki” 2009 nr 12(220) s. 42-49.
- Elektrowstrząsowa terapia. W: A. S. R e b e r, E. S. R e b e r. Słownik psychologii. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar 2005 s. 200.
- Elektrowstrząsy. W: Wielki słownik medyczny. Warszawa: PZWL 1996 s. 321.
- I n s e l T. R.: Awaria w obwodach. „Świat Nauki” 2010 nr 5(225) s. 40-47.
- Jakość życia w chorobie. Red. S. Steuden, W. Okła. Lublin: Wyd. KUL 2007.
- J a k u b i k A.: Zaburzenia osobowości. W: Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993 s. 523-525.
- J a n i k P.: Zdrowie. W: Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła. Red. A. Muszala. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne 2005 s. 514-518.
- J a r o s z M.: Psychopatologia i syndromologia ogólna. W: Psychiatria. Podręcznik dla studentów. Red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski. Warszawa: PZWL 1992 s. 41-98.
- J a r o s z y Ń s k i J.: Zaburzenia emocji. W: Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993 s. 521.
- K a l a t J. W.: Biologiczne podstawy psychologii. Warszawa: WN PWN 2007.
- K a l i n o w s k i A.: Elektrowstrząsy – wciąż użyteczna metoda leczenia. „Terapia” 11:2003 nr 11(144) s. 16-18.
- K o s t o w s k i W., W i t a n o w s k a A.: Etiologia i patomechanizmy chorób ośrodkowego układu nerwowego. W: Patofizjologia. Red. S. Maśliński, J. Ryzewski. Warszawa: PZWL 2007³ s. 125-151.
- K o w a l s k i E.: Osoba i bioetyka. Zagadnienia biomedyczne dla duszpasterzy i katechetów. Kraków: Wyd. Homo Dei 2009.
- K u l i k T. B., P a c i a n J., P a c i a n A., S k ó r z y Ń s k a H., K o w a l c z y k K., S z p o n a r B., K r z y s z y c h a R.: Prawa osób chorych psychicznie w świetle

- obowiązujących regulacji prawnych. „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2010 t. 91 z. 3 s. 369-374.
- Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993.
- Lobotomia przedczołowa. W: A. S. R e b e r, E. S. R e b e r. Słownik psychologii. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar 2005 s. 364.
- L o m b a r d i R i c c i M. Un’etica della salute e della malattia. Fondamenti antropologici. „Rivista di Teologia Morale” 22:1990 nr 1(85) s. 63-73.
- M o r c i n i e c P.: Etyczne aspekty transplantacyjnej terapii chorób neurozwyrodnieniowych. Studium teologicznomoralne. Opole: Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego 2000.
- Nerwoból, neuralgia, newralgia. W: Mała encyklopedia medycyny. Red. T. Roźniatowski [i in.]. T. 2. Warszawa: WN PWN 1988 s. 735-736.
- Opioidy. [Http://pl.wikipedia.org/wiki/Opioidy](http://pl.wikipedia.org/wiki/Opioidy)
- Patofizjologia. Red. S. Maśliński, J. Ryżewski. Warszawa: PZWL 2007³.
- P u ż y ń s k i S.: Endokrynopatie. W: Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993 s. 152-154.
- R e i c h W. T.: Introduction. W: Encyclopedia of Bioethics. Red. T. W. Reich. T. 1. New York: Macmillan Reference USA 1978 s. XV-XXII.
- R y d z y ń s k i Z.: Choroby psychosomatyczne. W: Psychiatria. Podręcznik dla studentów. Red. A. Bilikiewicz, W. Strzyżewski. Warszawa: PZWL 1992 s. 141-151.
- S a d o w s k i B.: Biologiczne mechanizmy zachowania ludzi i zwierząt. Warszawa: WN PWN 2009.
- S g r e c c i a E.: Istanze antropologiche ed etiche nella cura e assistenza del malato di mente. „Medicina e Morale” 1983 nr 3 s. 255-271.
- S g r e c c i a E.: Manuale di bioetica. T. 2: Aspetti medico-sociali. Milano: Vita e Pensiero 2002³.
- S i n g e r P.: Etyka praktyczna. Warszawa 2007².
- S t a n k e G.: Mensch, Ja – Person, Nein? Kritische Auseinandersetzung mit Peter Singer. Frankfurt am Main 1999.
- S t i x G.: Mózg w trybie turbo. „Świat Nauki” 2009 nr 11(219) s. 36-43.
- S t r o j n o w s k i J.: Zdrowie. W: Katolicyzm A-Z. Red. Z. Pawlak. Poznań: Księgarnia Św. Wojciecha 1989 s. 400-403.
- S z y m u s i k A.: Elektrowstrząsy. W: Medyczny słownik encyklopedyczny. Red. M. Barczyński, J. Bogusz. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Fogra” 1993 s. 104.
- W a l d I.: Choroby pasożytnicze układu nerwowego. W: Leksykon psychiatrii. Red. S. Pużyński. Warszawa: PZWL 1993 s. 69-70.
- W r ó b e l J.: Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków: Wyd. Księży Sercanów 1999.
- W r ó b e l J.: U źródeł myśli bioetycznej Jana Pawła II w 25-lecie pontyfikatu. „Roczniki Teologiczne” 51:2004 z. 3 s. 22-42.
- Z y s s T.: Kontrowersje i uwagi krytyczne dotyczące terapii elektrowstrząsowej. „Psychiatria” 2010 t. 7 nr 1 s. 38-45.

BIOETHICAL ISSUES WITHIN PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

S u m m a r y

The issue of psychophysical health, mental diseases, their etiology and forms of therapy gives rise to many legal, ethical and deontological problems. A lot of cases of mental disturbances analyzed from the therapeutic perspective not only assume referring to deontological and legal reflection, but demand bioethical analysis as well. This especially concerns the use of therapies based on contemporary biotechniques, biotechnologies and neurophysiology that attempt to reach not only the sphere of symptoms, but also the sphere of causes of mental disturbances and diseases. Attempts to make the expectations for psychology and psychiatry objective have been verbalized in numerous deontological, ethical and legal documents. The ethical perspective presents as the main aim rescuing the patient's mental health as the ability to be a free and conscious subject of his acts. The choice of methods and therapeutic techniques should have the integral good of the person as its aim, with simultaneously minimizing unfavorable side effects. Hence one has to be cautious about such treatments as electroconvulsive therapy or psycho-surgical interference. It is unethical to use mentally ill persons in non-therapeutic medical experiments and as organ donors in transplant operations.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: etyka, bioetyka, psychologia, psychiatria, psychoterapia, psychochirurgia.

Key words: ethics, bioethics, psychology, psychiatry, psychotherapy, psychosurgery.