

verbreitete Biologismus tut und wie es die Gefahr einer notwendiger – und legitimerweise mit naturwissenschaftlichen Methoden arbeitenden Medizin ist, und wo wir die Person und die Persönlichkeitsrechte des Menschen allein und statisch an Rationalität und Autonomiefähigkeit des Menschen festmachen, an Eigenschaften also, wie der Australische Philosoph Peter Singer es tut, dann verkennen wir, daß der Mensch mehr ist als seine Biologie und zur Person nicht nur Rationalität und Autonomiefähigkeit gehört, sondern ebenso Intentionalität und Emotionalität, daß die Person nicht etwas statisch, durch Zuschreibung von Eigenschaften gegebenes, sondern eine dynamische, stets neu zu gewinnende Einheit von Leib, Seele und Geist ist und unser Respekt vor der Person und seinen Persönlichkeitsrechten nicht nur dann gilt, wenn der andere zu Vernunftgebrauch und Selbstbestimmung fähig ist.

Wo aber der Biologismus – wie verfeinert durch Evolutionismus auch immer – blüht, da sind die Träume einer utopischen, durch Eugenik zu erzeugenden, gesunden, starken und schönen Menschheit nach wie vor virulent. So haben zur politischen Durchsetzung des Milliarden verschlingenden Programms „Genomanalyse des Menschen“ die Wissenschaftler – zu ihrer Ehre sei es gesagt: nicht deutsche – ganz ungeniert wieder eugenische Argumente mit dem erhofften Erfolg vorgetragen.

Wo aber die Philosophie zugleich eine Anthropologie entwirft, die es wieder erlaubt, zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden und die die Vernichtung sogenannten lebensunwerten Lebens wieder le-

gitimiert, da ist höchste Gefahr in Verzug, da wird nicht nur das christliche, biblische Menschenbild von der Würde des Geschöpfes Gottes deformiert und pervertiert.

Dilemmata

Auch wer zustimmt, daß die geschilderten Gefährdungen psychiatrischen Handelns bestehen und die Erlaubtheit der Ziele und Mittel psychiatrischen Handelns eindeutig bestimmt und begrenzt sind durch die Normen der ärztlichen Ethik, muß zugestehen, daß im Alltag psychiatrischen Handelns immer wieder – und zum Teil strukturell bedingte – Situationen entstehen, die den Psychiater in eine Pflichtkollision stürzen. Diese Pflichtkollisionen lassen sich nur an konkreten Beispielen der Praxis erläutern und auch immer nur im Einzelfall lösen. Sie sind also vernünftigerweise Gegenstände für die Arbeitsgruppe, und ich will daher zum Schluß nur drei Dilemmata nennen und mit Stichwörtern erläutern:

1. Personalität, Individualität, Würde, Selbstbestimmungsrecht des Patienten versus Wohl des Patienten (Zwangsbehandlung, Suicid, Sterbehilfe).
2. Fremde Interessen (Nation, Solidargemeinschaft) oder Interessen Dritter (Arzt, Pfleger, Familie) versus Wohl des Patienten.
3. Wert oder Unwert des Menschenlebens. Individuelles Wohl versus Gemeinwohl (Bonum privatum versus Bonum commune).

RICHARD TÖLLNER

Granice działania w psychiatrii

„Czy to jest człowiek...?“ – Etyczna refleksja po Oświęcimiu

Założenia wstępne

Wiemy, co jest możliwe dla człowieka od czasu, gdy poznaliśmy rozmiar tego, co nieludzkie, a co zaistniało w Oświęcimiu. Stało się to możliwe w narodzie, który był dumny ze swojej 1000-letniej chrześcijańskiej, zachodnioeuropejskiej tradycji, dumny z kultury Cesarstwa Rzymskiego Narodu Niemieckiego i nowoczesnej, wysoko rozwiniętej naukowo-przemysłowej cywilizacji. Tysiąc lat kościelnego antysemityzmu, tysiąc lat spustoszenia przez walki i wojny, ale i zimny racjonalizm i pozbawiony wartości funkcjonalizm nowoczesnego biurokratycznego państwa-administratora, to wszystko razem jako ogólnoeuropejskie zjawisko historyczne wystarczająco nie tłumaczy, dlaczego w Niemczech możliwy stał się Oświęcim, dlaczego społeczność niemieckich lekarzy, tak wysoko stawiających zasady Hipokratesa w swoich programach i odświętnych przemówieniach, dopuściła do tego, że w Niemczech pierwsza i najwyższa zasada postępowania lekarskiego – „przede wszystkim nie szkodzić“ mogła zwyrodnieć i przekształcić się w swoje diametralne przeciwieństwo.

Postawienie z tej perspektywy pytania o granice tego, co możliwe, o granice postępowania w psychiatrii, musi oznaczać w Niemczech postawienie pytania o to, czego nauczył nas Oświęcim. Czego nauczyła nas akcja T-4 – największy grzech niemieckiej psychiatrii. Pozwólcie mi Państwo, że dla określenia założeń wstępnych przytoczę zdanie, które wypowiedziałem na końcu mojego przemówienia na 92. zjeździe lekarzy przed trzema laty w Berlinie: „Społeczność lekarska, która masowy mord chorych akceptowała

jako coś normalnego, a znaczne grupy tej społeczności uznawały go wyraźnie za prawidłowy i konieczny i popierały go jako służący dobru ogólnemu, ta społeczność lekarska zaprzeczyła swojemu powołaniu, zdradziła je, zawiodła i jest jako całość moralnie winna, niezależnie od tego, ilu jej poszczególnych członków konkretnie uczestniczyło w mordowaniu chorych i jakiej liczbie z nich można bezpośrednio lub pośrednio przypisać winę w kategoriach prawnych“.

Winą lekarzy w Trzeciej Rzeszy była zdrada oczywistych zasad etycznych, społeczność lekarska była winna temu, że nie przeciwstawiła się żądaniom wyzbycia się sumienia lekarskiego – istoty lekarskiego postępowania i odpowiedzialności. Czarny dym z krematoriów nazistowskich obozów zagłady położył się cieniem na horyzoncie niemieckiej historii. Nie wyjdziemy z mroku naszej przeszłości jeżeli będziemy ją przemilczać, zaklamywać, demonizować, upiększać, usprawiedliwiać, tłumaczyć i wypierać się jej lub formalnie redukować do czynów karalnych prawnie. Możemy poradzić sobie, stać się wiarygodnymi i wolnymi i żyć z tym niezmywalnym piętnem Kaina, jeżeli będziemy gotowi uznać winy naszych ojców i gotowi będziemy sprostać ich następstwom.

Nie mam pretensji do nauczania. Konstatuję tylko z doświadczeń lekarzy w Trzeciej Rzeszy:

- gdy lekarz pozwala czynić z siebie zwykły instrument,
- gdy lekarz pozwala sobie zabrać lub deleguje na innych swoją niezbywalną odpowiedzialność za lekarskie postępowanie i decyzje,

- gdy lekarz nie chroni życia ale wydaje na śmierć i zabija,
- gdy lekarz daje sobie prawo decydowania o wartości lub braku wartości ludzkiego życia,
- gdy lekarz widzi w pacjencie tylko przydatny do obserwacji obiekt badań, leczenia i doświadczeń,
- gdy lekarz nie zważa na osobowość i indywidualność swego pacjenta, nie respektuje jego godności i prawa decydowania o sobie,
- gdy lekarz przekłada interesy innych, swoje lub osób trzecich nad dobro powierzonego mu i ufającego mu pacjenta,
- gdy społeczność lekarska tych zwyczajowych norm lekarskiego postępowania nie stosuje na co dzień, lecz je kodyfikuje i powołuje się na nie tylko w odświętnych mowach,

to wtedy nad lekarzami wisi niebezpieczeństwo zdrady ich zawodu, ich powołania i siebie samych. Uczy tego historia lekarzy w Trzeciej Rzeszy.

Lekarze Trzeciej Rzeszy pozostawili nam wielki ciężar przyniatający nas dzisiaj i kładący się cieniem na całą przyszłość. Pamiętajmy o tym ciężarze. Poznajmy go, poznajmy go naprawdę. Uznajmy ten ciężar i pozwólmy wyciągnąć z niego naukę. Nie próbujmy tego ciężaru zrzucić z siebie, bez niego nie nauczymy się niczego. Przyjmijmy go na siebie. Ten ciężar jest nauką.

Wyjaśnienia

1. Granice tego, co możliwe – co to znaczy?

Możliwe jest to, co można zrobić, stworzyć, co oznacza działanie w celu osiągnięcia celu, postępowanie z zastosowaniem środków mogących być zarówno instrumentami działania, jak i instytucjami, przez które się działa.

Pytanie o granice możliwości działania oznacza pytanie o:

- możliwość realną, techniczną, organizacyjną itp., możliwość zrobienia czegoś lub też pytanie o to,
- co wolno zrobić w sensie prawnym, etycznym i zwyczajowym.

Ulubione zestawienie tego, co możliwe, z tym, co dozwolone w pytaniu: czy wolno nam robić to, co jest możliwe – jest trywialne. Odpowiedź znamy od czasów dzieciństwa – oczywiście nie. Matemu dziecku nie wolno bawić się nożem, no-

życzkami, widelcem i ogniem. Pytanie zatem nie brzmi: czy medycynie wolno robić to, co jest możliwe?, lecz: dlaczego medycynie nie wolno w określonych przypadkach i sytuacjach robić tego, ku czemu ma możliwości? Pytanie: gdzie medycyna może nadużyć swoich mocy?

W kontekście tematu naszego sympozjum „Psychiatria po Oświęcimiu” pytanie o granice działania w psychiatrii jest tożsame z pytaniem o granice etyczne (i prawne), nie zaś o, niestety często zbyt ciasne, granice faktycznie możliwego postępowania w psychiatrii. I po tym, co powiedzieliśmy o działaniu jako postępowaniu instrumentalnym, nastawionym na cel, pytamy o granice dozwolonych

- celów (intencji)
- środków (narzędzi, sposobów postępowania) w psychiatrycznym badaniu i działaniach.

Po doświadczeniach Oświęcimia szczególnie palące jest pytanie: które cele i jakie środki w psychiatrii są na zawsze zdyskredytowane po doświadczeniach zwyrodniałego medycznego postępowania w hitlerowskich obozach zagłady i na które nadużycia lub nawet subtelne niebezpieczeństwa nadużyć w psychiatrii uczuliły nas doświadczenia Oświęcimia?

2. Aby zająć się konkretnymi niebezpieczeństwami w psychiatrii i postępowaniu psychiatrycznym, musimy jasno postawić i przypomnieć sobie dwa podstawowe problemy – zadania medycyny i strukturę relacji lekarz–pacjent.

Medycynę jako instytucję społeczną i naukę określają jej zadania i jej społeczna misja. Medycyna łączy różnorodne służby i różnorodne usługi, jako nauka jest polem, na którym krzyżują się i jednoczą różnorodne dyscypliny: biologia, nauki społeczne i humanistyczne. A tymi zadaniami w naszej kulturze – od dwóch i pół tysiąca lat – bezspornie dla wszystkich są: ochrona zagrożonego życia, uzdrawianie chorych, wspieranie upośledzonych, korygowanie zaburzeń. Albo mówiąc krótko, zadania medycyny to: ochrona życia, łagodzenie cierpienia i usprawnianie życia upośledzonych. Pomijam świadomie naszą terminologię techniczną: prewencja, kuracja, rehabilitacja, gdyż są one w swoim funkcjonalizmie terminami zbyt wąskimi.

Takie określenie zadań medycyny nie jest dane przez naturę. Inne kultury inaczej określają jej zadania. Ale gdy zadanie medycyny jest określone tak właśnie jak w naszej kulturze, to medycyna stawiająca pod znakiem zapytania wartość życia „niepełnowartościowego” lub zaburzone-

go, medycyna, która nawet tylko rozważa brak wartości takiego życia i brak prawa do życia osób niepełnosprawnych i zaburzonych, przeczy swojej istocie, unieważnia się, zaprzecza swoim podstawom i prawomocności swego istnienia.

Zadanie medycyny może się zrealizować w konkretnym wypadku jedynie w relacji lekarz – pacjent. Tradycyjnie stosunek ten jest osobową relacją dwóch ludzi inicjowaną przez pacjenta. Chory jest człowiekiem, który z powodu cielesnych lub duchowych niedomagań nie może sobie sam poradzić w życiu i nie wie, jak sobie pomóc i dlatego przywołuje lekarza lub też zakłada ufając lekarzowi, że ten będzie mógł mu poradzić bądź pomóc. Zadaniem lekarza jest więc dawać nie tej rady i pomocy przez stosowanie wiedzy medycznej *state of the art* i *lege artis* (wedle prawideł sztuki) w diagnostyczno-terapeutycznym procesie, którym jest konkretne postępowanie lekarskie. Proces ten wymaga w nieunikniony sposób zgodności ze zwyczajowymi normami, gdy jest łańcuchem następujących po sobie decyzji, przy których podejmowaniu lekarz musi ciągle dokonywać ocen, to znaczy musi on dokonywać takich poszczególnych orzeczeń o stanie pacjenta, z których wnioski pozwolą mu na dokonanie ogólnej diagnozy stanu człowieka.

Problemy podejmowania decyzji, poszukiwania przyczyn i wnioskowania są obok probabilistycznego charakteru całej biomedycznej wiedzy, pozwalającej tylko na orzeczenia w pewnym stopniu prawdopodobne, głównymi problemami metodologicznymi postępowania lekarskiego, gdyż podejmowanie decyzji i znajdowanie przyczyn zawierają nieuniknione subiektywne składowe. Subiektywizm procesu lekarskiego poznania, decyzji i postępowania, nieodwracalność postępowania, pryncypialna niepewność co do zamierzonego sukcesu w leczeniu, jak i przede wszystkim fakt, że lekarz nie ma do czynienia z przedmiotami, które poznaje i na których działa, ale z osobami mającymi prawo rozstrzygać i stanowić o sobie – to wszystko sprawia, że normy (zasady) etyczne są podstawowymi elementami postępowania lekarskiego.

Jest tak dlatego, gdyż zaufanie pacjenta nie odnosi się pierwotnie do nieomyślności wiedzy medycznej ani sukcesu postępowania lekarskiego, lecz opiera się na wiarygodności lekarza. Tylko wtedy, gdy pacjent jest przekonany, że lekarz postępuje według swojej najlepszej wiedzy i zgodnie ze swoim sumieniem, może oddać swój los w jego ręce. Jedynie wtedy, gdy lekarz postępuje zgodnie z zasadami i zachowuje się tak,

- że zawsze w stosunku do każdego pacjenta, bez oglądania się na osobę, chroni jego ludzką

godność i zważa na jego prawo do stanowienia o sobie,

- że ponad dobro pacjenta nie stawia swojego własnego dobra lub interesów osób trzecich,
- że ochrania i zabezpiecza ludzkie życie w jego wszystkich formach,
- że zawsze jest świadomy swojej odpowiedzialności przed pacjentem i społecznością, jest samokrytyczny i nie przekracza swoich kompetencji,

to zasługuje na zaufanie pacjentów. Są to zasady etyki lekarskiej przekazywane i obowiązujące od czasów Hipokratesa, nie dlatego, że są tak stare, lecz dlatego, że są niezbywalną częścią lekarskiego postępowania.

Z tej nieuniknionej asymetrii w relacji lekarz – pacjent, której nie muszę tu bliżej dowodzić, a która w przypadku psychiatrii jest szczególnie wielka, wywodzi się szczególna odpowiedzialność lekarza. Musi on w końcu podejmować decyzje, których życiowych konsekwencji nie ponosi on sam, lecz kto inny, a lekarz w procesie podejmowania lekarskich decyzji nie może (z powodów zwyczajowych) uchylić się od zajęcia stanowiska. Osobista neutralność, tj. możliwość abstrahowania od subiektywizmu, ideał naukowo-go poznania i reguła postępowania, nie jest tu możliwa, to znaczy lekarz, który redukuje swoje postępowanie do roli eksperta lub widzi sam siebie jako eksperta, nie jest już lekarzem. Musi on być ekspertem w swojej dziedzinie, jego fachowa kompetencja jest niezbywalnym warunkiem jego lekarskich działań, warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym. Rozstrzygającą różnicą między ekspertem a lekarzem jest to, że ekspert rozstrzyga zgodnie z rzeczowymi kryteriami naukowymi i według nich postępuje, lekarz natomiast zgodnie z immanentnymi zasadami etycznymi sztuki lekarskiej nie może zastępować sumienia wiedzą.

Z osobowej struktury relacji lekarz–pacjent wynika również, że każde postępowanie lekarskie wymaga zgody pacjenta, przyjęcie decyzji lekarza jest całkowicie dobrowolne i wolność decyzji pacjenta musi być respektowana bez ograniczeń. Lekarz nie musi jednak decyzji swego partnera traktować jako ostatecznej, gdy ma podstawy sądzić, że na jej podejmowaniu zawył brak informacji lub brak umiejętności podjęcia decyzji. Jest on wtedy zobowiązany zaradzić temu brakowi. W żadnym jednak wypadku nie wolno mu przeprowadzać swojej woli wbrew woli pacjenta lub też forsować wbrew pacjentowi swojego systemu wartości. Z drugiej zaś strony

pacjent nie jest upoważniony domagać się od lekarza działań sprzecznych z etycznymi zasadami postępowania lekarskiego. Istnieje pewne, na ogół jeszcze kłopotliwe, ale konieczne zadanie etyki lekarskiej, a mianowicie określenie rodzaju uzasadnionych działań lekarskich, których lekarzowi nie wolno również i wtedy realizować, gdy po postępowaniu wyjaśniającym ma on na nie ważną zgodę pacjenta.

Niebezpieczeństwa wczoraj i dziś

Niebezpieczeństwa wczoraj

By zademonstrować, dokąd prowadzić może psychiatria, jeśli hołduje biologicznemu wyobrażeniu o człowieku i błędnie uznaje, że jej podstawowe zadania mają charakter społeczno-polityczny, muszę przypomnieć część drogi, która doprowadziła do ludobójstwa w Oświęcimiu.

Biologizm, jako zastępcza religia sceptycznej inteligencji, przeniknął od roku 1900 do szerokich warstw społeczeństwa; to bezduszne połączenie darwinizmu i eugeniki znalazło swój wyraz w koncepcji czystości rasowej. W czasach Republiki Weimarskiej miała ona swoich zwolenników i propagatorów w szerokim spektrum partii politycznych od lewicy przez centrum do prawicy. Wzrastała też coraz bardziej uprawomocniona przez naukę wiara w możliwość wyhodowania zdrowej, pięknej i mocnej rasy, podobnie jak gotowości do wspierania tego procesu przez rozwój negatywnej eugeniki, wiara w możliwość eliminacji przekazywania „chorób dziedzicznych”, z równoczesnym rozwiązaniem problemów społecznych przez zagładę „życia niewartego życia”. Od roku 1920 ten początkowo populistyczny problem został przypisany medycynie i pozostawiał jej domeną. Nieprzypadkowo w 1927 roku powołano Instytut Cesarza Wilhelma dla badań nad dziedzicznością człowieka, antropologią i eugeniką, który zresztą szybko zaczął się cieszyć międzynarodowym uznaniem. Temat był szeroko aktualny w całym świecie. Pod hasłem: „Droga od indywidualnej higieny do higieny społecznej” eugenika zdobywała uznanie jako nauka stosowana (mimo że jej podstawy naukowe i metody badawcze budziły wątpliwości). Narodowi socjaliści w 1933 roku potrzebowali dla uchwalenia ustawy „O zapobieganiu potomstwu z chorobami dziedzicznymi” tylko wyciągnąć jej projekt z szuflady i wprowadzić trzy małe poprawki. Złagodlili mianowicie obowiązek naukowego dowiedzenia dziedziczności schorzenia,

rozszerzyli wskazania do sterylizacji (np. o stopę szpotawą; ciekawe co by też na to powiedział Goebbels?) i wprowadzili przymusową sterylizację. Pierwszy krok w kierunku eutanazji został uczyniony. Użyłki jednak wtedy niepodzielny pokłask ze wszystkich stron. Tylko Kościół katolicki jednoznacznie, jasno i zdecydowanie zaprotestował co do założeń teoretycznych eutanazji, ale w praktyce, w instytucjach opiekuńczych, które prowadził, musiał wcześniej czy później iść na układy i kompromisy niekorzystne dla chorych.

Co prawda antysemityzm, biologizm, darwinizm społeczny, eugenika i teoria czystości rasowej w żadnym wypadku nie były tym samym ani też nie mogły być po prostu wrzucone do jednego worka pod hasłem rasizmu, zbyt bowiem różniły się między sobą, w różnych czasach, na różnych poziomach, były w różnych grupach i miały między sobą całkiem swoiste i często przeczące sobie powiązania, to jednak wspólnie przygotowały grunt, na którym zasiane przez Hitlera ziarno mogło wzejść i wzrastać. Droga do mordów narodów została wytyczona. Nauki medyczne, nauka o dziedziczności, antropologia i eugenika, psychiatria i higiena społeczna legitymowały ją i dawały do dyspozycji metody, które dla celów Hitlera musiały tylko zostać zinstrumentalizowane.

Jak było to przygotowane pole działania również w dziedzinie psychiatrii, pokazują uprawdy jeszcze nie potwierdzona ale zasługująca na rozpatrzenie hipoteza badań historycznych. Mówi ona, że sterylizacja, eutanazja i program genocydu narodowego socjalizmu były tylko częścią pewnego procesu, który rozpoczął się w wieku XIX „medykacją” społeczeństwa, przekształcił w „psychiatryzację” szerokich warstw społecznych i doprowadził do wyizolowania niezdolnych do życia w społeczeństwie, społecznie szkodliwych jednostek. Tego rodzaju „nieprzydatni”, wydzieleni z kręgu „przydatnych”, zostali uprzywilejowani i stali się wskutek konieczności opieki nad nimi ciężarem dla „użytecznych” członków społeczeństwa, z czym nie mogli się zgodzić ani specjaliści od czystości rasowej, ani eugenicy pragnący użyteczności poprzez dobór, ani politycy pragnący dokonywać oszczędności. Związek czystości rasowej czy też eugeniki z problemami społecznymi powstał spontanicznie i uczynił bardziej uchwytnym trwający już proces izolacji osób nieprzydatnych, tak że następny krok prowadzący do ich zagłady był tylko logiczną konsekwencją tego procesu, ostatecznym rozwiązaniem problemów społecznych przez medycynę.

Dla psychiatrów III Rzeszy nie było podstawowe pytanie, czy systematyczne wydzielenie i

wyłączenie wszystkich, tzw. mniej wartościowych i nie chcianych mniejszości przez wypędzenie, wyłączenie z możliwości rozmnażania się i w końcu przez uśmiercenie jest możliwym i dozwolonym, zalecanym lub koniecznym środkiem polityki społecznej. Podstawowym dla nich pytaniem było, czy „z ich lekarską etyką i poczuciem moralności”, by zacytować osobistego lekarza Hitlera, można pogodzić stanę się lub zgodę na stanie się instrumentem takiej polityki. Odpowiedź na to pytanie, jak wiemy, jest wstrząsająca.

Muszę przypomnieć (wszystkie liczby zostały pieczołowicie oszacowane i zaokrąglone w dół bądź też podana została dolna granica wielkości):

– 250 000 osób przymusowo wysterylizowanych, zadenuncjowanych, skazanych, operowanych przez lekarzy. 5000 zmarło w wyniku powikłań pooperacyjnych.

– 5 000 bezradnych dzieci pojmanych, orzechonych, wyselekcjonowanych, skazanych, zamordowanych: uśpionych, zabitych zastrzykiem (termin techniczny) lub zgłodzonych wyrokiem lekarzy. Zabójstwo, jak mówi kodeks karny, jest morderstwem, gdy dokonane jest „zdradziecko, straszliwie lub z niskich pobudek”.

– 70 000 osób psychicznie i fizycznie upośledzonych, zniezdolnionych ze starości, w tym inwalidów wojennych pojmanych, osądzonych i zamordowanych przez lekarzy.

Chorzy zostali oszukani co do swojego losu, a ich krewni w obłudny i haniebny sposób okłamani. Było to 70 000 osób do oficjalnego zakończenia Akcji T-4 (od 1939 do 1941 roku); ile osób zamordowano jeszcze w wyniku nieoficjalnej kontynuacji eutanazji do końca wojny, tego nie wiemy. Nie znamy również liczby jeńców wojennych zesłanych na przymusowe roboty, którzy zostali systematycznie zgładzeni w efekcie pracy ponad siły i głodu, pod nadzorem lekarzy. Tyśiące bezbronnych i bezradnych osób były dręczone, torturowane i mordowane przez lekarzy w wyniku przymusowych eksperymentów medycznych. Ich liczby nie znamy, odkrywamy ciągle nowe „programy naukowe” tego rodzaju, i to nie tylko w obozach koncentracyjnych. Jeśli wtedy postępowano wbrew zasadom, że dobry cel nigdy nie uswięca złych środków, to do dziś nie powinniśmy zapomnieć, że złe środki niszczą również dobre cele. Nieważne jest to, jaka jest „obiektywna” wartość uzyskanych wtedy rezultatów naukowych, niech będzie, jaka chce. Poprzez sposób, w jaki zostały uzyskane, są do odrzucenia i nie powinno się do nich powracać.

Niebezpieczeństwa dziś

W społeczeństwie nastawionym na wydajność, w którym poszukiwany i ceniony jest sukces, status, moc, siła przebiccia, itp., w społeczeństwie nastawionym na współzawodnictwo, konkurencję i walkę, słabi i upośledzeni, przewlekłe chorzy niezdolni do pracy nie są szczególnie poszukiwani. Istnieje niebezpieczeństwo, że człowiek nie znajdzie poważania w swojej godności, własnej wartości, prawie do życia jako osobowość, lecz zostanie potraktowany jako przedmiot problemów społecznych, obiekt troski i pomocy, jako część masy podległej manewrom polityki zdrowotnej i społecznej. Dla psychiatrii, a szczególnie dla psychiatrii szpitalnej, istnieje zawsze niebezpieczeństwo uważania się za narzędzie polityki zdrowotnej i społecznej (tym bardziej, że też takim narzędziem jest), grozi niebezpieczeństwo postrzegania się w kategoriach służby dla dobra ogólnospołecznego, a nie stawianie się w roli obrońcy przed wymaganiami społeczeństwa powierzonych im chorych. Psychiatria musi zrozumieć, że służy dobru ogólnemu, broniąc dobra poszczególnego człowieka przed zakusami społeczeństwa.

Gdy człowieka zaburzonego psychicznie lub upośledzonego umysłowo traktujemy jak zwykły przedmiot naszej opieki, jako przedmiot obserwacji psychiatrycznej, badania i leczenia, to negujemy jego człowieczeństwo oraz bycie osobą i grozi nam, że nie będziemy respektować jego prawa do decydowania o sobie, lecz potraktujemy go przedmiotowo. Katalog możliwych nadużyć jest ogromny. Rozpoczyna się od potraktowania chorego jako obiektu naszej świadomej bądź niekontrolowanej, nieświadomej agresji, a kończy na nadużyciu chorego jako przedmiotu naszych badań i eksperymentów.

Przecież w końcu tam, gdzie redukujemy człowieka do jego biologii, jak czyni to ciągle jeszcze bardzo rozpowszechniony biologizm, i co jest niebezpieczeństwem medycyny z konieczności upoważnionej do pracy metodami przyrodniczymi, i gdzie osoba, i prawa osobowości człowieka opierają się jedynie i sztywno na racjonalizmie oraz zdolności do autonomii człowieka, na takich zasadach, jak czyni to australijski filozof Peter Singer, to zapominamy, że człowiek jest czymś więcej niż swoją biologią. Do przypadłości osoby należy nie tylko jego racjonalizm i zdolność do autonomii, lecz równie intencjonalność i emocjonalność. Osoba ludzka nie jest czymś statycznym, czemu przypisane są tylko właściwości, lecz dynamiczną, ciągle na nowo osiąga-

nią jednością ciała, duszy i ducha, i nasz szacunek dla osoby i jej osobowych praw obowiązuje nie tylko wtedy, gdy drugi człowiek jest zdolny do korzystania ze swego rozumu i może sam o sobie stanować. Tam jednak, gdzie kwitnie biologizm – nawet wysubtelniony przez ewolucjonizm – grożą dalej utopijne wizje uzyskania dzięki eugenicie zdrowej i silnej ludzkości. Aby uzyskać przyzwolenie polityczne dla pochłaniającego miliardowe dotacje programu „Analizy genomu człowieka”, naukowcy (z szacunkiem należy tu stwierdzić, że nie byli to Niemcy) całkowicie bez zażenowania ponownie użyli eugenicznych argumentów.

Lecz gdy filozofia zawiera również plan antropologiczny, zezwalający na różnicowanie między życiem wartym i niewartym życia i uprawomocnia zagładę tak zwanego życia niewartego życia, to zawisa nad nami niebezpieczeństwo, że nie tylko chrześcijański i biblijny obraz człowieka jako pełnego godności dzieła Boga zostanie zdeformowany i wynaturzony.

Dylematy

Również ten, kto zgadza się na to, że zobrażone zagrożenie postępowania w psychiatrii faktycznie istnieje i określi jednoznacznie zakres celów i środków działania oraz przyzna, że ograniczają je normy lekarskiej etyki, musi przyznać, że w dzisiejszym działaniu w psychiatrii ciągle powstają sytuacje – częściowo uwarunkowane przez jej strukturę – w których psychiatria popada w konflikt obowiązków. Można go przedstawić jedynie na konkretnych przykładach z praktyki i rozwiązywać w ramach kazuistyki. Są one rozsądnymi tematami dla pracy w grupach roboczych. Na zakończenie chciałbym przedstawić w formie haseł tylko trzy tego rodzaju dylematy:

- 1) Osobowość, indywidualizm, godność, prawo do samostanowienia pacjenta przeciwstawione jego zdrowiu (leczenie przymusowe, samobójstwa, pomoc w umieraniu).
- 2) Interesy innych (naród, solidarność społeczna) lub interesy osób trzecich (lekarz, pielęgniarka, rodzina) przeciwstawione zdrowiu pacjenta.
- 3) Wartość lub brak wartości życia ludzkiego. Dobro jednostki przeciwstawione dobru ogólnemu.

Tłum. J. Kubiak

MARIA ORWID, EWA DOMAGALSKA-KURDZIEL,
KAZIMIERZ PIETRUSZEWSKI
unter Mitwirkung von: EWA CZAPLAK, RYSZARD IZDEBSKI,
MARIA KAMIŃSKA

Psychosoziale Folgen des Holocausts in der ersten und zweiten Generation der Holocaustopfer in Polen.

Wissenschaftler, die das Problem der psychosozialen Folgen des Holocausts bei Survivors selbst und in der zweiten Generation untersuchen, werden mit drei Dilemmatas konfrontiert:

Erstens – wie kann man den Versuch der wissenschaftlichen Sachlichkeit dem Problem gegenüber bewahren, das über die Alltagssprache der Kliniker hinausschreitet, und vielleicht nur von Künstlern, Schriftstellern und Philosophen behandelt werden sollte. Denn diese sind doch durch die Rigorosität der Untersuchungs-methoden nicht eingeschränkt und mit Einbildungskraft und Intuition begabt, deshalb vermögen sie anderen Menschen das näher zu bringen, was passiert ist.

Das zweite Problem ist das Gefühl, daß im Laufe der letzten vierzig Jahre schon so viel zu diesem Thema geschrieben worden ist, daß man in dieser Sache nicht viel Neues entdecken kann.

Das dritte Dilemma ist das schon früher erworbene Bewußtsein – in unserem Falle während der Durchführung der „Auschwitzer“ Untersuchungen – von der Unangemessenheit der psychiatrisch-psychologischen Sprache den Berichten von untersuchten Personen und den bei ihnen festgestellten Syndromen gegenüber. Diese Ansicht greift immer stärker um sich, nicht nur unter Psychiatern und Psychologen, sondern auch unter Soziologen (Bauman 1991). Die Rechtfertigung dafür, daß unser Team sich gerade mit diesem Thema befaßte, könnte wohl die Tatsache sein, daß es in Polen, auf dessen Gebiet sich der Holocaust vollzog, bis jetzt keine Untersuchungen zu diesem Thema gab. Unsere Themenwahl wurde auch von der Tatsache beeinflusst, daß das Milieu, aus dem wir stammen, über dreißigjährige Erfahrungen in der Behandlung des KZ-Syndroms besitzt (Kępiński 1978; Szymusik

u.a. 1991). Auch die dieses Team leitende Person fühlte sich wegen ihrer persönlichen Erlebnisse (die jüdische Abstammung) dazu verpflichtet, einen Versuch zu unternehmen, diese Probleme in der Population der polnischen Juden zu begreifen. Man darf auch die Tatsache nicht unbeachtet lassen, daß die Ausbildung des heutigen Psychiaters, Psychologen oder Psychotherapeuten nicht vollständig ist, wenn ihr Wissen Erfahrungen und persönliche Kontakte mit Personen, die verschiedene - in diesem Falle mit der Naziideologie verbundene - Grenzsituationen erlebt haben, entzogen bleiben. Das haben uns die Untersuchungen über das KZ-Syndrom gelehrt.

Den direkten Anstoß zum Beginn unserer Untersuchungen gab das Holocaust-Symposium, organisiert im Jahre 1989 von Mitarbeitern des Psychiatrischen Lehrstuhls der Universität in Hannover, geleitet von Prof. Kisker. Mit den Untersuchungen begann man im Frühjahr 1990 im Rahmen des Judaica-Programms, das durch das Institut für Geschichte und Kultur der Juden an der Jagiellonen Universität unter Leitung von Prof. J. Gierowski realisiert wird.

Anfangsschwierigkeiten

Die Anfangsschwierigkeiten bei der Realisierung des Programms betrafen zwei Bereiche:

1. Es war niemals vorhanden und existiert auch weiterhin nicht so etwas, wie ein Register der erretteten Personen, wie es bei ehemaligen Häftlingen des KZ-Lagers in Auschwitz der Fall ist. Aus diesem Grunde war es unmöglich, eine Probe von untersuchten Personen nach klassischen Methoden zu bilden. Die Untersuchungen