

Problemy etyczne w terapii schizofrenii

Ethical problems in the treatment of schizophrenia

Małgorzata Kostecka¹, Irena Namysłowska²,
Krystyna Ostoją-Zawadzka³

¹ I Klinika Psychiatrii WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szelenberger

² Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

³ Prywatna praktyka psychoterapeutyczna

Summary

The authors present ethical dilemmas in the therapy, particularly family therapy, individual and group psychotherapy of schizophrenia in the context of the specific personality of persons suffering from schizophrenia as well as their experience

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoterapia, etyka

Key words: schizophrenia, psychotherapy, ethics

Wstęp

Przystępując do rozważań na temat dylematów etycznych w terapii schizofrenii, autorki artykułu na wstępie zaznaczają, że nie odbiegają one zasadniczo od problemów etycznych w obszarze psychiatrii.

Psychiatria, zajmując się osobami chorymi psychicznie, jest szczególnie narażona na rozliczne pułapki i pokusy przejmowania odpowiedzialności za pacjenta, szukania winnego, ferowania diagnozy (wyroku itp.), a tym samym niemal bezustannego ocierania się o czule etycznie kwestie. Przedstawiciele psychiatrii poruszają się w przestrzeni wartości pozostających pod wpływem zasad etycznych i moralnych, charakterystycznych dla danej kultury, obyczajowości i w tym samym stopniu ulegają ich oddziaływaniu, co pacjenci. Także definicja zdrowia i choroby psychicznej jest uwikłana w kulturowe i obyczajowe uwarunkowania.

Teoretyczne podstawy etyki psychiatrycznej, oparte o przesłanki teorii utilitaryzmu, deontologii, a także zasady dekalogu, w pełni odnoszą się do etyki w procesie leczenia schizofrenii. Również zasady, takie jak zasada poszanowania autonomii, zasada primum non nocere, zasada korzyści dla pacjenta, opisywane w polskim piś-

miennictwie [1, 2], w pełni znajdują zastosowanie w podejściu do leczenia zaburzeń schizofrenicznych.

Specyficzne cechy osób chorych na schizofrenię i ich wpływ na dylematy etyczne w terapii

Schizofrenia, a zwłaszcza cechy charakteryzujące osobę chorą sprawiają, że wymienione powyżej zasady i postulaty etyczne dotyczące postępowania wobec pacjenta nabierają szczególnego znaczenia i stanowią wyzwanie dla terapeuty.

Według Manfreda Bleulera [3] schizofrenia to szczególny rozwój człowieka, który przebiega w niezwykle sposób i charakteryzuje się częstymi przegrany, a świat zewnętrzny, otaczający pacjenta, staje się wielkim polem rażenia. W indywidualnym doświadczeniu osoba chorująca na schizofrenię nie ma zaufania ani do siebie, ani do innych. Ta niepewność–nieufność rodzi lęk, który uruchamia szczególną czujność, wrażliwość, o której pisał Kępiński: „Tym, którzy więcej czują i inaczej rozumieją i dlatego bardziej cierpią” [4].

Głównym zadaniem etyki jest towarzyszyć człowiekowi na drodze życia w sposób, który rozstrzyga o jego czystości i prawości. Jeśli więc etyka najmocniej związana jest z sumieniem, to powstaje pytanie – jaki głos wydobywa się z wnętrza człowieka chorującego na schizofrenię? Może być to głos cierpienia, krzyk rozpacz i wołania o pomoc, głos świadczący o przeżyciach przerażających, ale mogą to być także przeżycia wzbogacające i poszerzające dotychczasowe doświadczenia egzystencjalne osoby chorej, świadczące o jej wielkości, potędze.

Rozpacz chorego na schizofrenię jest zawsze nasycona paniką, lękiem, niemożnością ogarnięcia rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej. Uczucia te czasami są dla innych czytelne i widoczne, a czasami głęboko ukryte pod maską objawów, wycofania, nieufności.

Są także tacy pacjenci, dla których przeżycia psychotyczne nie są cierpieniem i dają im uczucie wszechmocy, wiążą się z „rozjaśnionym” widzeniem świata i swojej roli w nim. W jednym i drugim przypadku kontakt z osobą chorą na schizofrenię powinien budzić szacunek dla jej osobowej godności i akceptację jej innej perspektywy życia. Tym samym tworzą specyficzny rodzaj relacji terapeutycznej. „Troski codziennego życia mało ich obchodzą (...) gdy zwykli ludzie patrzą blisko, oni patrzą w dal” [4].

Poprzez ambiwalencję cechującą pacjenta, który przejawia wobec lekarzy skrajnie sprzeczne emocje, często dojmująco negatywne i destrukcyjne, są oni obligowani do nieustannej refleksji etycznej.

Autorki starają się tym dylematom etycznym przyjrzeć – zarówno w obszarze psychiatrii, procesu leczenia, psychoterapii i terapii rodzin.

Obszary etyczne w psychiatrii

Psychiatra leczący chorych na schizofrenię ma dużo większą władzę niż inni lekarze. London [5] mówi, że psychiatrzy i psychologowie stanowią „świeckie duchowieństwo”, posiadają status ludzi decydujących, co dla pacjenta dobre, a co złe. Natomiast

wszelki dystans do przedstawicieli tych profesji znika, kiedy pojawia się niepokój społeczny – wówczas godzimy się ze zdaniem eksperta. Niepokój ten budzą zwłaszcza dramatyczne zachowania pacjentów wsparte negatywnym stereotypem postrzegania osób chorych psychicznie. Wprawdzie istnieje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego regulująca przyjęcie do szpitala psychiatrycznego, ale zawsze pozostaje obszar możliwości dokonania nadużyć w związku z subiektywnością oceny, np. tego, czy zachodzą okoliczności szczególnego zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta lub otoczenia. Psychiatra może się ugiąć pod presją rodziny, przełożonych w miejscu pracy czy sąsiadów i wtedy staje się rzecznikiem społeczeństwa, a nie pacjenta, choć czyni to w tzw. dobrej wierze. Ta władza może też dotyczyć różnego typu orzeczeń psychiatrycznych, np. możliwości dalszego wykonywania zawodu lekarza, nauczyciela czy innych profesji związanych z bezpośrednią odpowiedzialnością za innych. Mogą to też być „nadużycia” dokonane dla dobra pacjenta, którego nie do końca zasadnie zwalnia się z różnych obowiązków lub pomaga mu się otrzymać świadczenia celem jego ochrony przed społecznymi wymaganiami konkurencyjnego rynku pracy. Często ta opiekuńcza rola wobec pacjenta wiąże się z gratyfikacją poczucia omnipotencji i chęci bycia „dobrym człowiekiem”.

Władza psychiatrii rozciąga się także na obszar leczenia, do którego pacjent może nie mieć zaufania, twierdząc, że „leki mu szkodzą”. Autentyczne przekonania pacjenta, uwarunkowane np. stosunkiem jego rodziny do leków w ogóle, mogą być ignorowane przez lekarza, a nawet uznawane za przejaw doznań urojeniowych. Brak wiary w to, czy pacjent bierze leki, przekonanie, że oszukuje, za którym idzie sprawdzanie i traktowanie go jako osoby niewiarygodnej, uwłaczają godności człowieka.

Często w sferę etyki wkraczają instytucje finansowe podejmujące za lekarza decyzję o tym, że pacjent ma być leczony lekiem tańszym, nie droższym, choć wybór leku powinien zawsze pozostawać w gestii lekarza, a ten powinien kierować się wyłącznie dobrem pacjenta.

W oddziałach zamkniętych czułą etycznie kwestią, mimo istniejących regulacji prawnych, jest częstość i powody dla stosowania unieruchomień. Z badań [6] wiadomo, że nierzadko decydują tu względy wygody i spokoju personelu, a co gorsza, decyzja o unieruchomieniu bywa także wyrazem negatywnych uczuć wobec pacjenta, takich jak lęk czy złość. Z tych przyczyn wskazania są naginane dla uzasadnienia zastosowanej procedury, z pominięciem refleksji o naruszeniu godności pacjenta i obiektywnej analizy udziałów postaw personelu w prowokacji „pogorszenia” osoby chorej.

Nieco abstrakcyjnym podejściem wydaje się również rozważanie subtelnych kwestii etycznych w sytuacji umieszczania pacjenta w upokarzających warunkach bytowych niektórych oddziałów psychiatrycznych w Polsce.

Naczelna zasada etyczna, której podporządkowane są wszelkie działania lekarskie – *primum non nocere* – wyjątkowo nie przystaje do psychiatrii. Aby nie szkodzić, trzeba umieć odróżnić, co jest szkodzeniem, a co pomaganiem. Żeby wiedzieć, co jest dobre dla pacjenta, a co złe, przede wszystkim trzeba dysponować wzorcem – co jest normą, a co jest patologią. Tymczasem norma psychiczna jest pojęciem o nieostrych granicach, względnym wobec kultury, obyczajów społeczności, w której istnieje, i, nie-

stety, zależnym w dużym stopniu od osoby dokonującej oceny. Pojawia się również wątpliwość, komu „nie szkodzić” ma lekarz.

Bowiem problemy człowieka chorego na schizofrenię (i nie tylko) rozpatrywać trzeba w ich szerszym kontekście społecznym. Interesy pacjenta często mogą być sprzeczne z interesami środowiska. Jako przykład może posłużyć młody człowiek, który chce zmienić ustawienie mebli w swoim pokoju. Matka pod jego nieobecność przemeblowuje pokój z powrotem. Konflikty stopniowo doprowadzają do hospitalizacji syna. Czy wyleczenie ma być równoznaczne z podporządkowaniem go matce, czy ma polegać na budowaniu jego autonomii?

Równie stwarzającym zagrożenie dla etycznego postępowania personelu psychiatrycznego, choć chyba w mniejszym stopniu niż poczucie i sprawowanie władzy, jest postawa paternalistyczna, dająca się wyrazić w stwierdzeniu „ja wiem lepiej, czego ci potrzeba”.

40-letni mężczyzna po kilku hospitalizacjach z powodu schizofrenii coraz wyraźniej dawał terapeutce do zrozumienia, że praca zawodowa stanowi dla niego ogromne obciążenie, konieczność stałych kontaktów z ludźmi obezwładnia go, życie codzienne nie cieszy. Terapeutce wydawało się, że przejście na rentę jest znacznie poniżej możliwości pacjenta, szukała więc psychologicznych wytłumaczeń dla ucieczkowej postawy pacjenta. Tymczasem prowadzący go farmakologicznie lekarz ów wniosek rentowy wystawił. Pacjent rentę otrzymał i w związku z pogorszeniem sytuacji materialnej przerwał psychoterapię. Po paru miesiącach przypadkowo spotkany na ulicy wyznał, że życie w samotności, czas spędzany na czytaniu książek i słuchaniu muzyki daje mu znacznie więcej poczucia bezpieczeństwa niż poprzedni, aktywny tryb życia. Nasuwa się więc pytanie – jakie są granice ingerencji terapeuty wobec osoby chorej na schizofrenię.

Pierwszoplanowym celem, jak w przypadku każdej choroby, jest usunięcie objawów. Gdyby praca lekarzy sprowadzała się tylko do tego, możliwości działań nieetycznych byłyby znacznie mniejsze. Jednak objawy osób chorych na schizofrenię często przekładają się na kształt ich egzystencji, kusząc psychiatrę do poszerzania zakresu interwencji i ingerencji w życie pacjenta. Często ingerencja ta może być wyrazem potrzeb rodziny, która oczekiwałaby, aby życie pacjenta było bardziej zgodne z ich życiem. Może się więc zdarzyć, że leczenie pacjenta jest próbą dostosowania go do wzorca wyznawanego i realizowanego przez terapeutę, jako reprezentanta tzw. „zdrówego” społeczeństwa, natomiast nie uwzględniającego autonomii, realnych możliwości i realnych ograniczeń pacjenta. Terapeuci stają się reżyserami sceny życia pacjenta wbrew jego woli, a czasem wbrew możliwościom, co w gruncie rzeczy utrudnia mu – równoznaczną ze zdrowiem – autentyczną integrację. Czasami przybiera to formę proponowania pacjentowi wielu form terapii z założeniem, że „czym więcej, tym lepiej”, co w przypadku chorych na schizofrenię dramatycznie utrudnia im możliwość wewnętrznego scalenia, pogłębiając istniejące rozszczepienie.

Wydaje się, że problem kryje się w rozbieżności między naturalną dla terapeuty postawą aktywną – tym bardziej niekiedy aktywną, im bardziej pasywny jest pacjent – a bierną, wycofaną pozycją pacjenta.

Problemy etyczne w trakcie procesu leczenia

Podejmowanie trudu leczenia dla większości pacjentów wiąże się z ich nadzieją wyleczenia. Tymczasem proponując czy przedstawiając człowiekowi choremu na schizofrenię program terapii nie ma możliwości określenia spodziewanych efektów, czasu trwania i innych konsekwencji podjętych kroków. A jednocześnie, aby zmotywować pacjenta do współpracy w leczeniu, budzi się nadzieję poprawy opartą nie tyle o rzetelną wiedzę, ile o umiejętność „kupienia” pacjenta do podjęcia leczenia. Ma to zatem pewien wymiar manipulacji, stanowi więc kolejny obszar pogwałcania zasad czystości kontaktu, ale przede wszystkim naraża się pacjenta na przeżywanie wątpliwości, pogłębiając i tak immanentną dla niego podejrzliwość. Czasem pacjenci wchodzą w tę grę udawania „dobrych pacjentów”, dyssymulują objawy, obarczając swoje sumienia i w gruncie rzeczy szkodząc sobie i pogłębiając dystans w relacji terapeutycznej.

Kolejną specyficzną trudnością, przed jaką staje się lecząc pacjentów z rozpoznaniem psychozy, jest postępowanie wobec pierwszych epizodów choroby. Ani obraz psychopatologiczny, ani czas trwania leczenia, ani znajomość środowiska pacjenta nie dają miarodajnych podstaw do wyrokowania o jego dalszym losie. W związku z tym podejmowane na tym etapie choroby decyzje terapeutyczne często są chybione, o czym pacjent i jego rodzina nie wiedzą, wierząc w ich trafność. I tu dotyka się jednego z trudnych, istotnych problemów etycznych związanych ze stawianiem diagnozy. Z różnych powodów pośpiech, jaki temu towarzyszy, powoduje, że nie tyle stawia się rzetelne rozpoznania, ile etykietuje się pacjenta i od tego momentu rozpoznanie to staje się hasłem rozpoznawczym dla kolejnych przedstawicieli psychiatrii, bez weryfikacji prawdziwości tej diagnozy.

Refleksja, jaką budzą przedstawione wyżej wybrane problemy etyczne, jest w gruncie rzeczy paradoksalna, bowiem interwencje, jakie podejmuje się, by pomóc, w pewnym sensie należą do obszaru odpowiedzialnego za formowanie się patologii schizofrenicznej. Oparte o kruche podstawy, mają bardziej charakter iluzoryczny, półprawdziwy, co w konsekwencji może powodować pogłębianie rozszczepienia. Są bliskie komunikacji podwójnego wiązania, bo nie mają charakteru scalającego.

W jakimś sensie w dialogu terapeutycznym odtwarzana jest dysfunkcja systemu rodzinnego pacjenta. Pacjent często bowiem słyszy od najbliższych: „To będzie dla ciebie dobre”, „Wiem lepiej, co czujesz” itp. Później powtarza to w procesie leczenia sam terapeuta, nieświadomie sprowokowany przez pacjenta. Wymaga to szczególnego „słuchu” terapeutycznego, zrozumienia tej sytuacji i niepoddawania się oczekiwaniom pacjenta.

Problemy etyczne w procesie psychoterapii schizofrenii

Odrębną kwestią, jaką autorki chcą poruszyć, są problemy etyczne związane z procesem psychoterapii ludzi chorych na schizofrenię. Problemy te mogą się pojawiać już w momencie zawierania kontraktu. Wiedza i doświadczenie profesjonalne lekarzy zdają się być dla pacjenta rękojmnią możliwości skutecznej pomocy, tymczasem oni

sami nie są tego pewni, acz uzurpują sobie prawo do wejścia w świat przeżyć pacjenta i modyfikowania go według własnego przekonania.

To własne przekonanie, poparte intuicją albo „przedwiedzą”, często pojawia się w interwencjach terapeutycznych autorek. Zastrzeżenia etyczne, jakie może budzić takie postępowanie, wiążą się z niesprawdzalnością pomysłu i ryzykiem, że ta interwencja nie będzie trafna, a pacjent stanie się dodatkowo nieufny i podejrzliwy.

Kolejnym wyzwaniem terapeutycznym w prowadzeniu osób chorych na schizofrenię jest problem przestrzegania zasad warunków terapii. Chcąc towarzyszyć pacjentowi w jego nieprzewidywalnych „odejściach” od rzeczywistości, nie zawsze terapeuci są w stanie trzymać się narzuconych kontraktem reguł. Problem etyczny, jaki się pojawia, to pytanie o zasadność stosowanej dowolności i zarzut wikłania pacjenta we własne problemy przeciwprzeniesieniowe, których rozstrzygnięciem powinna być rzetelna superwizja.

Skądinąd warto w tym miejscu zauważyć, że ważną funkcją przestrzegania tych reguł jest ochrona przed intruzją i naruszaniem granic relacji terapeutycznej przez pacjenta.

Wobec człowieka chorego na schizofrenię, zagubionego i rozdartego między realnym a projekcyjnym obiektem, trzymanie granic z jednej strony pełni rolę scalającą, ale z drugiej pozbawia pacjenta możliwości przeżycia głębszej i nietraumatyzującej bliskości. Trzeba umieć pozwolić sobie na elastyczność i wyjście ze sztywnej roli terapeutycznej.

Osobnym, trudnym z punktu widzenia etycznego, problemem są momenty przerywania bądź kończenia terapii. Jeśli celem psychoterapii tej grupy zaburzeń psychotycznych jest z jednej strony zdobycie wiedzy i praktyki, jak radzić sobie na różnych etapach chorowania, ale także jak dostosować się do wymagań i oczekiwań społecznych, to określenie momentu zakończenia terapii nie jest proste. Nieraz decydują o tym narcystyczne korzyści, jakie zyskuje terapeuta, czasem względy finansowe bądź też – w nieumiejętnie prowadzonej terapii – powtórzenie błędu nierozwiązywalnej symbiozy i drastyczne porzucenie.

Problemy etyczne w terapii rodzin, w których jedna z osób choruje na schizofrenię

Wydawać by się mogło, że podstawowa zasada terapii rodzin – czyli neutralność terapeuty – chroni przed nadużyciami terapeutycznymi. Uwzględniając tę zasadę, terapeuta traktuje rodzinę tak, jakby wszyscy w równym stopniu podlegali terapii, tzn. byli pacjentami, a sam stara się nie opowiadać po niczyjej stronie. W gruncie rzeczy zasada ta jest niemożliwa do realizacji. Człowiek chory na schizofrenię zachowuje się bowiem w sposób wyraźnie go wyróżniający z tła rodzinnego, a często jest też i tak, że poszczególni członkowie rodziny – nieraz wobec siebie nawzajem, a nieraz wobec pacjenta – zachowują się w sposób dysfunkcyjny, czy wręcz niekorzystny. Stąd tak trudno zachować neutralność. Również instytucja medyczna z jej biologicznym modelem leczenia i wyraźnie przypisaną pacjentowi rolę osoby chorej nie sprzyja realizacji zasady neutralności.

Waga transgeneracyjnych przekazów dotyczących wzorców zachowań w rodzinie, powtarzających się mitów, rytuałów, lojalności – z jednej strony pomaga zrozumieć rodzinę, ale z drugiej strony burzy neutralność przez chęć stanięcia po stronie pacjenta. Skrajnym wyrazem tego dylematu jest terapia Berta Hellingera [7], która w trudnej przeszłości rodziny sytuuje źródło patologii, nawet tak głębokiej jak schizofrenia, gdzie bez bolesnego dla rodziny zabiegu wydobywania tej tajemnicy nie widzi możliwości pomocy pacjentowi. Jest to więc wyraźne wskazanie winnego osobowego lub odpowiedzialnego splotu okoliczności.

Śledząc proces terapii rodziny, już na samym początku dylematem etycznym jest sama oferta leczenia. Zapraszając rodzinę do terapii, proponuje się jej nadzieję na zmianę i poprawę, a jednocześnie posługując się słowem „terapia” o jednoznacznej implikacji czyni się rodzinę współodpowiedzialną za los pacjenta. Jeśli rodzina podejmuje tę ofertę, to czyni to dla dobra pacjenta i w sytuacji zależności od systemu leczącego godzi się na to, że ta oferta jest skierowana do niej jako całości.

Inaczej mówiąc, proponuje się członkom rodziny – „zmieńcie się”, „powiniście być inni”.

Jeśli przyjąć, że objawy pełnią określoną funkcję w systemie rodzinnym, to nie można modyfikować objawów bez zmiany systemu. Stąd nad wyraz ważnym dylematem etycznym jest, jak nie obciążyć rodziny winą, a jednocześnie doprowadzić do zmiany.

Istnieje paralela między terapią indywidualną a terapią rodziny przejawiającą się w tym, że obowiązkiem terapeutów jest zachowanie szacunku dla systemu rodzinnego i przestrzeganie jego możliwości bez narzucania własnego wzorca tzw. „zdrowej rodziny”, nawet, jeżeli w danym momencie może to nie sprzyjać zdrowieniu pacjenta.

Dylematy etyczne stwarza także psychoedukacja rodzin osób chorych na schizofrenię. Ucząc rodzinę, jak sobie radzić, jak żyć ze schizofrenią, przekazuje się pesymistyczny scenariusz stałej obecności schizofrenii w rodzinie, nie wiedząc do końca, czy on się spełni i mając niedostateczne przesłanki, by wyrokować, czy będzie to przebiegać tak czy inaczej. Wiadomo bowiem, że ta pesymistyczna wersja dotyczy tylko 1/3 pacjentów. Wciągając rodzinę w proces terapii przejmuje się za nią obowiązek opieki, a tym samym lojalności wobec pacjenta, czasami bez zgody jego i całej rodziny.

Szczególnego wyczulenia na problemy etyczne wymaga łączenie różnych form oddziaływań – podejścia biologicznego, psychologicznego, behawioralnego, terapii rodzin. Nie integrując tych metod lub, co gorsze, podsycając rozbieżności między nimi istniejące, pogłębiaamy dezintegrację pacjenta. Rodzi to etyczną konieczność, by dla terapeuty ważniejsza była spójność oddziaływań niż efekty uzyskane przez preferowaną przez niego metodę. Autorki uważają, że wyznacznikiem pomysłów terapeutycznych zawsze i przede wszystkim powinien być sam pacjent. Tymczasem schizofrenia w swej istocie – jako niezwykle i nie do końca poznawalne zjawisko – kusi ambitnego terapeuty do poszukiwania i znalezienia własnego klucza, pozwalającego zaistnieć w roli uzdrowiciela, „wynalazcy” skutecznego antidotum.

Zastanawiając się na koniec, jak najkrócej sformułować zasadę „czystej” z punktu widzenia etyki terapii schizofrenii, wydaje się, że w oparciu o własne doświadczenia

autorek z wielu spotkań z pacjentami i świadomość popełnionych błędów, istotnie ważne jest, by samemu nie „używać” pacjenta, tylko pozwolić mu „używać” siebie, nie przeszkadzając mu w tym, razem z nim tworząc przestrzeń zwaną w teorii przywiązania bezpieczną bazą.

Oto cytat obrazujący rolę etyki w kontakcie psychoterapeutycznym. Jest to fragment dialogu między terapeutą a superwizorem. Superwizor mówi: „Etyka nie jest po to, aby cię uchronić przed frustracją, ale po to, żeby uchronić człowieka siedzącego naprzeciwko przed takimi jak ty i ja, którzy biorą się do zmiany zasad, ilekroć im się to wydaje wygodne. Czasem etyka niezbyt dobrze służy interesom publicznym. Ale nie o to chodzi. Ona powinna służyć interesom pacjenta” [8].

Этические проблемы при лечении шизофрении

Содержание

В работе представлены этические проблемы лечения, а особенно при терапии шизофрении так семейной, как индивидуальной и групповой в контексте особенной личности больных шизофренией и их переживаний.

Les problèmes étiques dans la thérapie de schizophrénie

Résumé

Les auteurs présentent les dilemmes étiques dans la thérapie de schizophrénie, surtout dans la psychothérapie de famille, psychothérapie individuelle et en groupe dans le contexte de la spécificité personnalité des patients et de leurs expériences.

Piśmiennictwo

1. Bomba J. *Zagadnienia etyczne w psychiatrii*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*, t. 3. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2003. s. 341–362.
2. Orwid M. *Etyka w psychoterapii*. *Psychoterapia* 1997; 2 (101): 5–14.
3. Bleuler M. *Schizophrenie als besondere Entwicklung*. W: Dorner K. red. *Neue Praxis braucht neue Theorie*. Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis; 1987. s. 18–25.
4. Kępiński A. *Schizophrenia*. Warszawa: PZWL; 1981.
5. London P. *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Hemisphere; 1986.
6. Kostecka M., Żardecka M. *Problemy etyczne w psychiatrii*. *Post. Psychiatr Neurol*. 1993; 2: 305–309.
7. Weber S. red. *Terapia systemowa Berta Hellingera*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
8. White S. *Informacje zastrzeżone*. Warszawa: Wyd. Amber; 2000.

Adres: Małgorzata Kostecka
Katedra i Klinika Psychiatrii WUM
00-665 Warszawa, ul. Nowowiejska 27

Otrzymano: 20.04.2011
Zrecenzowano: 27.02.2012
Otrzymano po poprawie: 16.03.2012
Przyjęto do druku: 20.04.2012
Adiustacja: L. Sz.