

Zbigniew R. Kmiecik

LOSY WARIATA I GŁUPKA
W PAŃSTWIE I SPOŁECZEŃSTWIE



Zbigniew R. Kmiecik

LOSY WARIATA I GŁUPKA
W PAŃSTWIE I SPOŁECZEŃSTWIE

Zamów książkę w księgarni internetowej

proinfo.pl
księgarnia internetowa

Recenzent

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski

Wydawca

Izabella Małecka

Redaktor prowadzący

Joanna Tchorek

Opracowanie redakcyjne

Sylwia Wiśniewska

Ilustracja na okładce

Marcin Kołpanowicz, www.marcin.kolpanowicz.art.pl

Łamanie

Wolters Kluwer Polska

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by

Wolters Kluwer Polska SA, 2017

ISBN: 978-83-8124-142-7

Dział Praw Autorskich

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33

tel. 22 535 82 19

e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Magdalenie Marii

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
Rozdział I	
Prehistoria i Starożytność. „Po pierwsze – nie szkodzić!”	21
1. Prehistoria.....	21
2. Starożytny Wschód	22
3. Starożytna Grecja	28
4. Starożytny Rzym	41
Rozdział II	
Średniowiecze i Renesans. Tułaczka, loch lub areszt domowy	51
1. Wschód.....	51
2. Zachód.....	59
3. Rosja	81
4. Polska.....	83
Rozdział III	
Racjonalizm i Oświecenie. Koszmar stosów i zakładów dla obłąkanych	87
1. Zachód.....	87
2. Rosja	112
3. Polska.....	117
Rozdział IV	
Wiek XIX. Wyzwalanie z okowów	125
1. Zachód.....	125
2. Rosja	153
3. Polska.....	161
Rozdział V	
Wiek XX i współczesność	163
1. Psychoanaliza i psychiatria biologiczna.....	163
2. Sterylizacja i eutanazja w III Rzeszy Niemieckiej.....	186

3. Antypsychiatria. Czy choroba psychiczna to mit?.....	204
4. Szpitale psychiatryczne – zakłady lecznicze czy „instytucje totalne”?.....	224
5. Polityzacja psychiatrii. Psychiatria jako narzędzie służb specjalnych	249
5.1. Związek Radziecki.....	249
5.2. Stany Zjednoczone	270
5.3. Inne kraje.....	294
6. Zaburzenia psychiczne a przestępczość	321
6.1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi jako sprawcy	322
6.2. Osoby z zaburzeniami psychicznymi jako ofiary	336
7. Kultura a zaburzenia psychiczne.....	343
7.1. Kultura a postrzeganie normy i patologii psychicznej.....	344
7.2. Kultura a objawy zaburzeń psychicznych.....	347
7.3. Kultura a stosunek do zaburzeń psychicznych	356
8. Inflacja i generowanie zaburzeń psychicznych. DSM	360
9. Deinstytucjonalizacja czy transinstytucjonalizacja?	374
10. Walka o rząd dusz. Psychoterapia czy „psychotropy”?	395
Epilog	431
Bibliografia	441

WSTĘP

Niniejsza książka nie jest historią psychiatrii, tj. poglądów na istotę i etiologię zaburzeń psychicznych oraz metod ich leczenia. Jest historią stosunku państwa i społeczeństwa do osób z zaburzeniami psychicznymi, a ściślej – historią gnębnienia takich osób przez państwo (reprezentowane głównie przez sądy oraz zinstytucjonalizowaną psychiatrię) i społeczeństwo, a nierzadko także przez Kościół. Gnębienie to trwa nadal, także w Europie (w tym Polsce), przejawiając się choćby w prawnej możliwości profilaktycznego, przymusowego pozbawienia wolności osoby chorej psychicznie, która nie popełniła żadnego czynu zabronionego.

Książka opisuje, jak na przestrzeni dziejów ludzkości kształtował się i zmieniał się w różnych obszarach kulturowych stosunek społeczeństw do osób z zaburzeniami psychicznymi (zarówno chorych psychicznie – tytułowych „wariatów”, jak i upośledzonych umysłowo – tytułowych „głupków”) i jakie rozwiązania prawne wobec takich osób przewidywały państwa reprezentatywne dla poszczególnych kultur. Autor skupia się przede wszystkim na nadużyciach, często bardzo drastycznych, jakich w majestacie prawa dopuszczano się i wciąż dopuszcza się wobec takich osób.

Pierwsze próby instytucjonalizacji opieki psychiatrycznej podjęto na Bliskim Wschodzie około tysiąca lat temu. Dzieje zinstytucjonalizowanej opieki psychiatrycznej w Europie zamykają się w okresie około 500–600 lat, natomiast o stosowaniu jej na szeroką skalę można mówić tylko w odniesieniu do ostatnich dwóch stuleci. Czy przysłużyła się osobom cierpiącym z powodu zaburzeń psychicznych? W niewielkim stopniu. Znacznie częściej była dla nich źródłem dodatkowych cierpień. Jak pisze S.P. Hinshaw, „trudno jest uciec od uczucia pesymizmu, gdy analizuje się historię i rozważa się choćby samą tylko liczbę żywotów, które przez te wszystkie tysiąclecia wiedzione były w bolesnej ciszy, jeśli nie w zgiełku nikczemnego okrucieństwa i kar. Wykluczenie i odczłowieczenie osób z zaburzeniami psychicznymi były podstawową reakcją przez stanowczo zbyt długi czas. Udokumentowane fakty skłaniają nawet do myśli, że ludzie są wręcz predestynowani do tego, aby wykluczać lub karać tych, których postrzegają jako dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Podobne wnioski nasuwają się, gdy prześledzimy historię pod kątem różnic etnicznych i rasowych, gdzie takie praktyki jak niewolnictwo, tortury i ludobójstwo są wszechobecne. Niemniej możemy także znaleźć powody do

optymizmu, uwzględniając niektóre historyczne trendy, zwłaszcza liczne przykłady reform oraz niezachodnie modele bardziej humanitarnej opieki”¹. Krótko mówiąc, traktowanie pensjonariuszy zakładów dla obłąkanych na ogół nie miało nic wspólnego z opieką, a ich kuracja (o ile w ogóle stosowano jakąś) – z leczeniem.

Przegląd dziejów losów osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi na przestrzeni wieków obala mit Średniowiecza jako najbardziej mrocznej epoki, kojarzonej tylko z paleniem czarownic itp. Z punktu widzenia osoby z zaburzeniami psychicznymi Średniowiecze jawi się jako epoka względnej łagodności w porównaniu choćby z „wiekiem rozumu”.

Największych potworności osoby z zaburzeniami psychicznymi doświadczyły w dziejach ludzkości w Europie Zachodniej; od stosów, poprzez koszmar zakładów dla obłąkanych wyglądających gorzej niż obozy koncentracyjne, po okrucieństwo nazistowskich metod „eutanzji” sprowadzających się często po prostu do głodzenia pacjentów na śmierć. Warto o tym pamiętać, gdy z pozycji „cywilizowanego” zachodniego Europejczyka mówi się z wyższością (a nierzadko wręcz z pogardą) o kulturze Wschodu, nie tylko w aspekcie materialnym (gdzie taka pozycja jest w sposób oczywisty bezzasadna), ale także w aspekcie duchowym – etyczno-moralnym i aksjologicznym – obejmującym zwłaszcza takie kwestie, jak światopogląd oraz poszanowanie naturalnych, przyrodzonych praw i godności człowieka.

Wszystkie te nadużycia wobec osób chorych psychicznie i cierpiących na inne zaburzenia psychiczne były i są praktykowane pomimo odwiecznego i nieustającego braku zgody co do tego, czym jest zaburzenie psychiczne i choroba psychiczna w szczególności.

S. Pużyński definiuje chorobę psychiczną (psychozę) jako zaburzenie psychiczne różnego pochodzenia, w którym następuje utrata zdolności do realnej oceny rzeczywistości. Są to stany chorobowe, w których występują urojenia, omamy, zaburzenia świadomości, silne zaburzenia emocji i nastroju, łączące się z zaburzeniami myślenia i aktywności złożonej. Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne to – według tego samego autora – nerwice i inne zaburzenia typu nerwicowego (np. reakcje adaptacyjne), część zaburzeń psychosomatycznych, upośledzenie umysłowe, większość zespołów organicznych, zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji, niektóre zaburzenia psychoseksualne².

Według A. Bilikiewicza, w szerokim znaczeniu termin „choroba psychiczna” obejmuje wszelkie zaburzenia psychiczne (niekoniecznie psychotyczne), tj. nerwice, psychozy, zespoły psychoorganiczne i zaburzenia osobowości (charakteru). „W węższym zna-

¹ S.P. Hinshaw, *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*, Oxford University Press, Oxford–New York 2009, s. 71–72.

² S. Pużyński [w:] *Leksykon psychiatrii*, red. S. Pużyński, Warszawa 1993, s. 526.

czeniu tego terminu choroba psychiczna jest synonimem psychozy. Jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd, czyli poczucie choroby, zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością. Obraz kliniczny psychozy charakteryzuje się jakościowymi zmianami chorobowymi w zakresie myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego i innych funkcji psychicznych, prowadzącymi niekiedy do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym³.

Zdaniem S. Porczyka, zaburzenia psychiczne to pojęcie bardzo szerokie, najszersze, „obejmujące wszystkie zakłócenia czynności psychicznych uważane zgodnie z wiedzą medyczną za nieprawidłowe”. Choroby psychiczne to pojęcie znacznie węższe, dotyczące schorzeń najpoważniejszych, oznaczające to samo, co zaburzenia psychotyczne albo psychozy. Choroby psychiczne to choroby w zasadniczy sposób zakłócające, przynajmniej okresowo, postrzeganie świata oraz „kontakt z rzeczywistością”. Zakłócenie to związane jest głównie z występowaniem urojeń i omamów (halucynacji). Choroby psychiczne to przede wszystkim schizofrenia, choroba schizoafektywna (zaburzenia schizoafektywne), paranoja, majaczenie (zaburzenia świadomości). Do chorób psychicznych zalicza się także niektóre, ale tylko bardzo ciężkie i rzadkie stany depresyjne – depresje z urojeniami depresyjnymi, czyli tzw. depresje „psychotyczne”. Wreszcie za chorobę psychiczną, w kontekście starań o leczenie wbrew woli, może być czasem uznany, w skrajnych wypadkach tej choroby, jadłowstręt psychiczny⁴.

P. Radziwiłłowicz uważa, że wyznacznikiem psychozy (odróżniającym choroby psychiczne zwłaszcza od nerwic i zaburzeń osobowości) są odchylenia w stanie psychicznym o charakterze jakościowym (np. takim jakościowym zaburzeniem treści myślenia są urojenia, a zaburzeniem postrzegania – omamy), a nie tylko ilościowym. W psychozie – inaczej niż w nerwicy – struktura osobowości jest uszkodzona, pojawia się patologia metabolizmu informacyjnego między „ja” a środowiskiem, zatarcie granicy „ja”, nowe treści myślenia i spostrzegania. Autor nie zgadza się z poglądem zwolenników *continuum* w psychopatologii, zgodnie z którym granica między nerwicą i psychozą jest płynna, o czym mają świadczyć rzekomo przypadki tzw. „pogranicza” (ang. *borderline*), zawierające w sobie cechy nerwicowe, psychotyczne i patologii osobowości. Badania retrospektywne ujawniają bowiem, że przypadki *borderline* zmierzają w późniejszym terminie w kierunku psychotycznym⁵.

Niemiecki psychiatra, profesor Uniwersytetu Christiana-Albrechta w Kilonii (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel), H.W. Moises rozumie przez choroby psychiczne

³ A. Bilikiewicz, *Słownik terminologiczny [w:] Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. A. Bilikiewicz, Warszawa 2004, s. 690, 720.

⁴ S. Porczyk, *Co robić, gdy bliska chora psychicznie osoba nie chce się leczyć*, Grupa Synapsis Online, <http://online.synapsis.pl/Co-robic-gdy-bliska-chora-psychicznie-osoba-nie-chce-sie-leczyc/>.

⁵ P. Radziwiłłowicz, *Zespoły lękowe (lub tzw. nerwice)* [w:] A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, *Psychiatria. Repetytorium*, Warszawa 2003, s. 120.

(psychozy) „poważne psychiczne zaburzenia charakteryzujące się niezdolnością do odróżniania rzeczywistości od nierzeczywistości”. Do głównych objawów psychoz zalicza zdeorganizowane myślenie, urojenia, halucynacje, a także utrzymujący się bez widocznych powodów głęboki smutek lub nastrój euforyczny. Autor dzieli choroby psychiczne na dwie grupy: te o przyczynach organicznych oraz te o nieznanach przyczynach. Te o nieznanach przyczynach określane są jako „duże psychozy” (ang. *major psychoses*), psychozy endogenne, funkcjonalne lub idiopatyczne. Dotykają one ok. 2% populacji ludzkiej. Wśród „dużych psychoz” wyodrębnia się schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową, choć zasadność takiego podpodziału, jak zaznacza, jest kwestią dyskusyjną⁶.

Próbując zrozumieć i wyjaśnić etiologię „dużych psychoz”, pionierzy psychiatrii wypracowali trzy podstawowe koncepcje chorobowe, które wciąż zachowują swoją aktualność. Są to: koncepcja psychozy unitarnej (ang. *unitary psychosis*), koncepcja jednostek chorobowych (ang. *disease entity*) i koncepcja syndromalna (ang. *syndrome*).

Koncepcja psychozy unitarnej opiera się na założeniu, że pojedynczy proces chorobowy – modyfikowany przez różne czynniki – odpowiada za wszystkie „duże psychozy”: schizofrenię, chorobę afektywną dwubiegunową i depresję „dużą” (psychotyczną). Szereg wybitnych badaczy – zarówno dawnych, jak i współczesnych – przyjęło genetyczną ciągłość wszystkich „dużych psychoz”, m.in. Ernst Kretschmer, Elliot S. Gerson, Nick Craddock i Michael Owen.

Koncepcja jednostek chorobowych oparta jest na hipotezie, że każda psychoza ma specyficzną przyczynę. Wcześni alieniści (jak nazywano psychiatrów w okresie kształtowania się psychiatrii jako nauki) próbowali zidentyfikować jednostki chorobowe, poszukując zgodności albo różnic w przebiegu, zejściu, objawach psychopatologicznych i dziedziczności. Początki genetyki psychiatrycznej sięgają 1857 r., kiedy to francuski psychiatra, Benedict Morel użył dziedziczności jako kryterium podziału psychoz na dziedziczne i niedziedziczne. Emil Kraepelin, psychiatra niemiecki, który wywarł wielki wpływ na tę dziedzinę medycyny, zastosował kryterium zejścia do psychoz endogennych i w 1899 r. wyodrębnił wśród nich dwie podgrupy: grupę charakteryzującą się całkowitym wyzdrowieniem nazwał psychozą maniakalno-depresyjną, a grupę cechującą się niepełnym wyzdrowieniem określił mianem *dementia praecox* (otępienie wczesne). W 1911 r. otępienie wczesne zostało przemianowane przez szwajcarskiego psychiatrę, Eugena Bleulera, na „grupę schizofrenii”.

Koncepcja reaktywna albo syndromalna jest odwrotnością koncepcji psychozy unitarnej. Zakłada ona, że każda postać psychozy stanowi w istocie podobną reakcję mózgu na

⁶ H.W. Moises, *Psychoses* [w:] *Encyclopedia of Life Science*, Wiley Online Library, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470015902.a0005245.pub2/full>. Data dostępu dla wszystkich powoływanych stron internetowych – 13.06.2015 r.

cały szereg rozmaitych przyczyn. Wiele współczesnych hipotez przyjmuje taką wspólną drogę prowadząca ostatecznie do psychozy, np. koncepcja „wieloczynnikowego progu” (ang. *multifactorial threshold*) Irvinga I. Gottesmana i Jamesa Shieldsa, koncepcja systemu limbicznego (ang. *limbic system*) E. Fullera Torreya i Michaela R. Petersona, czy koncepcja „pracującej pamięci” (ang. *working memory*) Patricii Goldman-Rakic⁷.

S. Pużyński uważa określenie „choroba psychiczna” za anachroniczne i postuluje całkowite odstępianie od posługiwania się tym terminem, zwłaszcza w różnych regulacjach prawnych⁸. Zdaniem J.K. Gierowskiego i L.K. Paprzyckiego to zbyt daleko posunięty postulat. Autorzy piszą: „Trudno wyobrazić sobie dziś funkcjonowanie bez tego pojęcia nie tylko Kodeksu karnego, lecz także wielu definicji cywilnoprawnych (np. dotyczących ubezwłasnowolnienia). Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r., akt prawny przyjęty stosunkowo niedawno, przy czynnym udziale środowiska psychiatrycznego, z powodzeniem posługuje się kryterium choroby psychicznej jako jednej z przesłanek przymusowego trybu hospitalizacji psychiatrycznej. Raz jeszcze trzeba podkreślić, że w tradycji myślenia i opisu psychiatrycznego, pojęcie choroby psychicznej odegrało nadzwyczaj ważną opisową i porządkującą rolę (np. w podziale psychiatrii na «dużą» i «małą»), jest też powszechnie stosowane w większości światowych definicji prawnych niepoczytalności”⁹.

Podobnie uważa P. Radziwiłłowicz: „W związku z wprowadzeniem w życie «Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego» i konieczności regulacji na przykład przymusowych hospitalizacji, rozróżnienie nerwicy i psychozy ma duże znaczenie praktyczne. Z tych względów należy raczej przyjąć pogląd ścisłej granicy między tymi stanami chorobowymi, gdyż ich rozpoznanie implikuje dalsze postępowanie lekarskie i prawne”¹⁰.

Ustosunkowując się do powyższych kontrowersji i dylematów, należy stwierdzić, że tak długo, jak osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne będzie mogła być legalnie, zgodnie z literą prawa pozbawiona praw i wolności (czy to poprzez ubezwłasnowolnienie, uznanie za niezdolną do zawarcia małżeństwa, czy poprzez umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym), tak długo pojęcie choroby psychicznej – jako ograniczające grupę osób z zaburzeniami psychicznymi, które można pozbawić ich praw i wolności – musi funkcjonować. Nie ma także powodów medycznych, aby zrezygnować z osobnej nazwy dla grupy najcięższych zaburzeń psychicznych, etiologicznie i jakościowo różnych od pozostałych. To, czy termin ten będzie stosowany czy nie, nie zmieni faktu, że istnieje zasadnicza różnica między zaburzeniami, które nazywa się tradycyjnie chorobami

⁷ H.W. Moises, *Psychoses*.

⁸ S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, *Psychiatria Polska* 2007, t. XLI, nr 3, s. 307–308.

⁹ J.K. Gierowski, L.K. Paprzycki, *Niepoczytalność i poczytalność ograniczona* [w:] *System prawa karnego*, red. A. Marek, t. 4. *Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej*, red. L.K. Paprzycki, Warszawa 2013, s. 524.

¹⁰ P. Radziwiłłowicz, *Zespoły...*, s. 120.

psychicznymi, a upośledzeniem umysłowym, nerwicami, zaburzeniami osobowości czy zaburzeniami wywołanymi czynnikami zewnętrznymi (materialnymi, takimi jak np. trucizny lub inne substancje czy mechaniczne uszkodzenia mózgu, oraz niematerialnymi, jak stres). Rezygnacja czy odchodzenie od terminu „choroba psychiczna” nie ma więc uzasadnienia naukowego, lecz społeczno-ideologiczne.

Kontrowersje w nauce wzbudza nie tylko pojęcie choroby psychicznej, ale także pojęcie zaburzenia psychicznego w ogólności.

Po pierwsze, zaburzenie psychiczne może być definiowane jako **odchylenie od norm statystycznych**. Zachowanie człowieka może być postrzegane jako nienormalne, jeśli wykracza poza ramy obszaru, który uważany jest za statystycznie typowy. Zwolennicy skupiania się na statystycznym aspekcie nienormalnego zachowania zazwyczaj określają specyficzne cechy jednostek – np. rysy osobowościowe lub iloraz inteligencji (IQ) – oraz mierzą statystyczne rozdzielanie tych charakterystyk w danej populacji. „Normalna” jest ta cecha, która jest statystycznie najczęstsza. Granica między daną cechą a jej przeciwieństwem nie zawsze jest jednak ostra. Niekiedy przechodzi w sposób płynny w swoje przeciwieństwo. Jeśli zatem około 95,4% ludzi ma iloraz inteligencji mieszczący się w granicach 70–130, to możemy przyjąć, że są oni normalni. Nienormalni natomiast są przy takim założeniu zarówno ci, których iloraz inteligencji jest niższy niż 70 (około 2,3%), jak i ci, których iloraz inteligencji jest wyższy niż 130 (także około 2,3%). Równie dobrze jednak możemy rozszerzyć albo zawęzić granice normalności, przyjmując inne procentowe wartości progowe dla normy i patologii. Powstaje wobec tego pytanie, jak rzadkie muszą być dana cecha lub dany sposób zachowania, aby uznać je za nienormalne, i kto ma o tym decydować.

Innym zjawiskiem pojmowanym jako zaburzenie psychiczne jest **odchylenie od norm społecznych**. Niektóre zachowania są nie tylko akceptowane, ale często także oczekiwane w pewnych sytuacjach. Większość członków społeczeństwa jest świadoma tych norm społecznych i dostosowuje do nich swoje zachowanie. Ci z nas, którzy łamią te normy, są często postrzegani jako nienormalni, albo nawet – w skrajnych przypadkach – jako chorzy psychicznie. Takie podejście uwzględnia społeczne oczekiwanie określonych zachowań, jako że normy społeczne wychwytyują takie zachowania, które są uważane za pożądane zarówno dla jednostki, jak i społeczeństwa. Wartość takiej definicji podważa fakt, że pasują do niej nie tylko powodowane urojeniami czy zaburzeniami postrzegania „dziwaczne” zachowania osób chorych np. na schizofrenię, ale także nonkonformistyczne zachowania osób zdolnych do posiadania własnych poglądów i niebojących się postępować zgodnie z nimi.

Zaburzenie psychiczne może być także utożsamiane z **zachowaniem dysfunkcyjnym**. Taka definicja stwierdza, że z zaburzeniem psychicznym mamy do czynienia wtedy, gdy dana osoba wyraźnie nie funkcjonuje prawidłowo i, co za tym idzie, nie wie

„normalnego” życia w powszechnym rozumieniu tego zwrotu. Taka osoba może być pozbawiona niektórych emocji i/lub uczuć, w związku z czym jej udziałem może być tylko ograniczony zakres zachowań. W konsekwencji taka osoba nie potrafi funkcjonować albo funkcjonować prawidłowo na wszelkich płaszczyznach życia; np. nie jest w stanie odnaleźć się w życiu rodzinnym lub w codziennej pracy wśród ludzi. Pewne obszary życia są dla takiej osoby niedostępne.

Niektórzy uważają, że o istnieniu zaburzenia psychicznego decyduje **osobisty dyskomfort** danej osoby. Taki pogląd trudno jest pogodzić z istnieniem niektórych niewątpliwych zaburzeń psychicznych, w których obrazie (przynajmniej okresowo) nie ma odczuwania dyskomfortu. Dyskomfort często nie występuje w środkowych stadiach demencji, rzadziej niż osoby niezaburzone odczuwają dyskomfort osoby upośledzone umysłowo, a głównym objawem fazy maniakalnej w zaburzeniach afektywnych jest nie tylko brak dyskomfortu, ale wręcz euforia. Poza tym, wszyscy odczuwamy częściej lub rzadziej pewien dyskomfort, więc przyjmując to kryterium, należałoby uznać, że okresowo każdy ma zaburzenia psychiczne.

Inni z kolei twierdzą, że o istnieniu zaburzenia psychicznego u danej osoby świadczy **dyskomfort obserwatora**, a więc ludzi przebywających w towarzystwie tej osoby. Zachowanie niektórych ludzi i zewnętrznie przez nich emocje mogą wpływać bardzo destrukcyjnie na osoby w ich otoczeniu. Ludzie, których zachowanie powoduje, że inne osoby regularnie czują się niekomfortowo, przebywając razem z nimi, często są postrzegani jako cierpiący na zaburzenia psychiczne.

Są zwolennicy poglądu, że kryterium zaburzenia psychicznego jest **nieprzewidywalne zachowanie** (odmienne od spodziewanego). Jeśli zachowanie jest postrzegane jako nieoczekiwane albo niespodziewane, to bywa często uważane za nieadekwatne do sytuacji, a tym samym chore lub nienormalne. Takim zachowaniem może być np. przesadne reagowanie lub nadmierne bądź obniżone zainteresowanie, co może wiązać się z wysokim lub niskim poziomem emocji.

Inni stoją na stanowisku, że kryterium zaburzenia psychicznego jest **nieracjonalne zachowanie**. Jeśli zachowanie danej osoby w odbiorze (ocenie) innych nie ma sensu, nie może być racjonalnie uzasadnione lub przynajmniej wytłumaczone przez tę osobę, to jest postrzegane jako forma zachowania nienormalnego albo oznaka zaburzenia psychicznego. Takie podejście zasadza się na przekonaniu, że wszelkie zachowania powinny być w jakiś sposób wytłumaczalne przez „obiektywny” powód dla ich zaistnienia.

Wreszcie zaburzenie psychiczne definiowane jest jako **odstępstwo (odchylenie) od idealnego zdrowia psychicznego**. Psychologowie często rozważają i formułują pewne cechy charakteryzujące człowieka wolnego od zaburzeń psychicznych. Jeśli te kryteria

nie są spełnione w przypadku danej osoby, to postrzega się ją jako osobę dotkniętą zaburzeniem psychicznym. Na ogół wymienia się sześć takich kryteriów, są to:

- a) pozytywny obraz siebie: świadomość siebie, samoposzanowanie, samoakceptacja;
- b) wzrastanie i rozwój osobisty: rozwijanie talentów i zdolności do granic możliwości;
- c) autonomia: zdolność podejmowania niezależnych działań;
- d) prawidłowe postrzeganie rzeczywistości: brak wykrzywionego w jakikolwiek sposób obrazu świata;
- e) pozytywne przyjaźnie: zdolność budowania różnorodnych relacji międzyludzkich;
- f) panowanie nad światem otaczającym: zdolność sprostaną wymaganiom, jakie niosą ze sobą różne sytuacje napotykaną w codziennym życiu¹¹.

Patologiczne zmiany psychiki mogą przybierać postać stanów anormalnych (upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości), przypominających wrodzone kalectwa, bądź procesów chorobowych¹². Z punktu widzenia etiologii psychiczne procesy chorobowe dzielono tradycyjnie na endogenne (związane z predyspozycją genetyczną, determinującą zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego w różnych okresach życia) i egzogenne (o przyczynach zewnętrznych), te ostatnie zaś na somatogenne (związane ze zmianami organicznymi spowodowanymi innymi chorobami lub urazami) i psychogenne (związane z nieprawidłowym rozwojem psychicznym, społecznym uczeniem się oraz sytuacjami i wydarzeniami powodującymi stres psychiczny)¹³. Uwzględniając symptomy i społeczne skutki zaburzeń psychicznych, wyróżniano natomiast zespoły psychotyczne (przebiegające z jakościowymi objawami psychopatologicznymi i z zakłóceniem lub zniesieniem poczucia rzeczywistości, w tym poczucia choroby, a w konsekwencji utrudniające lub uniemożliwiające pełnienie ról społecznych, a nawet zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych) i zespoły niepsychotyczne (neurotyczne), nie spełniające kryteriów psychozy¹⁴.

Współczesne koncepcje etiopatogenetyczne zaburzeń psychicznych rozpatrują ich powstanie w kontekście predyspozycji (obejmującej czynniki genetyczne, nabyte zmiany biologiczne ośrodkowego układu nerwowego i rozwój psychiczny osobowości) oraz sytuacji zewnętrznej (obejmującej stres psychiczny oraz działanie patogennych czynni-

¹¹ Por. *Measuring the Unmeasurable. An Introduction to Psychology*, Making The Modern World, http://www.makingthemodernworld.org.uk/learning_modules/psychology/02.TU.04/?section=3.

¹² K. Spett, *Psychopatologia szczegółowa* [w:] M. Cieslak, K. Spett, W. Wolter, *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa 1977, s. 212.

¹³ Por. np. J. Rybakowski, *Etiologia i patogeniza zaburzeń psychicznych* [w:] *Psychiatria...*, red. A. Bilikiewicz, s. 49.

¹⁴ A. Bilikiewicz, *Psychopatologia i syndromologia ogólna* [w:] A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłowicz, *Psychiatria...*, s. 18.

ków fizycznych i biologicznych)¹⁵. W rezultacie tradycyjne podziały znajdują znikome odzwierciedlenie w obowiązujących obecnie klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, jednak w praktyce codziennej często nadal determinują myślenie psychiatrów, zwłaszcza prognostyczne¹⁶. Mimo bowiem że większość zaburzeń psychicznych ma złożoną etiologię, to jednak udział poszczególnych czynników etiologicznych w patogenezie zaburzeń psychicznych jest zróżnicowany i zwykle jeden z nich odgrywa w danym zaburzeniu rolę dominującą.

Ponieważ wciąż stosunkowo niewiele wiadomo o przyczynach zaburzeń (a zwłaszcza chorób) psychicznych, możemy podejść do tej kwestii z większą pokorą i z płaszczyzny patogenetyczno-etologicznych uwarunkowań zwrócić się z powrotem na fenomenologiczną płaszczyznę życia, postrzegając zasadniczo zaburzenia (choroby, cierpienia) psychiczne jako ogólnoludzkie możliwości wyrazu dla określonych sytuacji problemowych. Zaburzenia te przejawiają się zasadniczo w trzech obszarach: jaźni, relacji i ciała. W zależności od tego, który z tych kierunków dominuje, możemy wyróżnić choroby jaźni, choroby relacji i choroby ciała. Wszystkie trzy kierunki przejawiania się zaburzeń współuczestniczą zatem u każdego pacjenta, tylko w poszczególnych przypadkach na różnych obszarach tkwi punkt ciężkości¹⁷.

Zaburzenia jaźni (schizofrenia, mania, depresja, częściowo – zaburzenia seksualne) charakteryzują osoby ze schizofrenicznymi lub cyklotymicznymi metodami odpowiadania na problemy, przy czym stosunek do własnego „ja” jest skrzywiony. Uwarunkowania większości takich zaburzeń są nieznane lub tak ogólnoludzkie, że trudno je wyszczególnić; oprócz tego także fizyczno-genetyczne lub psychospołeczne. Doświadczenia wynikające z rekonstruowania historii życiowych długoletnich pacjentów (tzw. rehistoryzacja) przemawiają jednak niewątpliwie za szczególną rolę specyficznych konstelacji problemów życiowych.

Zaburzenia relacji (uzależnienia, nerwice, zaburzenia osobowości, zaburzenia psychosomatyczne, kryzysy wymagające interwencji, stwarzanie zagrożenia dla siebie i innych, częściowo – zaburzenia seksualne) cechują osoby neurotyczne, z zaburzeniami psychosomatycznymi, uzależnione, ze skłonnościami samobójczymi, z zaburzeniami seksualnymi lub osobowościowymi, które – próbując rozwiązać swoje problemy życiowe – zmodyfikowały swoje relacje do siebie i innych w taki sposób, że stały się niezdolne do normalnego funkcjonowania i współżycia. Uwarunkowania takich zaburzeń są przeważnie psychospołeczne, ale także fizyczne oraz nieznane.

¹⁵ J. Rybakowski, *Etiologia...*, s. 49.

¹⁶ J. Landowski, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych* [w:] A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłłowicz, *Psychiatria...*, s. 30.

¹⁷ Tak K. Dörner, U. Plog, Ch. Teller, F. Wendt, *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*, Psychiatrie Verlag, Köln 2013, s. 20.

Zaburzenia ciała (upośledzenie umysłowe, objawy psychiczne uwarunkowane fizycznie i choroby wieku starczego) spotyka się u osób z organicznymi chorobami mózgu, jak również cierpiących fizycznie (na ciele) bez udziału mózgu (tj. mimo braku jego uszkodzenia) oraz upośledzonych umysłowo. Uwarunkowania takich zaburzeń są przeważnie fizyczne, ale także nieznanne i psychospołeczne.

Zaburzenia związane z wiekiem (choroby wieku młodzieńczego i choroby wieku starczego) dotyczą młodych bądź starych ludzi, którzy nie mogą sobie poradzić z trudnościami, jakie niesie ich wiek, co w rezultacie prowadzi do zaburzeń jaźni, relacji lub ciała¹⁸.

Jaskrawym odzwierciedleniem stosunku społeczeństwa do zaburzeń psychicznych i osób dotkniętych nimi jest fakt, że nazwy określające niektóre kategorie takich zaburzeń były i są używane w celach obraźliwych. Tak często, że z czasem nazwy te przestawały mieć konotację medyczną, a zaczynały mieć pejoratywną, stając się tzw. epitetami. Skutkiem tego, co kilka dekad lub stuleci dawne nazwy zaburzeń psychicznych zastępowane są nowymi, które funkcjonują w terminologii medycznej, dopóki utrzymują neutralną konotację i same nie stają się „epitetami”. Wtedy znikają z języka medycznego, przechodząc do języka pogardy. Dawny „idiota” jest obecnie człowiekiem upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim, „imbecyl” (głuptak) – w stopniu znacznym, „debil” – w stopniu umiarkowanym, a „ociężyły umysłowo” – w stopniu lekkim. Dawny „kretyn”, czyli „matoł”, jest obecnie osobą cierpiącą na wrodzony zespół niedoboru jodu, a „mongol” ma w dzisiejszych czasach zespół Downa, zwolna ustępujący zresztą trisomii 21, jako że „down” także staje się epitetem. Dawna „histeryczka” ma obecnie zaburzenia dysocjacyjne (ewentualnie konwersyjne), a dawny „psychopata” – antyspołeczne zaburzenie osobowości. Człowiek „niedorozwinięty umysłowo”, zwany też niegdyś „oligofrenikiem”, z czasem stał się „upośledzonym umysłowo”, a obecnie coraz częściej nazywany jest „niepełnosprawnym intelektualnie”. To ostatnie określenie powinno być przestrożą, aby nie przesadzać z poprawnością polityczną¹⁹, gdyż można wówczas osiągnąć efekt daleki od zamierzonego. Termin „niepełnosprawność intelektualna” jest być może adekwatny do upośledzenia w stopniu lekkim czy umiarkowanym, natomiast w odniesieniu do upośledzenia w stopniu głębokim (gdzie IQ wynosi mniej niż 20) brzmi zdecydowanie zbyt eufemistycznie²⁰, a przez to nieco śmiesznie. Niektóre terminy medyczne przechodzą do lamusa, mimo że nigdy nie nabrały wydźwięku obraźliwego. W takich przypadkach można żałować dawnych określeń, ujmujących jednym słowem istotę zaburzenia, które obecnie określane jest nic niemówiącym dwu-, trzy- lub nawet czteroczłonowym wyrażeniowym dziwołogiem nazwotwórczym. Dawny „melancholik”

¹⁸ K. Dörner, U. Plog, Ch. Teller, F. Wendt, *Irren...*, s. 20–21.

¹⁹ W dość zgodnej opinii językoznawców tłumaczenie angielskiego zwrotu *political correctness* jako 'poprawność polityczna' jest błędne. Chodzi tu o poprawność obyczajową (grzecznościową), a nie polityczną, a więc o to, aby nie urazić rozmówcy z jakiegokolwiek powodu. Zresztą w dawnym języku polskim słowo „polityczny” znaczyło 'grzeczny'. Zob. J. Bralczyk, J. Miodek, A. Markowski, J. Sosnowski, *Wszystko zależy od przyimka*, Warszawa 2014, s. 178–179.

²⁰ „Niepełny” znaczy 'prawie pełny', a nie 'pusty'.

nie cierpi już nawet na depresję, tylko na dystymię (w przypadku zaburzenia osobowości) albo zaburzenie depresyjne nawracające, zwane też zaburzeniem afektywnym jednobiegunowym (w przypadku choroby psychicznej), a „neurotyk” nie ma już nerwicy, tylko zaburzenia lękowe (jeśli doświadcza stałego niepokoju albo ataków paniki) bądź zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (jeśli dręczą go natręctwa). „Cyklofrenik” nie choruje już na psychozę maniakalno-depresyjną, tylko na chorobę afektywną dwubiegunową, a „paranoik” nie ma paranoi, lecz zaburzenia urojeniowe. Na szczęście schizofrenik wciąż pozostaje schizofrenikiem. Żal zwłaszcza pięknego słowa „melancholia”. Trudno sobie na przykład wyobrazić, jak obecnie zespół The Moody Blues musiałby zatytułować jeden ze swoich najbardziej urokliwych utworów – *Melancholy Man*. *The Man With Persistent Depressive Disorder* czy *The Man With Recurrent Depressive Disorder*?

Rozdział I

PREHISTORIA I STAROŻYTNOŚĆ. „PO PIERWSZE – NIE SZKODZIĆ!”

1. Prehistoria

Nasi praprzodkowie postrzegali większość chorób jako efekt działania złych sił albo duchów opanowujących ciała. Takie postrzeganie chorób wpisywało się w ogólne postrzeganie świata i zjawisk przyrody przez ludzi pierwotnych¹. Wiatr wyrządzał szkody, więc człowiek pierwotny tłumaczył go działaniem jakiejś rozgniewanej istoty, która dmucha, aby go zaatakować. Deszcz zsyłany był przez duchy, aby go nagrodzić lub ukarać. Choroba była dopustem zesłanym przez nadludzkie, niewidzialne byty albo skutkiem czarodziejskich manipulacji jego wrogów. Człowiek pierwotny ożywiał otaczający go świat, przypisując naturalnym zjawiskom ludzkie motywacje, które znał ze swoich własnych, osobistych doświadczeń. W związku z tym logiczne wydawały mu się próby wpływania na naturalne wydarzenia tymi samymi metodami, jakich używał, usiłując wpływać na istoty ludzkie, a więc poprzez zaklęcia, modlitwy, groźby, uległość, przekupstwo, karanie i pokutę².

Rosyjski psychiatra i historyk psychiatrii Jurij Kannabich (1872–1939) pisał w latach 20. ubiegłego stulecia: „Można sądzić, że prehistoryczna ludność kuli ziemskiej postępowała ze swoimi umysłowo chorymi mniej więcej tak, jak współcześni mieszkańcy tropikalnej Oceanii albo syberyjskich tundr: agresywni i niebezpieczni chorzy uważani byli za owładniętych przez złe duchy, nieszkodliwi i cisi – za ulubieńców bogów. Pierwszych wypędzano, a niekiedy zabijano, drugich – pielęgnowano”³.

¹ B.R. Hergenhahn, T.B. Henley, *An Introduction to the History of Psychology*, Wadsworth–Cengage Learning (international edition) 2014, s. 469.

² F.G. Alexander, S.T. Selesnick, *The History of Psychiatry. An Evaluation of Psychiatric Thought and Practice from Prehistoric Times to the Present*, Rowman & Littlefield Publishers, Lanham–Boulder–New York–Toronto–Plymouth (UK) 1995, s. 9.

³ J. Kannabich, *Istorija psichiatrii*, Akademičeskij projekt, Moskwa 2012, s. 18.

Próby leczenia zaburzeń psychicznych podejmowano prawdopodobnie już w neolicie, w piątym tysiącleciu p.n.e., o czym świadczą odkrycia trepanowanych czaszek w regionach, które były kolebkami starożytnych kultur świata⁴. Podczas tej procedury w czaszce była wyszczerbiana dziura za pomocą prymitywnych, ostrych narzędzi kamiennych. Niektórzy przeżywali taką operację i żyli przez wiele lat po zabiegu, o czym świadczą strepanowane czaszki wykazujące oznaki zaleczenia. Powód dokonywania trepanacji u żywych ludzi przed tysiącami lat nie jest do końca jasny. Jedna z hipotez głosi, że usunięcie fragmentu czaszki miało usunąć ciśnienie wywołane guzami mózgu. Przeważa jednak pogląd, że trepanację stosowano w celu leczenia bólów głowy (migren), napadów padaczkowych i zaburzeń psychicznych. Poprzez wyszczerbiony otwór w czaszce zły duch, który – jak sądzono – zamieszkuje czyjąś głowę i powoduje zaburzenia psychiczne, miał zostać uwolniony, co miało doprowadzić do uzdrowienia chorego⁵. Procedura ta przetrwała przez wieki w leczeniu różnych dolegliwości, których przyczyny lokalizowano w głowie, choć z zastosowaniem bardziej zaawansowanych narzędzi, takich jak wiertarki i piły do czaszek, konstruowane specjalnie do tego celu⁶.

2. Starożytny Wschód

W starożytnej Mezopotamii pierwszymi lekarzami byli księża, nauczający na ulicach Babilonu i Niniwy; świeccy medycy pojawili się później. Duchowni lekarze zajmowali się chorobami wewnętrznymi, zwłaszcza zaburzeniami psychicznymi, które leczono za pomocą rytuałów magiczno-religijnych, jako że patologia umysłowa była uważana za maskę, pod którą kryje się opętanie demoniczne. Świeccy lekarze zajmowali się zewnętrznymi schorzeniami, spowodowanymi zazwyczaj urazami fizycznymi, do leczenia których stosowali bardziej naturalne metody. Rytuały magiczne wspomagano praktykami astrologicznymi i proroczymi. Babilończycy wierzyli, że gwiazdy są boskie i posiadają wyższą inteligencję oraz że wszystko, co dzieje się w przyrodzie, jest realizacją uprzedniego planu. Jako atrybutów wróżbiarskich używali organów złożonych w ofierze zwierząt. Szczególnie przydatna w tym kontekście była wątroba. Jej rozmiar, kształt, stan i barwa miały znaczenie prognostyczne dla pacjenta, w którego intencji poświęcono zwierzę. W terapii używano także leków, ale za najskuteczniejsze remedium uważano zaklęcia⁷.

Duchowy świat Babilończyków roił się od demonów, które walczyły z jeszcze większą liczbą dobroczynnych duchów lub bogów. Bogini Ninhursag, przy pomocy ośmiorga innych bogiń i bogów, specjalizowała się w różnych objawach chorobowych. Wszyscy

⁴ R. Porter, *Madness. A Brief History*, Oxford University Press, New York 2002, s. 10.

⁵ B.R. Hergenhahn, T.B. Henley, *An Introduction...*, s. 469–470.

⁶ A.M. Foerschner, *The History of Mental Illness: From Skull Drills to Happy Pills*, Student Pulse 2010, vol. 2, nr 9, s. 1, <http://www.studentpulse.com/a?id=283>.

⁷ F.G. Alexander, S.T. Selesnick, *The History...*, s. 19.

lekarze mieli swoich własnych, osobistych bogów, a ich głównym bóstwem był bóg uzdrowienia Ninurta, który wraz ze swoją żoną Gulą był patronem sztuki lekarskiej. Kapłan najpierw diagnozował chorobę, a następnie zwracał się do określonego boga, który specjalizował się w tej chorobie, i jednocześnie odwoływał się do bóstwa opiekującego się miastem, w którym chory zamieszkiwał. Bogowie mieli siedmiu wrogów, demony zła, którzy stali na czele armii pomniejszych demonów oddanych Isztar, bogini czarów i ciemności. Każda choroba miała swojego specyficznego demona. Obłąd – jak wierzono – był sprowadzany przez demona o imieniu Idta. Demonom służyli czarno-księźnicy, którzy używali „złego oka” (ang. *evil eye*, ros. *durnoj gładz*, niem. *böser Blick*, franc. *le mauvais œil*), specjalnych mikstur i określonych rytuałów⁸.

Hebrajczycy wierzyli, że wszystkie choroby zostały nałożone na ludzi przez Boga jako kara za popełnienie grzechu; nawet demony, które – jak uważano – powodowały pewne choroby, przypisywano gniewowi Bożemu. Jednak Bóg był również postrzegany jako ostateczny uzdrowiciel, wobec czego lekarze hebrajscy byli na ogół kapłanami, którzy władali specjalnymi sposobami odwoływania się do wyższej władzy w celu wyleczenia choroby. Według tych samych zasad duchowych starożytni Persowie przypisywali chorobę demonom i wierzyli, że dobry stan zdrowia można osiągnąć poprzez odpowiednie środki ostrożności, aby zapobiec i uchronić się od choroby. Wśród nich były odpowiednia higiena oraz czystość umysłu i ciała, osiągnięte poprzez dobre uczynki i myśli⁹.

Muzyka zajmowała znaczące miejsce w życiu starożytnego Izraela, a hebrajscy muzycy, ze względu na swój talent, cieszyli się wielkim szacunkiem nie tylko wśród swoich rodaków, ale także wśród cudzoziemców. Na przykład Sennacheryb, władca Asyrii, panujący na przełomie VIII i VII w. p.n.e., uznał udział „męskich i żeńskich muzykantów” w hołdzie złożonym Niniwie przez króla Judy, Ezechiasza, na tyle istotnym, aby wspomnieć o nich w swoim sprawozdaniu z pokonania króla judzkiego i oblężenia Jerozolimy w 701 r. p.n.e. Oddziaływanie muzyki na emocje było dobrze znane, a posługiwanie się muzyką wokalną i instrumentalną w celu wywołania lub zintensyfikowania przeżyć emocjonalnych jest świetnie udokumentowane przez rozmaite odniesienia w Starym Testamencie¹⁰. Ta muzyczna tradycja niewątpliwie miała znaczenie w kontekście terapeutycznej porady udzielonej Saulowi, gdy jego zaburzenia umysłowe po raz pierwszy dały znać o sobie: „Daj więc polecenie, panie nasz, aby słudzy twoi, którzy są przy tobie, poszukali człowieka dobrze grającego na cytrze. Gdy będzie cię męczył zły duch zesłany przez Boga, zagra ci i będzie ci lepiej”¹¹ (1 Sm 16, 16). Muzyczna tradycja Izraela wyjaśnia jednak tylko częściowo wybór takiej terapii. Według Józefa Flawiusza (Titus Flavius Iosephus, Yosef ben Matityahu, 37–ok. 100), lekarze Saula „polecili, by znaleziono człowieka

⁸ F.G. Alexander, S.T. Selesnick, *The History...*, s. 19–20.

⁹ F.G. Alexander, S.T. Selesnick, *The History...*, s. 20–22.

¹⁰ G. Rosen, *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*, Harper & Row, New York–Evanston 1969, s. 31–32.

¹¹ Przeł. ks. J. Łach, *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Poznań 2005, s. 315.

Zbigniew R. Kmieciak – doktor habilitowany nauk prawnych, profesor nadzwyczajny w Katedrze Postępowania Administracyjnego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; autor publikacji z zakresu postępowania administracyjnego i sądownictwa administracyjnego, a także prac dotyczących statusu prawnego osób z zaburzeniami psychicznymi; uczestnik projektu mającego na celu opracowanie i wdrożenie wolontariackiego modelu środowiskowej opieki psychiatrycznej, realizowanego w ramach programu INNOWACJE SPOŁECZNE Narodowego Centrum Badań i Rozwoju.

W książce zaprezentowano zmieniający się na przestrzeni wieków oraz widoczny w różnych obszarach kulturowych stosunek państw i społeczeństw do osób z zaburzeniami psychicznymi – zarówno chorych psychicznie, jak i upośledzonych umysłowo.

Autor skupił się przede wszystkim na nadużyciach, często bardzo drastycznych, jakich w majestacie prawa dopuszczano się i nadal dopuszcza się wobec takich osób. Wskazuje także, jakie rozwiązania prawne wobec nich przewidywały państwa reprezentatywne dla poszczególnych kultur. Publikacja odnosi się także do czasów współczesnych, poruszając m.in. zagadnienia prawnej możliwości profilaktycznego, przymusowego pozbawienia wolności osoby chorej psychicznie, która nie popełniła żadnego czynu zabronionego.

„Erudycja oraz rozległa wiedza Autora, a także umiejętność łączenia problematyki medycznej z kwestiami prawnymi, społecznymi czy kulturowymi to ważne bardzo cechy recenzowanego opracowania. Czynią one w efekcie lekturę książki pasjonującą i nad wyraz interesującą. (...) W sposób szeroki, całościowy, a zarazem atrakcyjny pod względem formy Autor relacjonuje historię stosunku społeczeństwa i państwa do osób z zaburzeniami psychicznymi. (...) Praca dotyczy zagadnień budzących szereg emocji, a nawet wątpliwości czy dylematów. Problemy poruszane przez Autora, a zwłaszcza forma, w jakiej zostały one zredagowane, mają często charakter swoistych prowokacji intelektualnych, mających wywołać szeroką społeczną reakcję i dyskusję nad losem ludzi doświadczonych kryzysem psychicznym, chorobą czy innymi zaburzeniami psychicznymi. Tak ujęty problem, w kontekście fundamentalnych praw człowieka i obywatela, nie może nie wywołać szerszej społecznej dyskusji, w której winni wziąć udział nie tylko specjaliści od tworzenia prawa czy też leczenia psychiatrycznego, lecz wszyscy budujący społeczność obywatelską”.

Prof. dr hab. Józef K. Gierowski



ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45, FAX 22 535 80 01
ZAMOWIENIA@WOLTERSCLUWER.PL
WWW.PROFINFO.PL

ISBN 978-83-8124-142-7



CENA 89 ZŁ (W TYM 5% VAT)