

## Psychiatria wobec praw człowieka

*Psychiatry and Human Rights*

JÓZEF KOCUR<sup>1</sup>, JÓZEF BUKOWSKI<sup>1</sup>, ZDZISŁAW MAJCHRZYK<sup>2</sup>

Z: 1. Instytutu Medycyny Wojskowej WAM w Łodzi  
2. Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

**STRESZCZENIE.** *Uchwalenie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego określiło podstawowe ramy i zakres opieki psychiatrycznej w Polsce. Uwzględnia ona także ogólne zasady humanizacji życia i prawa człowieka. W pracy omówiono tło historyczne i prawne przemian w podejściu do chorych psychicznie, z uwzględnieniem aktualnych rekomendacji Rady Europy.*

**SUMMARY.** *The passing of the Mental Health Act defined the basic framework and range of psychiatric care in Poland. This act also takes makes provisions for the general principles of humanization of life and human rights. The present work discusses the historical and legal background of changes in approach to the mentally ill within the framework of the indications of the European Council.*

---

**Słowa kluczowe:** psychicznie chory / prawa człowieka  
**Key words:** mentally ill patient / human rights

---

Współczesne definicje praw pacjenta, w tym chorego psychicznie, sięgają bardzo głęboko w historię naszej cywilizacji. Przeszły one długą drogę ewolucji, od drastycznego zapisu w Kodeksie Hammurabiego, skazującego lekarza na okaleczenie za popełnione błędy w leczeniu, poprzez etykę Hipokratesa, stawiającego paternalistyczne dobro i zdrowie pacjenta jako najświętszy obowiązek lekarza – do współczesnych norm, które wywodzą się z podstawowej zasady: szacunku dla życia i szacunku dla praw człowieka.

W bieżącym roku minęło 200 lat od ukazania się trzymtomowego dzieła Filipa Pinela (1745–1826) profesora *Ecole de Medecine* w Paryżu, zmieniającego poglądy na etiologię i patomechanizm zaburzeń psychicznych. Rozpoczął się proces przewartościowywania sposobów podejścia do chorych psychicznie. Choroba psychiczna, w powszechnym odbiorze społecznym, była i jest czymś innym niż choroba cielesna, a osoby nią dotknięte traktowano odmiennie niż

chorych somatycznie. Przez długie lata objawy zaburzeń psychicznych oceniano jako skutek działania siły wyższej, opętania przez szatana bądź następstwo grzechu. Część chorych zdradzających objawy chorób psychicznych podlegała ocenie Św. Inkwizycji. W większości krajów europejskich aż do XIX wieku osoby te były izolowane, najczęściej w pomieszczeniach więziennych, skuwane łańcuchami i kajdanami. Okresowo otwierano takie miejsca pobytu chorych dla rozrywki tłumów.

Filip Pinel w szpitalu Salpetriere wprowadził nowoczesne formy opieki i terapii psychicznie chorych, uznając, że przysługuje im miano człowieczeństwa, a zatem i prawa wynikające z godności osobowej. Odciał się zdecydowanie od stosowanych wcześniej, uwłaczających niekiedy godności ludzkiej, metod leczenia. Stąd wielu uznaje go za ojca współczesnej psychiatrii.

Rozwój i przeobrażenia w psychiatrii światowej w wieku XIX postępowały równolegle

z gwałtownym rozwojem nauk przyrodniczych i techniki. Dotyczyło to zarówno praktyki, jak i teorii – w tym związanej ze szpitalnictwem psychiatrycznym. W Europie przodowała Francja. W roku 1807 Esquirol założył pierwszą klinikę psychiatryczną o profilu naukowo-dydaktycznym, a w 1838 r. wydał ustawę zapewniającą powszechną opiekę nad chorymi psychicznie. Trwały jednak w dalszym ciągu spory dotyczące prymatu psyche nad somą lub odwrotnie. Miały one określone skutki praktyczne, bowiem realizacja takiej czy innej koncepcji niosła za sobą konsekwencje medyczne, a często prawne i społeczne. Przykładem tego mogą być następstwa opublikowania w roku 1857 dzieła o degeneratach, autorstwa znanego psychiatry francuskiego Morela. Wg tego autora choroby psychiczne były skutkiem zwyrodnienia, wywołanego działaniem różnych szkodliwości zewnętrznych – fizycznych, chemicznych, biologicznych, a także społecznych. Zwyrodnienia te miały być dziedziczne, a ich symptomy przejawiać się miały także w pewnych cechach somatycznych. Morel określił nawet te *sigma degenerationis*, na podstawie których można było rozpoznawać zewnętrznie „zwyrodnialców”.

W ostatnim ćwierćwieczu XIX i na początku XX wieku bardzo dynamicznie rozwinięła się psychiatria niemiecka. Rozkwit psychiatrii w tym kręgu kulturowo-językowym znalazł swój wyraz w licznych opisach chorób i zaburzeń psychicznych jako jednostek nozologicznych o określonych przyczynach, przebiegu i zejściu oraz w klasyfikowaniu tych wyodrębnionych jednostek chorobowych wg różnych układów.

Szpitalnictwo psychiatryczne, którego charakter stanowi bodaj najbardziej czuły wskaźnik stosunku społeczeństwa do tej kategorii zachorowań, w wieku XIX i na początku XX w. przedstawiało dość zróżnicowany obraz, zależnie od sytuacji gospodarczej, stosunków społecznych i doświadczeń organizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia. Wyeliminowano całkowicie brutalne, typowe dla zakładów karnych środki nie-

ruchamiające chorych pobudzonych, przechodząc powszechnie do farmakoterapii, terapii pracą, psychoterapii.

Szczególna sytuacja realizacji praw człowieka zachodzi podczas hospitalizacji. Chory podlega wtedy specyficznym uwarunkowaniom, w których ulegają zmianie dotychczasowe relacje ze środowiskiem. Wg Goffmana szpital psychiatryczny postrzegany jest często jako instytucja totalna, zhierarchizowana. Życie pacjenta w takiej placówce różni się zasadniczo od życia poza nią, jest podporządkowane regulaminowi szpitalnemu i panującym tam zwyczajom. Jednostka przestaje pełnić swe dotychczasowe role, a jej kontakty ze światem zewnętrznym sprowadzone są do minimum [3]. Wg badań Winga [13], wśród pacjentów szpitala psychiatrycznego liczba objętych wobec życia toczącego się poza szpitalem jest proporcjonalna do długości pobytu. Społeczeństwo jest bardzo ważnym czynnikiem łączącym chorego i lekarza. Każda terapia wykracza poza stosunek lekarz–pacjent, wprowadzając jako element pośredni między nimi – grupę społeczną. Dla chorego z kolei najistotniejsze jest odnalezienie swego miejsca w otoczeniu i powrót do wartości akceptowanych przez jego grupę [12].

W latach trzydziestych naszego stulecia prof. Jakub Frostig pisał w swoim podręczniku psychiatrii: „...psychiatria ze względu na swoje zadania społeczne znacznie ściślej jest zespolona ze strukturą kulturalną społeczeństw. Dlatego ideały i postulaty społeczne, religijne i filozoficzne każdego okresu kultury znajdują w jej myśleniu naukowym znacznie głębszy oddźwięk, aniżeli w innych naukach medycznych... Przedmiotem zagadnienia w psychiatrii są przejawy psychiczne, które są niekonkretne i niematerialne, a przejawy patopsychiczne mają w sobie coś nieuchwytnego, wyslizgującego się spod obserwacji... Symptom psychiczny jest przejawem zaburzeń w przeżywaniu, nie ma swojego miejsca w przestrzeni, jest niedostępny dla zmysłów, nie ostaje się w czasie: przejawia się w geście, mimice, w powiedzeniu, w postawie, sposobach zachowania: ciągle się zmienia, krótko

jest aktualny” [2]. Większość tych stwierdzeń jest aktualna do dziś, a relacje między chorym psychicznie a jego otoczeniem nie uległy zasadniczym przeobrażeniom.

Przełom lat czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku ukazał, że stosunek do chorych psychicznie może być maksymalnie urzeczowiony. Materiały dowodowe i ustalenia Amerykańskiego Trybunału Wojskowego nr 1 rozpoczęły trwający do dzisiaj proces konstrukcji praw człowieka, w tym osób chorych psychicznie [8]. Światowa społeczność lekarska za podstawę rozumienia istoty tych praw przyjęła pojęcie godności osobowej jako niezbywalnego prawa każdej istoty ludzkiej.

Pod podjęciem praw człowieka należy rozumieć nie tylko wybrane artykuły prawa stanowionego odnoszące się do chorego psychicznie, ale i inne formy bardziej uniwersalnych uprawnień i przywilejów pacjenta wynikające z relacji międzyludzkich i z chęci działań dla dobra człowieka. Przykładem tego rodzaju uprawnień jest Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r. i powstała na jej bazie Deklaracja Genewska uchwalona w 1949 r. przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) [11]. Polska należy do tej organizacji poprzez swoje członkostwo w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Uniwersalna Deklaracja Praw Człowieka przyjęta przez Zgromadzenie Narodów Zjednoczonych 10 grudnia 1948 r. w Paryżu podkreśla, że podstawą wszelkich praw jest szacunek dla człowieka. Wyrażono go w następujących kardynalnych sformułowaniach:

- 
- Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w zakresie ich godności i praw (art. 1),
  - Każdy ma prawo do życia, do wolności i do bezpieczeństwa osobistego (art. 3).
- 

Deklaracje te odegrały istotną rolę w formułowaniu współczesnych kodeksów etyki i deontologii lekarskiej, wg których pacjent, a chory psychicznie w szczególności, nawet wtedy kiedy jest „zamknięty” w szpitalu,

zachowuje wszystkie uniwersalne prawa człowieka i dlatego może domagać się m.in. respektowania jego godności osobowej, np. uszanowania jego intymności, niedemonstrowania publicznego jego wad lub ułomności, jednakowego dostępu do leczenia – bez względu na pochodzenie społeczne, różnice rasowe, religijne itp.

W ten sposób prawa należne każdemu człowiekowi, a więc także pacjentowi, wprowadzone do zbiorów etyki lekarskiej, przypominają o tych generalnie obowiązujących, ogólnoludzkich zasadach etycznych.

pozytywnym przykładem zastosowania się do tych zasad jest polski Kodeks Etyki Lekarskiej, uchwalony przez III Krajowy Zjazd Lekarzy w grudniu 1993 r. [5]. W art. 1 tego kodeksu zapisano: „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych”; „zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego”. Należy podkreślić, że we wszystkich współczesnych lekarskich kodeksach deontologicznych znajdują się podobne zapisy i odniesienia do relacji pacjent–lekarz.

Piśmiennictwo ostatniego dziesięciolecia na temat praw pacjenta jest bardzo obszerne i coraz częściej ukazuje się w tłumaczeniach na język polski. Świadczy to o wielkim zainteresowaniu tym problemem, ale i o trudnościach związanych z określeniem zakresu tych praw. W literaturze zachodnioeuropejskiej, obok terminu „prawa pacjenta” i „prawa człowieka”, używa się często określenia „autonomia pacjenta”. Prof. Bernard Hoerni z Uniwersytetu w Bordeaux podkreśla, że w odniesieniu do medycyny, a zwłaszcza do chorych, autonomia stanowi chyba najcenniejsze „odkrycie” w etyce medycznej na przestrzeni ostatnich dwóch stuleci [4].

Problem ten podejmuje Deklaracja Praw Pacjenta WHO. Jeden z rozdziałów tej deklaracji traktuje o problemie zgody, czy też przyzwolenia ze strony pacjenta. Temat ten przedstawiany jest na Zachodzie w licznych publikacjach i obszernych monografiach [1].

*Informed consent czy consentement eclaire* – świadoma, dobrowolna zgoda (przyzwolenie)

– jest zagadnieniem bardzo skomplikowanym w psychiatrii. Oprócz aspektów etycznych zawiera również elementy prawne i ekonomiczne, wskazujące m. in. na próby przeniesienia części odpowiedzialności za wyniki leczenia na pacjenta [1]. Problematykę tę szczegółowo omawiał prof. Stanisław Dąbrowski, oceniając wdrażanie *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* w Polsce na konferencji w Tworkach w roku 1995 [10].

Drugim z ważniejszych źródeł międzynarodowych konwencji dotyczących praw pacjenta, w tym chorego psychicznie, są opracowania Rady Europy, a zwłaszcza jej Komisji Bioetyki, działającej od 1983 r. Zdecydowano się na bezprecedensowy sposób wprowadzania niektórych norm etycznych czy bioetycznych pod sankcjami zwartymi. Nabierają one w ten sposób cech prawa stanowionego. Zwłaszcza ostatnia Konwencja Rady Europy z lipca 1994 r. jest pod tym względem interesująca, zawiera bowiem wiele odniesień do praw pacjenta. Nosi ona tytuł: *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja Bioetyczna* [6].

W preambule Konwencji umieszczono zasady chronienia godności i tożsamości istoty ludzkiej. W art. 2 znajduje się zapis o kardynalnym znaczeniu dla lekarzy i etyków, a mianowicie: „Interes i dobro istoty ludzkiej powinny przeważać nad interesem społecznym i naukowym” oraz że „...wszelka interwencja w dziedzinie zdrowia, w tym badania naukowe, musi być dokonywana z poszanowaniem dla norm i obowiązków zawodowych”, a więc lekarskich. Inne artykuły Konwencji mówią o ochronie osób ubezwłasnowolnionych (art. 6) i zakazie czerpania zysków ze sprzedaży ciała lub jego części. Istota Konwencji podporządkowana została Międzynarodowemu Paktowi Praw Obywatelskich i Politycznych z 16 grudnia 1966 r. [8] oraz Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r. [9].

Polskie ustawy – o zawodzie lekarza i o ochronie zdrowia psychicznego – spełnia-

ją wymogi wspomnianych aktów prawa międzynarodowego. Akta te odwołują się także do Deklaracji Hawajskiej z 1977 r., zmodyfikowanej w roku 1983, dotyczącej opieki psychiatrycznej. Przestrzeganie określonych w niej praw człowieka dotyczy ograniczenia przymusu leczenia do przypadków, gdy pacjent nie ma zdolności wyrażania swych życzeń lub z uwagi na chorobę psychiczną nie jest w stanie ocenić, co leży w jego interesie, albo gdy pacjent stwarza w związku ze swą chorobą poważne zagrożenie dla innych. Deklaracja ta obliuguje również do stosowania niezależnej i bezstronnej kontroli sądowej przypadków, w których zastosowano leczenie przymusowe oraz zabrania psychiatrze stosowania przymusowego leczenia, gdy nie ma objawów choroby psychicznej. Postanawia także, że udział pacjenta w badaniach naukowych musi być całkowicie dobrowolny i poprzedzony pełną informacją o zakresie, celach i sposobie prowadzenia badań.

Komitet Ministrów Rady Europy w zaleceniu nr R/83/2, dotyczącym prawnej ochrony osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, polecił, aby badania kliniczne nowych leków lub badania nie mające celu terapeutycznego w leczeniu psychiatrycznym były zabronione w odniesieniu do osób umieszczonych przymusowo w szpitalu.

Podobnie *Zasady ochrony psychicznie chorych i poprawy opieki psychiatrycznej*, przyjęte 17 grudnia 1991 r. przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, stwierdzają, że realizacja praw człowieka w psychiatrii polega na poszanowaniu:

- 
- 
- człowieczeństwa w świetle prawa,
  - prywatności,
  - swobody porozumiewania się z innymi ludźmi,
  - wolności religijnej i przekonań,
  - zakazie pracy przymusowej,
  - zakazie poddawania próbom klinicznym oraz leczeniu eksperymentalnemu bez uzyskania zgody pacjenta.
- 
-

## PIŚMIENNICTWO

1. Beauchamp T., Childres J.: Principles of Bio-medical Ethics, Oxford 1994.
2. Frostig J.: Psychiatria. T. 1. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Lwów 1933.
3. Goffman E.: Asylums. Essays on the social situation on mental patients and other inmates. Pelican Books, New York 1974.
4. Hoerni B.: L'autonomie on medecine. Edition Payot 1991.
5. Kodeks Etyki Lekarskiej. Warszawa 1994, s. 4.
6. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja Bioetyczna. Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1994.
7. Michalska A.: Komitet Praw Człowieka. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1994, 179–198.
8. Mikulski J.: Medycyna hitlerowska w służbie III Rzeszy. PWN, 1981, 79–84, 182–190.
9. Nowicki M.A.: Wokół Konwencji Europejskiej. Warszawa 1992, 169–189.
10. Psychiatria środowiska – wyzwania i zagrożenia. Wybrane materiały konferencji, Tworki, 22–23. 09. 1995. Pruszków 1996, 3–11.
11. Szewczyk K.: Etyka i deontologia lekarska. Polska Akademia Umiejętności, Kraków 1994, s. 158.
12. Urbanowska-Żyto E.: Społeczne determinanty zachowania człowieka. W: Dąbrowski S. i wsp. (red.): Psychiatria. T. III. PZWL, Warszawa 1989.
13. Wing J.: Institutionalism in mental hospitals. Br. J. Soc. Clin. Psych. 1962, 1, 38.

*Adres: Prof. Józef Kocur, Instytut Medycyny Wojskowej WAM,  
ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź*