

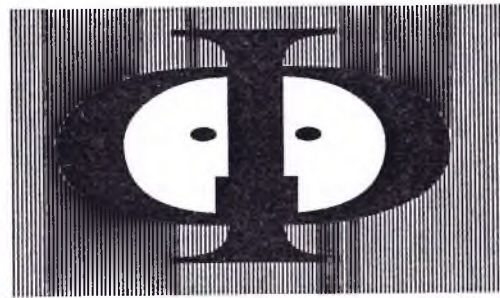
## Dlaczego polska psychiatria nie została wykorzystana do celów politycznych?

*Jeder Dialog setzt eine gemeinsame Sprache voraus,  
oder besser:  
er formt eine gemeinsame Sprache ...*

*Każdy dialog zakłada obecność wspólnego języka,  
albo lepiej:  
dialog kształtuje wspólny język ...*

Hans-Georg Gadamer

**Bielsko-Biała 14.–16.10.1993**



### **IV Polsko-Niemieckie Symposium**

Polsko-niemieckie partnerstwa  
jako „przykład” dla międzynarodowej  
współpracy w Europie

### **IV Deutsch-Polnisches Psychiatrie-Symposium**

Deutsch-Polnische Partnerschaften  
als „Vorschlag” für internationale  
Zusammenarbeit in Europa

Jakie są przyczyny, dla których psychiatrii polskiej udało się uniknąć wykorzystywania jej do celów politycznych, zwłaszcza w społeczno-politycznych warunkach, w których prawa człowieka były notorycznie gwałcone?

Trzeba przyznać, że zagadnienie to nie było przedmiotem starannych badań i chyba przedwcześnie jest oczekiwać, iż nasze refleksje dadzą pełną odpowiedź na tak postawione pytanie. Próba analizy robiona jest z bardzo bliskiego dystansu. Faktem jednak jest, iż mimo braku regulacji ustawowej i wyraźnie zaznaczonej na skali wartości pozycji w o l n o ś c i w lekarskich standardach etycznych, z dostępnymi nam informacjami i międzynarodowych opracowań wiadomo, że poważne nadużycia praw człowieka w psychiatrii polskiej nie nastąpiły.

Nie znaczy to, aby próby takie nie były czynione, chociaż ich minimalny zasięg świadczy o braku wyraźnej tendencji wykorzystywania przez władzę psychiatrii jako aparatu represji. W jakim stopniu świadome i powszechne stanowisko środowiska psychiatrycznego pozostawało w sprzężeniu zwrotnym i miało wpływ na takie stanowisko władzy, musi być przedmiotem następnych badań.

Nie znaczy to również, że psychiatria polska w minionym okresie wolna była od szeregu niedociągnięć naruszających zwłaszcza prawa cywilne pacjentów. W każdym społeczeństwie zjawiska takie, jak izolacja chorych psychicznie, ich bezpodstawne i nie kontrolowane kierowanie do szpitala psychiatrycznego, zakwestionowanie ich podstawowych praw osobowych m.in. przez użycie obciążających metod leczenia i wiele innych problemów zawsze mają swój polityczny wymiar. W dzisiejszych rozważaniach przez p o l i t y c z n e n a d u ż y c i e b ę d z i e m y rozumieć wykorzystanie psychiatrycznych teorii

i instytucji oraz oczywiście samych psychiatrów w służbie represji politycznie nie akceptowanych myśli, idei i osób podejrzanych o nie lub otwarcie je głoszących.

Brak regulacji prawnej, tj. ustawy „O ochronie zdrowia psychicznego”, postawił psychiatrię polską w pozycji psychiatrii samokontrolującej się, w której pozytywną gwarancję praw człowieka stanowi osobista odpowiedzialność psychiatry. Psychiatria samokontrolująca się zakłada, że może skutecznie kontrolować się sama w oparciu o standardy moralne samych psychiatrów oraz w oparciu o ich świadomość, że pacjent jest o s o b ą . Ta teza, że samo humanistyczne podejście w psychiatrii może być gwarantem przestrzegania praw człowieka wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, jest treścią tego wykładu.

Najpierw zostaną przedstawione okoliczności, które doprowadziły do rozwoju samokontrolującej się psychiatrii w Polsce, jak również „szara strefa” psychiatrycznego działania, w której dochodziło i ciągle dochodzi do naruszania praw cywilnych pacjentów psychiatrycznych. W ostatniej części, z całą świadomością niebezpieczeństwa idealizacji, zajmiemy się opisem czynników, które mogły prowadzić do wzmocnienia moralnej postawy psychiatrów i tym samym ochrony psychiatrii przed politycznym nadużyciem.

### **Uniwersalny charakter praw człowieka i szczególna potrzeba regulacji prawnych w psychiatrii**

Uniwersalny charakter praw człowieka – tak jak są one ujęte w Deklaracji Praw Człowieka ONZ

– głosi, że dotyczą one wszystkich ludzi bez względu na różnice płci, narodowości czy też stanu zdrowia.

Takie sformułowanie ma szczególne znaczenie dla psychiatrów. Na psychiatrii, która rozwinęła się jako gałąź medycyny, odcisnęło się myślenie medyczne w takiej formie, w jakiej rozwinęło się ono w XIX wieku. Zaburzenia psychiczne postrzega się jako chorobę diagnozowaną według kryteriów medycznych i leczoną tak, jak się leczy większość chorób. Jako konsekwencja medycznego modelu choroby psychicznej pojawiła się idea opieki medycznej i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Równocześnie podkreślono kontrolującą funkcję, jaką dla dobra społeczeństwa spełnia psychiatria, zaniedbując równocześnie naturalne prawo osoby do swobodnego rozwoju indywidualnego.

Obecnie, kiedy medycyna uważa za oczywiste, że każda choroba ma całościowy wpływ na życie człowieka w każdym jego wymiarze, nawet najzagorzalsi zwolennicy podejścia medycznego w psychiatrii zwracają uwagę na szeroko rozumiane psychologiczne i społeczne aspekty zaburzeń. Zaburzenia psychiczne różnią się jednak w istotny sposób od zaburzeń somatycznych. Odmienność zachowania, niecodziennosc sposobów myślenia, dziwaczność wzorów relacji międzyludzkich osób z zaburzeniami psychicznymi budzą w nas lęk nawet wówczas, gdy ich zachowanie nie zakłóca porządku społecznego ani nie niesie ze sobą zagrożenia dla innych.

Model medyczny choroby psychicznej zmniejsza ten lęk. Przedstawia zaburzenie jako chorobę, która ma przyczyny – nawet jeśli nie są obecnie znane – i która może być leczona, a nawet wyleczona metodami medycznymi. Jest źródłem ogromnej siły wzmacniającej i zarazem władzy. Siły, która wzmacnia nie tylko pacjentów i ich rodziny, ale i samych psychiatrów. Władzy nad drugim człowiekiem, której łatwo nadużyć. Równowaga między niesieniem stosownej pomocy medycznej osobie, która ma prawo ją otrzymać, a pogwałceniem ludzkiego prawa do wolności jest bardzo subtelna. Łatwo może zostać zburzona, kiedy zmusza się człowieka do korzystania z pomocy wbrew jego woli.

Przodkami szpitali psychiatrycznych w średniowiecznej Europie były „szpitale” – instytucje, w których społeczność dawała opiekę tym swoim członkom, którzy nie byli w stanie zapewnić jej sobie sami (upośledzonym umysłowo, zaburzonym psychicznie, sierotom, społecznie zdeprawowanym itd.) W późniejszych czasach funkcja ta została rozszerzona czy raczej p r z e -

kształcona w taki sposób, że szpitale („azyle”) stały się instytucjami izolowania od „zdrowego społeczeństwa” tych, którzy nie mogli sprostać wymogom życia społecznego i którzy według wiedzy i sztuki medycznej byli diagnozowani jako chorzy psychicznie. Można zatem powiedzieć, że wczesna medykacja psychiatrii ściśle wiązała się z powstaniem nakładających się funkcji: **opieką** nad psychicznie zaburzonymi i ich **represjonowaniem** w imieniu „zdrowego” społeczeństwa. Jest wielce prawdopodobne, że to właśnie ryzyko nadużycia władzy nad drugim człowiekiem w psychiatrii doprowadziło do powstania regulacji prawnych, dotyczących zwłaszcza przymusowego leczenia szpitalnego.

Są jednak państwa, na przykład Polska, które nie posiadają żadnych specjalnych aktów prawnych odnoszących się do problemów zdrowia psychicznego. Psychiatria w tych krajach posiada właściwości systemu samokontrolującego się. Sytuacja pacjenta zależy od postaw psychiatrów i innych przedstawicieli zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym.

To zawierzenie dobra chorych psychicznie postawom psychiatrów wydaje się możliwe, skoro od czasów Hipokratesa lekarzy obowiązuje hierarchia wartości, w której życie człowieka, zdrowie i ulga w cierpieniu znajdują się na miejscach najwyższych. Można by oczekiwać, że będzie ona skutecznie kształtowała postawy i sposoby postępowania wobec pacjentów. A jednak kodeksy etyczne lekarzy, opracowywane przez stowarzyszenia lekarskie w wielu krajach, jedynie do pewnego stopnia gwarantują pacjentom przestrzeganie praw człowieka.

Takim przykładem jest Kodeks etyki lekarskiej, przyjęty w grudniu 1991 r., przez nadzwyczajny krajowy zjazd lekarzy w Polsce. Jego projekt, przedstawiony do dyskusji w listopadzie 1991 r., przyjmował jako etyczne zastosowanie przymusu badania i leczenia w przypadkach „chorób zakaźnych i psychicznych stwarzających zagrożenie społeczne”. Dopiero interwencja Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego spowodowała, że redakcja stosownego paragrafu została zmieniona i brzmi on teraz: „w indywidualnych przypadkach przewidzianych prawem”. Trzeba przy tym dodać, że kodeks w całości stawia bardzo wysokie standardy moralne wobec problemów tajemnicy lekarskiej, prawa pacjenta do wiedzy o swoim stanie zdrowia, do podejmowania decyzji o leczeniu oraz wobec ochrony życia od chwili poczęcia.

Nie wyjaśnia to jednak stanowiska wobec praw osób z zaburzeniami psychicznymi. Zawarte w

projekcie kodeksu sformułowanie odnoszące się do chorych psychicznie jest przykładem swobody, z jaką lekarz przyznaje sobie prawo decydowania o tym, co jest dobre dla drugiego człowieka, zwłaszcza gdy jest to osoba zaburzona psychicznie. **A także przykładem łatwości, z jaką poświęcamy dobro jednostki na rzecz dobra ogółu.** Wiedząc, co jest „dobre dla pacjenta”, lekarz nie zastanawia się nad własnym działaniem i nie troszczy się o zdanie pacjenta. W ten sposób łamie prawa cywilne pacjenta, konkretnie prawo do swobodnego decydowania. Jest to obszar szczególnie ryzykowny dla psychiatrów i innych lekarzy zajmujących się osobami chorymi psychicznie, którym łatwo przypisać niezdolność do dokonania wyboru i podjęcia decyzji.

Jak powiedziano, Polska nie posiada ustawowej regulacji zagadnień zdrowia psychicznego. Prace nad „ustawą psychiatryczną”, trwające od ponad 60 lat, nie przyniosły jak dotąd widocznych wyników. W roku 1970 projekt ustawy został odrzucony przez stosowną komisję sejmową jako nie zabezpieczający w wystarczającym stopniu ochrony praw człowieka. W 1981 roku, podczas „pierwszego okresu Solidarności” nowy projekt nie uzyskał pozytywnych opinii ekspertów związku z tych samych powodów. Najbardziej krytyczne uwagi dotyczyły zasady kontroli nad decyzją psychiatrów o przymusowej hospitalizacji, którą to kontrolę, w myśl autorów projektu, miał sprawować sąd cywilny. Psychiatrycy obawiali się, że prawo, nawet najlepsze, także może być nadużywane. Wyrażano obawę, że obecność prawa może też spowodować, że psychiatrzy staną się mniej uważni i mniej świadomi swojej własnej odpowiedzialności moralnej. Taka postawa jest wyrazem głębokiej nieufności wobec państwa i administracji. Efektywnej regulacji prawnej nie może dostarczyć system, który sam nie jest akceptowany.

Eksterminacja chorych psychicznie w hitlerowskich Niemczech (Aktion T-4), podobnie jak „Endlösung”, zostały przeprowadzone z łatwym ominięciem obowiązującego wówczas prawa. Pamięć łamania prawa w totalitarnym systemie długo pozostaje niezatarta. Oczywiście ten aspekt zagadnienia nie wyczerpuje wszystkich trudności natury ekonomicznej, politycznej i społecznej, które musiały odbić się na losach kolejnych projektów na przestrzeni 60 lat.

## Ryzyko łamania praw człowieka w samokontrolującej się psychiatrii

Samokontrolująca się psychiatria, opierająca się o moralne standardy i humanistyczną postawę psychiatrów, która okazała się skuteczna w uniknięciu uwikłania psychiatrii w nadużycia w celach politycznych, jest zdecydowanie mniej wydolna w przestrzeganiu praw cywilnych pacjentów.

Nadużywanie hospitalizacji starszych osób, szczególnie w psychiatrii dziecięcej wprowadzanie restrykcyjnych metod biologicznych i behawioralnych, gwałcących prawo dziecka do wolności, nadużywanie pojęcia ograniczonej poczytalności w opiniach sądowo-psychiatrycznych, trudności w zawieraniu małżeństw przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, zbyt częste orzekanie detencji w praktyce sądowo-psychiatrycznej rozpoczynają długą listę problemów związanych z brakiem regulacji prawnych. Brak drogi sądowej powoduje również olbrzymie trudności w doprowadzeniu do leczenia osoby, która może zagrazać otoczeniu, a jej rodzina nie wyraża zgody na leczenie psychiatryczne.

W dzisiejszych rozważaniach chcemy jedynie wskazać na konsekwencje braku odpowiednich prawnych regulacji dla przymusowego przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, dla zabezpieczenia praw cywilnych pacjentów w dużych instytucjach psychiatrycznych oraz dla możliwości życia w środowisku – dzielnicy, gminie, parafii – szczególnie przewlekłe chorych psychicznie z gwarancją odpowiedniego standardu leczenia, mieszkania i pracy w domach grupowych, hostelach, oddziałach dziennych, warsztatach pracy chronionej, własnych firmach samopomocowych itd.

Zagadnienia te pozostawały niejako w cieniu (w „szarej strefie”) rzucanym przez pytania o polityczne nadużycia psychiatrii w wąskim tego słowa znaczeniu, ale nie znaczy to, że środowisko psychiatryczne w Polsce nie usiłowało im skutecznie przeciwdziałać. Jesteśmy przekonani, że wraz z pokonaniem systemu totalitarnego nasza uwaga musi przesunąć się w kierunku opisywanych zjawisk i to właśnie sposób ich rozwiązywania w najbliższym czasie będzie papierkiem lakmusowym dla politycznych i społecznych przeobrażeń w naszym kraju.

Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna jest w Polsce możliwa formalnie w oparciu o dwie niezależne opinie psychiatrów (kierującego i przyjmującego), stwierdzające na piśmie, że z powodu zaburzeń psychicznych człowiek jest niebezpieczny dla siebie lub innych. W uzupeł-

nieniu wymaga się pisemnej zgody bliskiego krewnego lub opiekuna. W tej sytuacji pacjent może zaprotestować lub odwołać się do ordynatora lub dyrektora szpitala.

Dostęp przymusowo przyjętego pacjenta do tych, od których może się odwołać, zależy całkowicie od personelu oddziału, na którym został umieszczony. Nawet jeśli lekarz rozstrzygający o odwołaniu jest dostępny dla kwestionującego przymus pacjenta, ostateczna decyzja zależy całkowicie od jego własnej koncepcji kryteriów wynikającego z choroby zagrożenia. Trzeba podkreślić, że to osobista postawa psychiatry, jego wiedza i zasady etyczne tworzą zasadnicze ramy przestrzegania i łamania prawa pacjenta do wolności osobistej. Tym samym nie jest spełniona jedna z podstawowych zasad deklaracji hawajskiej. Pacjent nie ma praktycznie możliwości odwołania się do niezawisłego i bezstronnego organu od decyzji przymusowej hospitalizacji.

Jednym z najważniejszych aktualnych zagadnień w Polsce jest przestrzeganie praw pacjentów w dużych instytucjach psychiatrycznych. Mimo poważnych osiągnięć w unowocześnianiu opieki psychiatrycznej dokonanych w systemie społecznej służby zdrowia, duże szpitale psychiatryczne pozostają zasadniczym problemem polskiej psychiatrii. Obraz przestrzegania praw człowieka w polskiej psychiatrii nie może być pełny bez przyjrzenia się sytuacji w tych instytucjach. Prawa pacjentów psychiatrycznych do prywatności, swobodnych kontaktów z bliskimi, swobody korespondencji, praktykowania religii są bardzo zagrożone w szpitalach psychiatrycznych. Życie oddziału psychiatrycznego w ogromnej mierze zależy od personelu pielęgniarskiego. Niewłaściwie przygotowany zawodowo i pozbawiony adekwatnej superwizyjnej pomocy zespół pielęgniarski, może nawet łatwiej niż lekarski, skłonny jest do nadużywania władzy nad pacjentem. Większość „łóżek psychiatrycznych” usytuowana jest w dużych, zatłoczonych sypialniach, w których zaspokojenie potrzeby prywatności jest całkowicie niemożliwe. Co więcej, szpitale psychiatryczne często usytuowane są w dużej odległości od miejsc zamieszkania swoich pacjentów, co ogromnie utrudnia realizację potrzeby kontaktu z bliskim.

Psychiatryczną służbę zdrowia odbudowano w Polsce po II wojnie światowej w ramach socjalistycznej koncepcji powszechnej opieki zdrowotnej. Przez cały okres powojenny psychiatria nie znajdowała się wśród problemów priorytetowych państwa. Z dużym wysiłkiem rozwinięto

niemal wystarczającą sieć przychodni zdrowia psychicznego. Jeszcze więcej wysiłku wymagało wprowadzenie małych oddziałów psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Upadek ekonomii kraju w ostatnich latach postawił te ośrodki w stan zagrożenia. Administracja szpitali ogólnych wobec ograniczeń finansowych skłonna jest oceniać je jako kosztowne i luksusowe w porównaniu z opieką podstawową. Podsumowując – repriwatyżacja i zapaść finansowa powodują dzisiaj kryzys w wielu miejscowościach w ostatnich latach formach opieki psychiatrycznej w Polsce.

Olbrymiąrolę w rozwiązywaniu opisywanych problemów odgrywać będzie postawa Kościoła katolickiego, zarówno ze względu na dobra materialne będące w jego dyspozycji, jak i wpływ na wiernych w lokalnych społecznościach (parafiach). Od tego wpływu będzie w dużym stopniu zależała postawa tolerancji i cały proces integracji osób słabych i chorych psychicznie w „żywą społeczność” – czego małe społeczności lokalne muszą się teraz uczyć pokonując niewiedzę, lęk i uprzedzenia. Ostatnie wydarzenia w Polsce – a myślimy tutaj o wypędzeniu z wielu miejscowości osób chorych na AIDS – uzmysławiają nam, jak długą drogę mamy jeszcze do pokonania.

### Czynniki, które miały wpływ na standardy moralne psychiatrów i chroniły psychiatrię przed politycznym nadużyciem

Psychiatrom polskim przyszło działać w warunkach, które zadecydowały o odrębności sytuacji w Polsce w porównaniu z innymi krajami „socjalistycznego obozu”. Warunki te można m. in. opisać w następujący sposób:

- niezależna postawa szerokich kręgów środowisk twórczych i inteligenckich silnie związanych z podobnym kręgiem żyjącym na emigracji (Paryż, Londyn, USA), oraz możliwość podróżowania i bezpośrednich kontaktów,
- silny i otwarty na demokratyczną opozycję Kościół katolicki
- znakomicie zorganizowany niezależny obieg informacji tzw. „drugi obieg”, obejmujący w pewnym okresie około 350 niezależnych czasopism działających poza cenzurą,
- zorganizowane opozycyjne struktury z niezależnymi związkami zawodowymi na czele.

W okresie stalinowskim, w latach 1945–1956, zagrożeni terrorem ludzie szukali w instytucjach psychiatrycznych schronienia przed prześladowaniem jako pacjencji jakoterapeuci. Szukali też obrony przed oskarżeniem o niepoczytalność. To „pomocne” nadużywanie psychiatrii powróciło we wczesnych latach osiemdziesiątych, w czasie stanu wojennego. Poświadczenie leczenia psychiatrycznego lub stwierdzenie zaburzeń psychicznych były jedynym sposobem zmiany nadzwyczajnego sposobu postępowania na zwykły. Jest wiele dowodów na to, że psychiatrzy orzekali ograniczenie poczytalności tylko po to, aby dać szansę uwolnienia opozycjonistom lub aby uniemożliwić sądowi wysoki wymiar kary.

Tak więc poza oparciem o własny system wartości także i rebeliancki charakter polskich psychiatrów mógł im pomóc w uniknięciu łamania praw człowieka, szczególnie prawa do wolności osobistej.

Spróbujmy teraz rozważyć dwa zjawiska w odniesieniu do psychiatrii, a mianowicie:

- **niski poziom konformizmu środowiska psychiatrycznego wobec systemu komunistycznego w Polsce oraz**
- **przyjęcie personalistycznej postawy w stosunku do pacjentów psychiatrycznych**

Życie i praca w warunkach systemu totalitarnego wymaga wypracowania specjalnych umiejętności przetrwania. Powszechnie panuje przekonanie, że najczęściej stosowane i najsukcesowniej są mechanizmy konformistyczne. A jednak krakowskie badania oświęcimskie pokazały, że w skrajnie nieludzkich warunkach możliwość oparcia się o własny system wartości, zwłaszcza jeżeli osobista filozofia człowieka zawiera zasadę sprzeciwu wobec przemocy, była najsukcesowniej dla przetrwania.

Dokonajmy z tej perspektywy analizy historii stosunków między polską a radziecką psychiatrią. Po rewolucji październikowej w Rosji i powstaniu II Rzeczypospolitej doszło do całkowitego zerwania dotychczas istniejących związków między psychiatrią w obu krajach. Po drugiej wojnie światowej do pierwszej wizyty sowieckiego psychiatry, prof. Snieżniewskiego doszło dopiero w 1953 roku. Po tej wizycie próbowano na siłę i bezskutecznie wprowadzić pawłowizm. Została wówczas rozwiązana Wyższa Szkoła Higieny Psychiczej, ruch higieny psychicznej został potępiony jako imperialistyczny a jego twórca, profesor Kazimierz Dąbrowski, zesłany na powiniec. Trzy lata później, w 1956 roku, zjazd psychiatrów polskich, obradujący w Poznaniu, potępił

te próby i od tego czasu kontakty z radziecką psychiatrią zostały zamrożone.

W 1977 roku na zjeździe Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego w Honolulu polski przedstawiciel miał być wybrany do egzekutywy. Pod naciskiem strony radzieckiej, która chciała przeforsować swojego kandydata, polskie Ministerstwo Zdrowia nie wysłało żadnej oficjalnej delegacji. Na tym zjeździe doszło do znanego potępienia nadużyć psychiatrii do celów politycznych, zwłaszcza w ZSRR.

W listopadzie 1979 roku grupa polskich psychiatrów wzięła udział w kongresie w Moskwie. W ostatnim dniu kongresu zostało zwołane niespodziewanie zebranie ekspertów krajów socjalistycznych, na którym nawoływano do potępienia psychiatrów zachodnich za ich oskarżenie psychiatrii radzieckiej o nadużycia polityczne. Delegacja polska jako jedyna odmówiła podpisania tej rezolucji, a Zarząd Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego jednogłośnie zaakceptował stanowisko polskiej delegacji na moskiewskim spotkaniu. Jeszcze raz, wiosną 1980 roku usiłovali psychiatrzy radzieccy, na kolejnej konferencji ekspertów w Polsce (w Mosznie), przeforsować analogiczną rezolucję. Tym razem sprzeciwili się Polacy wspólnie z Rumunami. Warto podkreślić, że przedstawiciel NRD prof. Ernst, pomimo instrukcji, jakie otrzymał od swojego rządu, przez cały czas konferencji nie odezwał się ani jednym słowem i tym samym nie udzielił poparcia delegacji radzieckiej. W ostatecznym wyniku doszło do uchwalenia rezolucji, w której potępiono nadużycia psychiatrii do celów politycznych, nie wymieniając żadnego kraju. W efekcie Ministerstwo Zdrowia odbierało paszporty niektórym polskim uczestnikom tej konferencji, nie dopuszczając do ich wyjazdu do Moskwy (prof. Szymusik, prof. Dąbrowski).

W przeciwieństwie do innych krajów socjalistycznych Polska nigdy nie wystąpiła ze Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego (WPA). W 1984 cała polska delegacja nie otrzymała oficjalnej zgody na wyjazd na kongres wiedeński. Jedynym dowodem istnienia Polski i jej przynależności do Towarzystwa był telegram – odczytany oficjalnie na kongresie – wysłany przez panią prof. Orwid ze Szwejcarii. Niemniej kontakty między polskimi psychiatrami a WPA były cały czas utrzymywane i w 1987 r. odbyło się w Warszawie regionalne sympozjum WPA, poświęcone uzależnieniu od alkoholu.