

Zakład Etyki Akademii Medycznej im. prof. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie
Department of Ethics, Skubiszewski Medical University of Lublin

LUCYNA PATYJEWICZ

Wartość moralna osoby niepełnosprawnej psychicznie

„Zdrowia i choroby nie wystarczy rozpatrywać w aspekcie biologicznym, lecz należy uwzględnić jej aspekt psychiczny, moralny, środowiskowy, społeczny wreszcie. (...). Zdrowy człowiek jest człowiekiem dobrym, myśli i postępuje etycznie”¹

J. Aleksandrowicz.

„Zadaniem lekarza jest służyć ludziom umiejętnościami medycznymi oraz wsparciem emocjonalnym i psychologicznym (...) Możemy wykazać eksperymentalnie, że miłość, współczucie, troska i empatia stanowią katalizator uzdrawiania i że ta moc działa na odległość oraz wykracza poza czas. (...) Stanowi żywą tkankę rzeczywistości, więź, która łączy nas wszystkich”².

L. Dossey

Celem pracy jest wprowadzenie do analizy i określenia wartości moralnej osoby niepełnosprawnej psychicznie w konfrontacji z rzeczywistością o wymiarze społecznym, zdrowotnym i etycznym. W tym ostatnim wymiarze rzeczywistość ma charakter specyficzny, bo duchowy. Wymiar społeczny określają typowe postawy moralne społeczności względem osób niepełnosprawnych; wymiar zdrowotny obrazuje zależność poczucia własnej wartości (osobowej, jak moralnej) od stopnia i rodzaju zaburzeń charakterystycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych; wymiar etyczny ukazuje wartość osobową i moralną człowieka niepełnosprawnego. Z perspektywy lekarskiej etyki normatywnej, a zarazem absolutystycznej, zgodnej z wymową przysięgi Hipokratesa, wartość ta ma charakter bezwzględny. Wymiar etyczny służy również - w charakterze kryterium - do oceny zjawisk moralnych, występujących w sytuacjach konfrontacji wartości moralnej osoby niepełnosprawnej z rzeczywistością zdrowotną i społeczną.

Praca ma charakter interdyscyplinarny, więc korzystam w niej nie tylko z wiedzy etycznej, ale także z psychologicznej, psychiatrycznej i psychoterapeutycznej, jak również z własnych spostrzeżeń poczynionych w trakcie wieloletniego prowadzenia zajęć z soterapii³.

POJĘCIE „NIESPRAWNOŚCI” I „NIESPRAWNOŚCI PSYCHICZNEJ”

Przez „niesprawność” można najogólniej określić brak sprawności i fizycznej i psychicznej lub jednej z nich. Ponieważ w rzeczywistości nie istnieje sprawność idealna, zwłaszcza przez cały okres życia poszczególnych osób, a jedynie sprawność określonego stopnia (względna), która podlega ustawicznym zmianom, więc można mówić o sprawności- podobnie jak o niesprawności- w zakresie pewnego kontinuum na osi „sprawność –niesprawność”, zawsze określając jej aktualny stopień jedynie w przybliżeniu na podstawie towarzyszących temu stanowi objawów (symptomów).

Podobnie przedstawia się kwestia zdrowia i choroby oraz normalności i nienormalności. O wyznaczeniu ścisłej granicy nie może być mowy tam, gdzie występują ustawiczne wahania. Można jedynie

¹ J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, Tyle wart człowiek..., Lublin 1992, s.195;

² L. Dossey, Słowa, które uzdrawiają, Warszawa 1993, s.21, 144, 145;

³ L. Patyjewicz, Funkcja terapeutyczna filozofii medycyny. O możliwości soterapii, w: „Postępy psychoterapii” t. III, Poznań 2000, s. 79 – 88;

wyraźniej określać stany, w których symptomy świadczą o większym lub mniejszym prawdopodobieństwie ich umiejscowienia na linii badanego continuum.

Dokładność w stwierdzeniu sprawności lub niesprawności jest tym większa, im bardziej wyraziste symptomy, które o nich świadczą i im bliżej są one punktów granicznych na wzmiankowanej osi „sprawności –niesprawności”. Tak, jak niesprawność fizyczna nie świadczy o niesprawności psychicznej, tak też –odwrotnie- niesprawność psychiczna nie dowodzi niesprawności fizycznej, jakkolwiek jedna może towarzyszyć drugiej w stopniu większym lub mniejszym, ze względu na istnienie wzajemnych wpływów psycho–somatycznych, np. gdy człowiek jest inwalidą dotkliwie odczuwającym swoje ograniczenia fizyczne, może –ale nie musi –mieć z tego tytułu obniżony nastrój, wyrażający się zwiększoną drażliwością lub agresywnością; podobnie jak osoba niesprawna umysłowo może –ale również nie musi –błędnie wykonywać różne czynności z zakresu tzw. samoobsługi.

Przez „niesprawność psychiczną” zazwyczaj rozumie się różnego typu konsekwencje upośledzeń w funkcjonowaniu procesów psychicznych, np. w myśleniu, spostrzeganiu, zapamiętywaniu, doświadczaniu i przeżywaniu określonych nastrojów i stanów emocjonalno –uczuciowych, podejmowaniu decyzji, ukazywaniu aktywności, siły woli itp. Źródłem największej liczby wadliwego funkcjonowania psychiki, a przez nią życia wewnętrznego (tzw. duchowego) i zewnętrznego (wyrażonego zachowaniem się w otoczeniu oraz w relacjach interpersonalnych), są najczęściej choroby i zaburzenia psychiczne, o których obszernie traktują publikacje z zakresu psychiatrii klinicznej i psychoterapii. Są nimi –zwłaszcza- schizofrenia, choroba maniako–depresyjna (tj. cyklofrenia), depresja endogenna, choroby urojeniowe (zwłaszcza parafrenia), psychozy organiczne, zwane psychozami psychoorganicznymi, a wśród nich epilepsja oraz inne, pomniejsze. Obniżoną sprawność psychiczną wykazują poza tym osoby z niedorozwojem psychicznym (oligofrenicy) oraz alkoholicy w stadium ostrym lub przewlekłym, a także chorzy z demencją, np. wywołaną przez chorobę Alzheimera. Często bywa, że osoby psychicznie niesprawne głęboko odczuwają swoją krzywdę z powodu traktowania niewłaściwego, deprecjonującego ich osobą wartość.

WARTOŚĆ OSOBOWA I MORALNA CZŁOWIEKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO.

Ponieważ każdy człowiek jest osobą (personą), więc stanowi wartość osobową bezwzględną i nie-naruszalną, niezależną od czyichkolwiek opinii (indywidualnych ani zbiorowych) na ten temat, ani od jakichkolwiek czynników subiektywnych (np. własnych przekonań) lub innych czynników, np. stanu zdrowia, zdolności, użyteczności społecznej itp. Wartość osobowa każdego człowieka (zwana również wartością wsobną) jest respektowana również przez sprawiedliwe prawo stanowione. Wartość osoby ludzkiej i jej istnienia nie jest jednak tym, samym, co wartość moralna poszczególnych aspektów jej życia, takich, jak: wartość celów (intencji), środków i skutków poszczególnych działań, składających się na tzw. postępowanie lub zachowywanie.

Człowiek nie ma moralnego prawa dokonywać ocen i określać wartości moralnej całości życia jakiegokolwiek osoby, lecz –co najwyżej- może i powinien oceniać wartość moralną celów, środków użytych do ich realizacji i skutków czynów (szczególnie własnych). Niewątpliwie aspekt moralny jest tu najważniejszy. Umiejętność ostrego postrzegania granicy między dobrem i złem jest ważna dla wyboru i oceny etycznej określonego postępowania (jako obiektywnie dobrego lub złego). Ponieważ wartości, (czyli obiektywne dobra) występują w układzie hierarchicznym (od najniższych do najwyższych), więc mają w sobie mniej lub więcej dobra. Dlatego każdy, kto je w swoim działaniu realizuje musi znać ich cenę. Jak stwierdza K. Wojtyła (papież Jan Paweł II), „te (wartości –L.P.) , które więcej kosztują, z pewnością też są wartościami wyższymi”⁴.

Każdy człowiek jest odpowiedzialny za realizację różnych wartości. Przykładem odpowiedzialności jest codzienna troska o byt, zdrowie i samopoczucie osób chorych, słabych, starszych i młodszych wiekiem, a nawet nie narodzonych jeszcze. O osobach, którym obojętna jest wartość życia i zdrowia swoich bliźnich, zwłaszcza wymagających pomocy i duchowego wsparcia, J. Aleksandrowicz powiedział, że są chore moralnie. I odwrotnie, „zdrowy człowiek jest człowiekiem dobrym, myśli i postępuje etycznie, tzn. (...) uczciwie i z poczuciem odpowiedzialności”⁵. Również zdaniem Platona człowiek zły jest człowiekiem chorym, zaś dobry –duchowo zdrowym.

⁴ K. Wojtyła, Elementarz etyczny, Lublin 1983, s.73;

⁵ J. Aleksandrowicz, E. Stawowy, Tyle wart... dz. cyt., s. 195; 246

Jeśli w kontekście powyższych rozważań uświadomimy sobie jak wiele krzywd i przejawów obojętności musiał w przeciągu dziejów znosić człowiek chory –z konieczności zależny także od takich ludzi, którzy nie tylko nie potrafili (lub nie chcieli) okazać zrozumienia ani świadczyć pomocy, ale ich kosztem dowartościowywali siebie lub pozbywali się ich z własnej społeczności –obraz ludzkiej demoralizacji będzie dopełniony.

Chorzy i niepełnosprawni swoją krzywdę nierzadko identyfikują ze swoistą karą za bycie upośledzonymi, a przez to mniej użytecznymi społecznie. Za mniejszą zaś użyteczność obwiniają (choć pojęcie winy nie ma tu zastosowania) siebie, doszukując się w sobie mniejszej wartości. Ich rozumowanie staje się wówczas podobne do rozumowania utylitarystów: skoro nie jestem użyteczny, to znaczy, że jestem bezwartościowy, a jeśli tak, to znaczy że nie mam po co żyć. Poczucie mniejszej wartości lub wręcz bezwartościowości bynajmniej nie służy celom terapeutycznym. Jedynie pograża ich życie w aksjologicznej pustce, która jest wynikiem nie dostrzegania przez nich sensu swego istnienia.

Od postawy moralnej osób z najbliższego środowiska osoby chorej lub niepełnosprawnej zależy więc w sposób istotny lepsze lub gorsze jej samopoczucie, zależy sposób jej istnienia, przebieg zdrowienia i jakość życia.

Człowiek niepełnosprawny psychicznie często ma poczucie pustki aksjologicznej i bezsensu istnienia, gdyż nie ma transcendentnego celu życia i uwewnętrznionych wartości, które by porządkowały jego życie wewnętrzne i ogrom przeżyć psychicznych. Bywa, że nie posiada nawet minimum startowego do wprowadzania owego porządku, czyli doświadczenia siebie jako wartości osobowej (personalnej) i moralnej. Ma natomiast wiele negatywnych doświadczeń z sobą, które utwierdzają go w błędnym przekonaniu, że nie ma w sobie nic wartościowego, nie przedstawia nawet wartości prawnej.

Dlatego chętnie uzależnia się on od osób, które się nim interesują, udzielają pomocy i psychicznego wsparcia, a przede wszystkim dowartościowują go. Jak stwierdza J. Vigne, „istotnym problemem pacjenta, który zgłasza się na konsultację, jest okaleczone poczucie własnej wartości. Niezbędna w psychoterapii regresja pozwala, by terapeuta, „matkował” mu i utwierdzał go w poczuciu wartości. Czyni to bezpośrednio, okazując sympatię, lub pośrednio słuchając wypowiedzianych na głos myśli pacjenta”⁶. Wydoroszenie chorego polega na uwierzeniu w możliwość samodzielności i na duchowym uniezależnieniu się od tych, którzy mu wcześniej pomagali. Nie należy tego przeobrażenia z góry traktować negatywnie, gdyż stopniowe uwalnianie się od opiekuna jest wyrazem potrzeby rozwoju i wyzbycia się więzów zależności, które ten rozwój krepują lub hamują. Rozwój prowadzi zaś do poprawy zdrowia psychicznego, a nie ma zdrowia bez rozwijania indywidualności. „Kto idzie drogą duchową nie musi martwić się o to, by wewnętrznie upodobnić się do innych, ani o to, by odpowiadać normie wyznaczonej przez statystyki psychologiczne. Jest wyleczony z (...) potrzeby ulegania naciskom społecznym, którym tak bardzo zamartwia się człowiek przeciętny, a które nakazują mu robić to co inni i być takim jak wszyscy. (...). Rozwój duchowy prowadzi do radości wewnętrznej”⁷. Jest to radość z odzyskania siebie, z poczucia własnej wartości. Wcześniejsze poczucie utraty siebie okazało się „najlepszym białym batem zmuszającym do szukania szczęścia w sobie samym, (...), kołcem pobudzającym do ciągłego rozwoju”⁸. Cierpienie natury aksjologicznej nie było więc daremne. Przywrócenie poczucia własnej wartości musi stać się punktem zwrotnym do odbudowywania sprawności psychicznej i zwycięstwa w konfrontacji z „twardą”, wymagającą samodzielności i odpowiedzialności rzeczywistością. W umiejętności reagowania na wektory aksjologiczne (dzięki, którym przezwyciężane są liczne frustracje) pacjent nabiera coraz większego zaufania do własnych decyzji.

„Dla moralnego życia człowieka –zauważa P. Jaroszyński -decyzja ma znaczenie kluczowe. Na mocy decyzji rzeźbimy samych siebie. (...). Każda decyzja dokonuje się ze względu na coś (...), do czego warto dążyć”⁹.

Nie można nauczyć się odpowiedzialności za własny rozwój duchowy nie podejmując równocześnie żadnej decyzji, licząc na to, że decyzję podejmie opiekun. Decyzje najważniejsze są wyborami o charakterze moralnym, czyli wyborami między dobrem i złem lub między ich „odcieniami” (mniejsze lub większe dobro –mniejsze lub większe zło).

⁶ J. Vigne, Wprowadzenie do psychologii duchowej, Warszawa 1995, s.46;

⁷ Tamże, s.28, 41;

⁸ J.w. ...34;

⁹ P. Jankowski, Etyka. Dramat życia moralnego, Warszawa 1993, s.37,39;

Aby dokonywać takich wyborów trzeba mieć hierarchię wartości z wyraźnym w niej miejscem dla siebie. „Człowiek musi: być predysponowany do widzenia dobra w sobie, jakim jest dobro osobowe, którego naruszanie odbierane będzie jako coś złego. To predysponowanie przybiera postać sumienia”¹⁰. Rozwijanie, prostowanie lub budzenie sumienia u osób z zaburzeniami psychicznymi nie musi być zadaniem trudnym; wystarczy sięgnąć do empatii i na przykładach ukazać, że nasze decyzje nie muszą naruszać praw naturalnych innych ludzi (do życia, zdrowia i osobowego rozwoju).

Człowiek jest nie tylko bytem osobowym (personą), ale jest –jako osoba –bytem moralnym, skazanym na dokonywanie – oprócz wyborów moralnie obojętnych – wyborów moralnych, tj. z zakresu dobra i zła. Bytem moralnym, posiadającym wartość wsobną, jest każdy człowiek, niezależnie od różnych czynników zmiennych, a więc także niezależnie od swego stanu zdrowia. Jest więc nim również osoba niepełnosprawna psychicznie i to nawet wtedy, gdy nie uświadamia sobie tego faktu lub pod ciężarem przygnębienia i choroby dokonuje deprecjacji własnej wartości lub zatracza granicę między obiektywnym dobrem i złem. Ograniczenie możliwości decydowania i odpowiedzialności często traktuje ona jako „dowód” swojej bezwartościowości lub małowartościowości.

Tym, czego najbardziej obawiają się osoby tzw. zdrowe psychicznie w swoich relacjach z osobami chorymi lub niepełnosprawnymi psychicznie są dokonywane przez tych ostatnich wybory, które niekiedy są wyraźnie pozbawione ukierunkowań moralnych lub grożą złymi konsekwencjami, a co najmniej są na tyle niezwykle, że budzą zaniepokojenie najbliższego otoczenia. Ci, którzy dokonują takich bezmyślnych lub nietypowych wyborów są zazwyczaj subiektywnie przekonani o ich słuszności i nie przejmują się ich konsekwencjami, za które nie czują się odpowiedzialni. W takich warunkach dochodzi do sytuacji wycofania się osób zdrowych z kontaktów z osobami przejawiającymi zaburzenia psychiczne. Z reguły nikt nie lubi sytuacji, w których czułby się niepewnie lub niezręcznie.

Z drugiej strony, chory po przebyciu leczenia woli przebywać w swoim środowisku, gdyż również czuje się w nim pewniej: nie zagraża mu wytykanie choroby ani podważanie (niekiedy publicznie) jego wartości.

Postulat kształtowania aksjologicznego osób niepełnosprawnych psychicznie

Uświadczenie osobom niepełnosprawnym psychicznie ich własnej wartości musi iść w parze z zachęcaniem ich do twórczego, a zarazem odpowiedzialnego spełniania podstawowych obowiązków względem siebie i swego otoczenia społecznego. Tak jak świadomość bycia osobową wartością daje spokój wewnętrzny, tak samo świadomość spełniania obowiązków pozwala na doświadczenie zadowolenia z siebie, co stanowi psychiczną nagrodę za wysiłek włożony w wykonanie zadania. Tego typu nagroda zachęca do kolejnych wysiłków w realizacji zadań o coraz wyższym stopniu trudności. Warto przy tym zaznaczyć, że od osób psychicznie niepełnosprawnych nie należy wymagać spełniania obowiązków, którym nie będą oni w stanie sprostać, czyli przerastających ich aktualne możliwości lub wykraczających poza obszary ich zdolności i zainteresowań. Dobrze spełniony obowiązek ma zawsze korzystny wpływ na samopoczucie, podobnie jak wynagradzanie i łagodne traktowanie. Tego zdania był m.in. polski psychiatra Andrzej Janikowski (1799 –1864), autor *Patologii i terapii chorób umysłowych*. Jego nazwisko wymienia się wśród nazwisk dziewiętnastowiecznych psychiatrów zasłużonych dla wprowadzenia tzw. leczenia moralnego (opartego na oddziaływaniach psychologicznych, moralnych, etycznych i społecznych), które „było skuteczną metodą leczenia”¹¹, gdyż wyraźna poprawa stanu zdrowia obejmowała 62 –90% pacjentów wypisanych z zakładów psychiatrycznych w Anglii i USA. W zakresie działań wykorzystywanych w ramach tej metody zwracano szczególną uwagę na dobór zadań, nagradzanie ich poprawnego wykonania, na atmosferę dobra, rolę pozytywnych przykładów, poszerzanie zainteresowań i umiejętności, kształtowanie właściwych więzi międzypersonalnych, przy zachowaniu tolerancji dla odmienności i indywidualności.

Ważnym elementem kształtowania właściwej postawy moralnej jest nie narzucanie osobom psychicznie niesprawnym gotowych schematów społecznego zachowania się, czyli tzw. stereotypów, gdyż 1) prowadzą one do naśladowania rozpowszechnionego obecnie konsumpcjonizmu, konformizmu i hedonizmu –nastawień przeciwnych rozwojowi duchowemu i wychowaniu dla wartości wyższych, niż materialne i utylitarne; 2) prowadzą one do automatyzacji działań i bezmyślnego (bezrefleksyjnego), pozbawionego autentyczności reagowania na bodźce, czego konsekwencją jest niezgodność

¹⁰ Tamże, s.41;

¹¹ S. Puzyński (red.), *Leksykon psychiatrii*, Warszawa, s. 206; 248

postępowania ze swoim własnym światopoglądem, stanowiskiem w określonej sprawie lub zdeformowane poczucie tożsamości, a ostatecznie bierność, apatia, poprzestawanie na powierzchownych stosunkach z innymi ludźmi lub wręcz patologiczne izolowanie się od nich. Zachowania udawane są przejawem hipokryzji moralnej, która nie tylko nie służy nawiązaniu przez chorego autentyczności, pogłębionych i dających satysfakcję więzi z innymi, ale wręcz dobitnie mu szkodzi, wprowadzając w świat fikcyjnych, nierzeczywistych, aksjologicznie bezwartościowych układów międzyludzkich. Jeśli wywierane na niego w tym kierunku naciski –zwłaszcza rodziny –budzą jego niezadowolenie i opór, jest to niewątpliwie reakcja zdrowa; jest to bowiem naturalny odruch samoobrony, którego nie wolno lekceważyć, ani –tym bardziej –niszczyć. Granicą autentycznego zachowania nie jest jego „inność”, ale niestosowność moralna i (lub) estetyczna. „Inność” nie musi oznaczać nienormalności, jeśli nikogo tym nie krzywdzi, nie obraża i nie szokuje. Jeżeli „inność” jest wynikiem rozwoju ludzkiej indywidualności, a nie zaniedbania, to powinna być nie tylko tolerowana, ale wręcz promowana, sprzeciwia się bowiem unifikacji.

Jak słusznie zauważył niemiecki psychoanalityk E. Fromm, dobre przystosowanie jednostki do społeczeństwa wcale nie dowodzi jej zdrowia psychicznego, a nawet może pogłębiać chorobę w przypadku, gdy społeczeństwo jest chore. Rezygnacja z indywidualności, niezależności i wolności zawsze prowadzi do stanów psychopatologicznych, jest więc przeciwstawna zdrowiu psychicznemu. Przystosowanie aksjologiczne osób niepełnosprawnych należy rozumieć jako przystosowanie przede wszystkim do realizacji wartości religijnych oraz duchowych, tj. poznawczych, etycznych i estetycznych. Przystosowanie owo nie może być tożsame z automatycznym narzucaniem –odmiennej od posiadanej przez nich –hierarchii wartości, ale powinno być pojmowane jako proces jej kształtowania zarówno mądrym słowem, jak dobrym przykładem własnym osób, które w tym procesie zechcą uczestniczyć. Pomocą może być odpowiednia literatura, wybrane programy edukacyjne oraz spotkania w grupach samopomocy z uczestnictwem osób prezentujących sobą wyższy stopień kultury moralnej i uduchowienia, a zarazem bezpośrednich i taktownych, co do których można mieć pewność, że nie zaszkodzą, a wiele pomogą.

WNIOSKI

1. Droga rozwoju aksjologicznego, czyli rozwoju ku wartościom najwyższym, jest jedyną drogą do zbudowania lub odbudowania świata duchowego, co równocześnie oznacza osiągnięcie stanu zdrowia psychicznego. Nie jest to droga dla nikogo zamknięta, chociaż wymaga postawy twórczej, a przy tym samokrytycznej, wymaga woli przemiany siebie i przyjęcia ograniczeń aksjologicznych, a także pewnego dystansu poznawczego do własnych myśli, przeżyć i stanów emocjonalno –uczuciowych. W tym kierunku powinna przebiegać moralna psychoterapia.

2. Leczenie człowieka chorego i upośledzonego bez równoczesnego oddziaływania terapeutycznego na jego otoczenie, nie przyniesie efektów, pozostanie tylko w sferze postulatów. Wiadomo bowiem, że tam, gdzie dzieje się komuś krzywda, tam nie ma psychicznych warunków do twórczości i rozwoju, a zatem nie ma szansy na duchowe, w tym moralne, wyzdrowienie. Niezbędna jest więc edukacja etyczna, a zarazem psychiatryczna i psychoterapeutyczna rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi oraz grup wsparcia i samopomocy.

3. Rehabilitacja moralna jest podstawowym warunkiem indywidualnego rozwoju i rehabilitacji psychicznej osób niepełnosprawnych psychicznie. W niej tkwi źródło zdrowych, godnych, nieinstrumentalnych i nie manipulacyjnych relacji międzyludzkich. Zatem środkiem niezbędnym w uzdrowieniu tych relacji powinna być etyka.