

## **Jacek Wciórka**

### **Wolność i odpowiedzialność w psychiatrycznej codzienności**

Codzienne, zawodowe doświadczenia psychiatry sprawiają między innymi i to, że sprawa wolności i odpowiedzialności ukazuje się mu niekiedy niezwykle jaskrawo, a czasem aż do bólu dotkliwie. Zderzenie skrajnych konsekwencji, jakie pacjenci usiłują wyprowadzić z odczuwanej przez siebie wolności (np. pozbawić się życia), z powinnościami roli zawodowej, czy choćby prostym, ludzkim nakazem niesienia pomocy – stwarza niekiedy obszerne pole wątpliwości i konfliktów. Skłania też do poszukiwania pomysłów i rozwiązań, które jakoś wsparłyby w takich opałach, dostarczając wiedzy, przemyśleń, a może i propozycji. Jednak potrzeby takie trudno zaspokoić.

Literatura poświęcona wolności, mimo iż gromadzi argumenty od niepamiętnych czasów, nie sprawia wrażenia przybliżania się do propozycji o praktycznym zastosowaniu. Dyskusje o znaczeniu pojęcia, próby jego zdefiniowania i umocowania w rzeczywistości, propozycje i rozwiązania praktyczne są tak liczne i tak różnorodne, iż jedynie w niewielkim stopniu można je wykorzystać jako wskazówki. Zagadnienie wolności zdaje się pełnić rolę zagadki znużonego Sfinksa, który zamiast pożerać nie znających odpowiedzi śmiałków, z rozbawieniem obserwuje gęsty, rozdyskutowany tłum zgadywaczy i wynoszone ukradkiem ofiary kolejnych teorii, doktryn, paradygmatów, światopoglądów, ideologii, pomyłek i szaleństw.

Wielu badaczy wolności zwraca uwagę na jej znaczeniowe odcienie (np. pozytywny bądź negatywny, wewnętrzny lub zewnętrzny, zwracający się „do” lub „od” czegoś) podkreśla jej aksjologiczną i ontologiczną doniosłość oraz ważkie znaczenie praktyczne (polityczne, społeczne), jakie ma dla człowieka przynależność do grupy entuzjastów, sceptyków czy wrogów wolności. Jednak brak jednoznaczności sprawia, że wolność i jej uboższa krewna odpowiedzialność bywają używane zarówno do bardzo szlachetnych, jak i bardzo niecnym celów, a często do dość przewrotnego usprawiedliwiania różnych akcji lub zaniechań (jednym z bardziej perfidnych przykładów może być znane hasło „*Arbeit macht frei*”). Zapewne dlatego budzą zarówno zachwyt, jak i sprzeciw lub podejrzliwość.

Także w psychiatrii. Nie tak dawno przecież, bo na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych toczyła się antypsychiatryczna dyskusja o wolności i zniewoleniach powodowanych jakoby przez mistyfikacje, manipulacje i obłudę zawartą w podstawowych pojęciach, postawach zawodowych i działaniu instytucji psychiatrycznych. Jej rezultatem były głębokie przewartościowania tradycyjnych przyzwyczajęń myślowych i instytucjonalnych. Zapewne też nie do końca jeszcze rozumiemy lekcje, jakich na temat

wolności i odpowiedzialności udzieliły psychiatrii dwudziestego wieku doświadczenia nazistowskich zbrodni na chorych psychicznie, polityczne nadużycia psychiatrii sowieckiej, czy megalomania niektórych zaniechanych już pomysłów terapeutycznych.

Te lekcje pozostają w tle poniższych uwag. Ponieważ jednak do rzetelnej ich analizy trzeba innych kompetencji niż doświadczenie kliniczne, w dzisiejszym wystąpieniu chcę skupić uwagę na tych aspektach wolności i odpowiedzialności, które bliżej wiążą się z psychiatryczną codziennością i – jak myślę – rzutując na jej bieg, uczą też czegoś więcej o sobie.

### **Manowce Poczucia wolności i odpowiedzialności**

Niektórzy rozróżniają dwa konteksty, w jakich pojawia się problem wolności.

Pierwszy z nich – to kontekst określany jako subiektywny, odczuwany, indywidualny, związany ze swobodą wyboru jednej spośród liczniejszych możliwości. Nie pytamy tu czy dokonywanie wyboru podlega jakiejś presji, lecz tylko o to, czy lub w jakim stopniu podmiot odczuwa taką swobodę, jaką zachowuje w tym względzie świadomość, niezależnie od tego, czy zgadza się ona czy nie z oceną zewnętrzną, która może wskazywać na jej fałszywość, złudność, błędność lub innego rodzaju nietrafność. Takie rozumienie wolności często utożsamiane jest z tzw. wolnością woli, przez wielu uznawaną za oczywistą zdolność osoby, za elementarne doświadczenie, dostępne każdemu człowiekowi i w zasadzie nie wymagające uzasadniania.

Drugi kontekst – można określić jako obiektywny, realny, czy społeczny. Wiąże się on ze swobodą działania jednostki w różnych relacjach społecznych np. o charakterze interpersonalnym, grupowym, zawodowym, politycznym, gospodarczym. Ten właśnie kontekst jest najczęściej przedmiotem publicznych dyskusji, waśni i wojen o to, jaka porcja wolności komu i w jakich warunkach przysługuje lub powinna przysługiwać.

Odpowiedzialność można uważać za nierozłączną towarzyszkę wolności, dostrzeganą zwłaszcza wtedy, gdy korzystanie z wolności, czy zdobywanie jej odbywa się przy dostatecznym oświeceniu i widoczności dla innych. Noc, ciemność, ukrycie stwarzają pokusę uwolnienia się od odpowiedzialności. Podobnie jak w przypadku wolności, także konteksty, w jakich rozważana bywa odpowiedzialność można widzieć dwojako. Jako subiektywne poczucie (świadomość) lub jako obiektywny fakt ponoszenia (brania, bycia pociągany do) odpowiedzialności za skutki swoich już zrealizowanych lub dopiero planowanych działań czy zaniechań.

Doświadczenia psychiatrycznej codzienności w sposób szczególny kierują uwagę w stronę poczucia wolności, ponieważ uczą jak bardzo to poczucie rozmijać się może z wolnością

faktyczną oraz - ponieważ to rozmijanie się stanowi często bardzo trudne i kłopotliwe wyzwanie w pracy klinicznej, zmuszając najczęściej do trudnych rokowań, lecz czasem do wyboru postawy uległej lub narzucającej w stosunku do wolności pacjenta. Psychiatryczna codzienność rzuca też ciekawe światło na okoliczności pojawiania się lub zanikania poczucia odpowiedzialności i jego wpływ na pracę kliniczną. Przywołajmy kilka typowych przykładów

### ***Wolność nieskrępowana***

Pacjent przeżywający stan maniakałny doświadcza wzmożonego nastroju i samopoczucia, niezwykle przybytku sił i energii działania, niezwykle pozytywnie ocenia też własną przeszłość i przyszłość, własne zdolności i możliwości działania. Z tego powodu podejmuje liczne działania realizując kolejne pomysły i inicjatywy. Można powiedzieć, że zachowanie osoby w takim stanie wskazuje na ogromne poczucie wolności, realizowane zwykle bez względu na dobro innych otaczających osób, często nawet wbrew niemu. To, co mogłoby w ocenie obserwatora wskazywać na błędy i straty spowodowane takim działaniem, jest przez pacjenta traktowane jako przejaw bezmyślności, niechęci lub wrogości otaczających go osób - nie wywołuje refleksji, nie prowadzi do zmiany postępowania, nie wiąże się też z podjęciem za nie odpowiedzialności. Nawet wtedy, gdy w ocenie zewnętrznej stwarza zbyt wielkie ryzyko (np. kompromitacji, potępienia moralnego lub ruiny materialnej) dotyczące nie tylko pacjenta, lecz i jego najbliższych. Próby przeciwdziałania takiej nieskrępowanej ekspansji – zainteresowany traktuje jako próby ograniczenia wolność, a interweniujących przyjaciół jako wrogów. Czuje się upoważniony do pouczenia, karcenia, wyrokowania. Uzurpuje sobie przywileje, szczególne prawa. Zwalnia się z odpowiedzialności za to, co jak sądzi wynika z jego dobrej woli i błyskotliwych posunięć. Takie nieskrępowane poczucie wolności wyboru oraz bezrefleksyjną wolność działania, zwykle skojarzone z niedostatkiem lub brakiem poczucia odpowiedzialności za popełniane błędy i krzywdy – można uznać za chorobliwy przejaw ekspansji wolności, która nie cofa się przed zawłaszczaniem lub pogwałceniem wolności innych. Swoboda i egocentryzm takiego przeżywania wolności pozwala ją nazwać *samowolą* lub *swawolą*. Ma ona swą cenę – stanowi ją bolesna konfrontacja z rzeczywistością nadchodząca nieuchronnie wraz z ustępowaniem opisanego stanu, powrotem poczucia odpowiedzialności i faktycznej odpowiedzialności za jego następstwa.

Z podobnym zewnętrznym nieskrępowanym wybuchem wolności działania mamy do czynienia w stanach podniecenia katatonicznego, lecz tu ze względu na brak kontaktu słownego trudno wnioskować o sposobie przeżywania tego stanu przez chorego. Jego działanie jest jednak jeszcze bardziej niepohamowane, ekspansywne i bezwzględne.

### ***Wolność porzucona***

W stanie osłupienia pacjent nieruchomieje, zastyga i przejawia wzmożoną sugestywność, przypominającą działanie automatu (giętkość woskowa, zjawiska echa, automatyzm nakazowy). Brak kontaktu słownego uniemożliwia tu interpretację świadomości, jaka towarzyszy tym zachowaniom, lecz zewnętrznie zdają się one wskazywać na porzucenie wolności działania, które albo nie jest podejmowane, albo automatycznie podąża za sugestiami z zewnątrz, staje się skrajnie *bezwolnym* lub *powolnym* (w sensie poddania się cudzej woli). Zachowanie osoby w stanie osłupienia można również interpretować jako porzucenie odpowiedzialności, choć niektórzy są skłonni wyjaśniać jego skrajność skrajnością nasilenia psychotycznego lęku wskazującego na niemożliwe do udźwignięcia poczucie odpowiedzialności.

Inny przykład porzucenia wolności można dostrzec w stanach zubożenia (apatii, spłycenia afektywnego) w niektórych fazach rozwoju zaburzeń schizofrenicznych, w których pacjent często ma poczucie (mówi o tym) i działa w sposób wskazujący na zupełne niezainteresowanie realizowaniem swej wolności i poczuciem odpowiedzialności za cokolwiek. Taka *bezwolność* bywa przyczyną skrajnego zaniedbania elementarnych potrzeb życiowych (higieny, ładu, odżywiania się, snu, bezpieczeństwa) ze wszystkimi tego konsekwencjami.

### ***Wolność utracona***

Poczucie *niewoli* albo *zniewolenia* pojawia się w wielu różnych zaburzeniach.

W depresji pacjent czuje się zniewolony i bezsilny. Źródło zniewolenia dostrzega w sobie, w swoich najczęściej wyolbrzymionych lub niepopelnionych przewinieniach, słabości organizmu, czyli – mówiąc ogólnie – w własnej *niemocy*. Obwinia się, oskarża, zatapia w retrospektywnych rozważaniach - poczucie odpowiedzialności jest zdecydowanie nadmierne i skrajnie nieproporcjonalne w stosunku do odpowiedzialności faktycznej. Poczucie utraty wolności, choć bolesne, uważane jest za zasłużoną karę. W skrajnych przypadkach takie karzące poczucie odpowiedzialności prowadzi do prób pełnej i ostatecznej samobójczej likwidacji własnej wolności. Śmierć oznacza zawsze kres rozważań o wolności zmarłej osoby. Niekiedy mówi się, że samobójstwo w depresji można traktować jako heroiczny i paradoksalny akt odzyskiwania poczucia wolności. Jeśli tak można sądzić, to skrajnym jego wyrazem byłoby tzw. samobójstwo rozszerzone, w którym pacjent nie mogąc przeciwstawić się niewoli własnej niemocy zabija najbliższych. Paradoksalnie, to właśnie przerost poczucia odpowiedzialności podpowiada mu prawo do tak dramatycznej próby likwidacji wolności innej osoby.

Paranoidalne przeżycia schizofreniczne niosą w sobie inny rodzaj zniewolenia, które przeżywane jest jako skutek wywierania niezasłużonej, niesprawiedliwej, krzywdzącej *przemocy* otoczenia. Poczucie obcego wpływu, owładnięcia łamiącego swobodę przeżywania i postępowania pacjenta zbliża może ten rodzaj subiektywnego zniewolenia do zniewolenia odczuwanego przez zdrowych ludzi w zetknięciu z realną przemocą w życiu społecznym. Ten niezrozumiały przymus, próbujący zapanować nad myślami, uczuciami i zachowaniem pacjenta przypisywany jest różnym siłom zewnętrznym, określanym niekiedy w sposób niezwykle i irracjonalny. Uwalnia to chorego od poczucia odpowiedzialności (to nie ja, to oni) za skutki wielu swych działań i reakcji pozostających w związku z paranoidalnym zniewoleniem.

Jeszcze inny rodzaj zniewolenia możemy obserwować w stanach anakastycznych. Utrata poczucia wolności wiąże się tu z poczuciem absurdalnej *przemocy* przeżywania powracających natrętnie lecz uważanych za własne myśli, czynności lub impulsów przy pełnej *niemocy* panowania nad nimi. Poczucie odpowiedzialności jest tu silnie wzmożone, skłonne do skrajności i czarno-białego poglądu na wydarzenia, do perfekcjonizmu i nieustępliwej sztywności zasad działania. Inaczej niż w przypadku depresji dotyczy zarówno odpowiedzialności za ład w obrębie własnej osoby, jak i za ład otoczenia. Prowadzi to niekiedy do prób narzucania swych standardów wyborów innym, do prób porządkowania, uzdrawiania, kontrolowania otoczenia.

### **ROLA psychiatry**

Jednym z ważniejszych źródeł wątpliwości i refleksji, jakie spadają na psychiatrę z powodu problemu wolności i odpowiedzialności, jest wielość ról, w jakich występuje on wobec pacjenta. Poletka wolności, jakie wyznaczają mu wymagania związane z pełnieniem tych ról bywają różne. Do różnych działań i decyzji bywa zachęcany albo zniechęcany przez swą własną wolną wolę, przez obyczaje społeczne, tradycje zawodowe, uznane zasady etyki czy ustanowione prawo. Do innych decyzji skłaniać się może jako osoba, do innych jako lekarz, psychiatra, obywatel, czy pracownik. Rozbieżności oczekiwań związanych z pełnionymi rolami nie są oczywiście niczym nadzwyczajnym – przeżywa ją niemal każdy i każdy z nas dojrzewając uczy się je godzić lub spośród nich wybierać. Odmienność sytuacji psychiatry polega na tym, iż spotkania z pacjentami nieustannie odnawiają dylematy, które wydały się już rozwiązane.

Poczucie wolności decyzji oraz wolność postępowania diagnostycznego czy terapeutycznego natrafiają na kolejne zasadne i niezasadne ograniczenia. Poczucie odpowiedzialności zderza się z racjonalnym lub nieracjonalnym oporem chorego, który często nie jest zainteresowany

poszukiwaniem utraconej czy porzuconej wolności i podjęciem odpowiedzialności za swe sprawy. Najczęściej też nie pozwala na jakiegokolwiek ograniczanie swej ekspansywnie przeżywanej, nieskrępowanej wolności.

Konieczność negocjowania, perswazji, a wreszcie sprzeciwu wobec takich nader wolnych a mało odpowiedzialnych dążeń bywa niesłuchanie trudna, pozwala dobrze poznać cierpki smak wybieranych lub narzucających się ograniczeń, zwykle z biegiem lat zastępujący początkowy, miły smak zawodowej mocy. Obok docenianych na ogół ograniczeń wprowadzonych przez pacjenta, psychiatra z czasem musi dostrzec i docenić znaczenie ograniczeń związanych z wpływem tradycji zawodowej, w jakiej wyrósł, a także licznych innych ograniczeń płynących z własnej osobowości i uwarunkowań zewnętrznych (np. administracyjnych, ekonomicznych, środowiskowych, kulturowych).

*Wrażliwość* wobec problemu wolności i odpowiedzialności – tzn. docenianie go, świadomość jego klinicznego znaczenia, unikanie jednostronnych rozwiązań, szczerowość wobec chorego i siebie – to zapewne najprostsza recepta ułatwiająca rozwiązywanie powstałych tu napięć.

Wymienione trudności bywają też jednak motywem kształtującym inne postawy zawodowe wobec zagadnienia wolności i odpowiedzialności. Warto wskazać na kilka takich, których wpływ może być destrukcyjny.

*Lekceważenie* omawianych problemów (charakterystyczna wypowiedź: „nie ma co szukać dziury w całym, chory ma słuchać a lekarz leczyć, celem leczenia jest odzyskanie zdrowia, wysoka jakość życia, sprawne funkcjonowanie – żadne wydumane problemy nie mogą powstrzymać w ich osiągnięciu”) może przejawiać się, w zależności od temperamentu i dyscypliny intelektualnej, całkowitym zaprzeczaniem, bagatelizowaniem lub sformalizowaniem powstających wątpliwości, często z powołaniem się na jakiś ceniony autorytet (np. nauki, rozumu, prawa), głos „zdrowego rozsądku”, opinię publiczną lub kulturowy („wszędzie tak jest”) czy historyczny („zawsze tak było”) stereotyp. W praktyce klinicznej przejawia się to łatwością ograniczania praw i oczekiwań chorego z co najwyżej literalnym stosowaniem chroniących go zasad i skłonnością do ograniczających je interpretacji. W skrajnych przypadkach – może to oznaczać łamanie lub naciąganie prawa, albo ustanawianie prawa nie respektującego interesów chorego.

*Niedostrzeganie* trudności („nie rozumiem czemu ciągle mowa o jakichś problemach, u nas takie nie występują”), wynika zwykle z niedostatku refleksji lub spostrzegawczości. Spotkania i rozmowy z chorym nie dotyczą ich lub omijają je. W przypadku większych konfliktów - reakcje pozostają w zgodzie z prawem i zasadami, lecz nadal nie mącą fałszywego obrazu sielanki. Częściej jednak niedostrzeganie problemów prowadzi do

zerwania związku terapeutycznego lub zaniechania leczenia w mniej lub bardziej dramatycznej postaci.

*Postawa zakłamana* („nasi kochani pacjenci uwielbiają powracać do oddziału, czują się tu wspaniale a my czynimy wszystko, by byli prawdziwie szczęśliwi i wolni”) może występować w wielu odmianach, od całkiem naiwnej, poprzez różne postaci samo ułudy, do całkiem cynicznej. Drastyczne konflikty zyskują eufemistyczne lub nieprawdziwe interpretacje. Czasem tworzone jest szczególne słownictwo neutralizujące ewentualny wpływ zakłócających wydarzeń. Niezależny obserwator skutków klinicznych takich postaw z czasem dostrzeże rozbieżność między oficjalnym i nieoficjalnym językiem oraz praktyką.

*Idealizowanie* („właściwie nie ma innych problemów niż wolność czy odpowiedzialność, wszystkie inne są ich pochodną i należy je tym pierwszym podporządkować”) sprzyja bagatelizowaniu kontekstu klinicznego, w jakim pojawiają się problemy wolności i odpowiedzialności, a w skrajnym przypadku - zaprzeczaniu mu (vide: myśl antypsychiatryczna). Niedocenianie bardziej prozaicznych uwarunkowań wpływających na los chorego może ograniczać skuteczność postępowania klinicznego, a z drugiej strony sprzyjać tworzeniu prawa i proponowaniu reform nie liczących się z realiami. Biorąc pod uwagę historyczne doświadczenia można powiedzieć, że znużenie i zniechęcenie ogarniające z czasem takich idealistycznie nastawionych psychiatrów, prowadzi do ich odejścia od chorych i od praktyki leczenia w ogóle.

## **DYLEMATY KLINICZNEJ CODZIENNOŚCI**

Budzące wątpliwość lub konflikt pola wolności i odpowiedzialności pokrywają prawdopodobnie cały obszar działania klinicznego psychiatry. Tu chciałbym wskazać przykłady pojawiające się w kilku najbardziej typowych fazach procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

### ***Ty i ja***

Ta relacja jest nieodłączną częścią pracy klinicznej. Warto zwrócić uwagę, że stanowi w sposób nieunikniony spotkanie dwóch osób, dwóch podmiotów dysponującymi własnym odczuciem przysługującej i faktycznie dostępnej porcji wolności i odpowiedzialności. Od tych poprzedzających uwarunkowań oraz od warunków, w jakich się spotykają zależy ile egoizmu, a ile altruizmu wniesie każdy z nich, ile ekspansji i ile uległości zechce realizować w trakcie. Czy zetknięcie twojej i mojej wolności i odpowiedzialności zakończy się czyjąś dominacją czy obojętnością, konfliktem czy solidarnym współdziałaniem. Zważywszy opisane już deformacje i obciążenia, jakie na sposób przeżywania wolności i

odpowiedzialności wywierają przeżycia chorobowe pacjenta i wymagania roli zawodowej psychiatry – nie jest to proces łatwo przewidywalny.

### ***Spotkanie***

Już samo początek zetknięcie się pacjenta z psychiatrą może wiązać się z odczuciem utraty lub zagrożenia wolności – odbywa się pod presją cierpienia, brzemienia nieznośnej sytuacji, nacisku bliskich lub wywieranego w różny sposób przymusu. Także intencje psychiatry często spostrzegane są jako podejrzane, zagrażające lub wrogie. Nawet popularna literatura pokazuje jego rolę jako fachowca od etykietowania, klasyfikowania i zamykania niekonwencjonalnie (a więc w sposób wolny) zachowujących się ludzi, uosabiającego wszystko to, co stereotypy społeczne podpowiadają na temat zaburzeń psychicznych i leczenia psychiatrycznego.

Jedynie dotkliwie odczuwana przez pacjenta presja cierpienia może ułatwić ten kontakt sprawiając, że propozycja samoograniczenia własnej wolności wzbudzi nadzieję na ulgę. Gdy jej nie ma, nie ma też z reguły możliwości zainicjowania leczenia bez jakiejś formy przymusu, a więc ograniczenia wolności. Sposób, w jaki psychiatra będzie w tej sytuacji przejawiał swoje ograniczające wolność pacjenta poczucie odpowiedzialności może wzbudzać w chorym nadzieję, strach, lub pogardliwy dystans.

### ***Diagnostyka***

Pierwsze spotkanie bez ostrej granicy przechodzi w diagnostykę – można powiedzieć, że dwa podmiotowe wyobrażenia wolności badają się wzajemnie. Pacjent bada, ile może ujawnić nie tracąc poczucia bezpieczeństwa (a więc i wolności). Bada też ile poczucia odpowiedzialności gotów jest mu zaoferować psychiatra. W przypadku pozytywnym, jego zaufanie rośnie a proces diagnostyczny zyskuje na rzetelności i trafności. Psychiatra bada m.in. sposób i intensywność odczuwanej przez chorego wolności i odpowiedzialności – to są ważne wskazówki terapeutyczne. Kontroluje też – jeśli ma dostateczną wrażliwość – zasięg i granice własnej wolności i odpowiedzialności: jak dalece może posunąć swą diagnostyczną dociekliwość, by nie przekroczyć granic taktu, szacunku, zranienia, utraty zaufania.

Diagnostyka rodzi pokusę uzyskiwania wiadomości za wszelką cenę. Krytyczną refleksję wzbudzi zapewne próba zastosowania substancji obniżającej próg świadomej kontroli pacjenta, by wydobyć zeń informacje o ważnych diagnostycznie faktach, które chce ukryć. Czy jednak tak samo krytycznie zareagujemy na próby psychologicznej presji czy manipulacji? A jak postąpić, gdy pacjent z niezrozumiałych powodów odmawia poddania się badaniu laboratoryjnemu, które przynieść może przynieść informacje rozstrzygające dla jego życia? Gdy w dodatku ta odmowa wydaje się chorobliwie uwarunkowanym kaprysem?



### *Leczenie*

O ile diagnostykę można określać jako wzajemne badanie się dwóch wolnościowych wrażliwości, o tyle leczenie – jako wzajemne zmaganie się. Podejrzenia i oskarżenia o brak zrozumienia lub woli współdziałania, dynamika terapeutycznej cierpliwości i niecierpliwości, rozmiary terapeutycznego ryzyka i korzyści – to argumenty sporu, który toczy się także o to, czyja wolność jest „prawdziwsza” a odpowiedzialność większa.

Wszystko, co powiedziano wyżej o samowolnym, bezwolnym i zniewolonym poczuciu wolności, o nadmiarze lub niedostatku odczuwanej i przejawianej odpowiedzialności obrazuje dobrze skalę trudności, z jaką spotyka się poczucie zawodowej odpowiedzialności psychiatry. Zarazem daje wyobrażenie, jakim rozterkom może podlegać związane z tą odpowiedzialnością poczucie wolności psychiatry –między terapeutycznym entuzjazmem i bezradnością, między sprzecznymi nakazami poszanowania cudzej wolności, świadczenia pomocy bądź zastosowania przemocy. Powstaje tu wiele trudnych pytań.

Przykładowo - czy lub w jakich okolicznościach wolno uszanować wolną wolę chorego i przystać na jego rezygnację z leczenia? Czy jest to możliwe np. w sytuacji, gdy argumenty zamierzonego samobójstwa brzmią racjonalnie? Czy wolno tak postąpić, gdy litera prawa nie pozwala na hospitalizację dla ratowania życia wyniszczonej pacjentki z jadłowstrętem psychicznym albo dla zapobieżenia rujnowaniu życia sobie i rodzinie przez hipomaniakalnego pacjenta podejmującego mało odpowiedzialne, ryzykowne decyzje finansowe? Czy wolno przystać na nieuzasadnioną racjonalnie odmowę przyjmowania leków przez chorą na cukrzycę, czego skutki już prowadzą do nieodwracalnych następstw zagrażających życiu? Albo jeszcze inaczej – czy wzgląd na pomyślność prowadzonej psychoterapii uzasadnia respektowanie odmowy pacjenta wobec dotyczącej unieruchomienie jego złamanej kończyny?

I z drugiej strony – jakie skutki dla chorobliwie zmienionego poczucia wolności i odpowiedzialności może mieć „heroiczna” (rzekomo heroiczna) ekspansja terapeutycznej wolności psychiatry (np. przypadek leukotomii), albo jej „racjonalne” (rzekomo racjonalne) porzucenie, przypominające abdykację (np. asystowanie w samobójstwie)?

I jeszcze. Wiadomo, jak bardzo utrudnia te zmagania dwóch podmiotowych wolności i odpowiedzialności świadomość realnych, choć zupełnie nieracjonalnych, zewnętrznych ograniczeń wymuszających na wolności terapeutycznej psychiatry tzw. rozsądne kompromisy lub milczącą uległość – np. wobec: zbyt wysokich cen skutecznych leków, leniwych kolegów, zazdrosnego szefa, bezdusznego prawa, nie współpracującej rodziny, konserwatywnego systemu opieki zdrowotnej czy wrogich postaw lokalnej społeczności.

### **Rehabilitacja**

W przypadku tego etapu leczenia można mówić o dopasowywaniu się dwóch koncepcji wolności i odpowiedzialności. Nie ma tu już, jak w poprzednich fazach procesu diagnostyczno-leczniczego wzajemnego rozpoznawania ani zmagania się. Obie strony mają świadomość ograniczonych możliwości. Problemem zaczyna być rezygnacja pacjenta z wolności i odpowiedzialności wyrażająca się uległością, wycofaniem, biernością, szukaniem wygodnej niszy życiowej lub nawet azylu.

Dla psychiatry jest to okres podtrzymywania u pacjenta gasnącego poczucia wolności i odpowiedzialności, ale także dopasowywania swych wyobrażeń o wolności i odpowiedzialności do ograniczonych możliwości i upodobań pacjenta. Zdumiewa czasem jak wiele satysfakcji czerpie pacjent z trybu życia, który innym (także psychiatrze) może wydawać się mało atrakcyjny, ubogi w wolność i nie zainteresowany braniem odpowiedzialności. Powstaje dylemat: czy szanować wolę chorego, składającego swą wolność w ochronnej niszy lub azylu, czy też budzić jego poczucie wolności, aktywizować, mobilizować, przybliżyć do społecznych wzorców dobrego funkcjonowania.

### **POZA WOLNOŚCIĄ**

Mało kto nie zgodzi się, że wolność jest jedną z bardziej cenionych wartości. Przyznaje się jej rangę wartości dla bytu ludzkiego konstytutywnej (bo „prawdziwie” ludzkiej), egzystencjalnej (bo warto dla niej żyć, a może nawet umrzeć) lub przynajmniej mocno zdobiącej (bo miła, piękna). Dla sceptyków czy przeciwników tak wysokiej pozycji aksjologicznej wolności pogoda, zwłaszcza współcześnie, jest na ogół zła. Znacznie mniej, choć na ogół również pozytywnie ceniona jest odpowiedzialność. Razem dopełniają się, choć odpowiedzialność jest nieco inaczej ukierunkowana, a zapotrzebowanie na nią wzrasta, gdy wolność szwankuje, sprzeniewierza się sobie lub błądzi. O ile wolności doświadczamy chętnie i spontanicznie, o tyle do odpowiedzialności trzeba nawoływać, a i jej nauka wymaga pewnego trudu. Można powiedzieć, że wolność raczej inspiruje, a odpowiedzialność raczej koryguje ludzkie namiętności i poczynania.

W psychiatrycznej codzienności zapotrzebowanie na odpowiedzialność wzrasta, a blask wolności wydaje się mniej dostrzegalny, ponieważ zaburzenia psychiczne często prowadzą wolność na manowce, z których trudno jej powrócić bez zgody na ograniczenia i bez zaufania okazanego cudzej odpowiedzialności. Chore poczucie wolności i odpowiedzialności, które dla filozofów i moralistów jest tylko wyjątkiem potwierdzającym ogólne reguły, stanowi dla psychiatry codzienność. Niejasności, wątpliwości i konflikty związane np. z odczuwaną koniecznością odpowiedzialnego ograniczania, pobudzania lub kwestionowania jakiejś porcji

wolności chorego prowadzą do wielu trudnych pytań, na które nie ma łatwych odpowiedzi. Przeciwnie, w sytuacjach konfliktu między szacunkiem dla wolności pacjenta a poczuciem odpowiedzialności płynącym z roli zawodowej, *wrażliwy* psychiatra może poczuć się jak w prokrustowym łożu, z którego nie ma dobrego wyjścia.

Może można jednak uniknąć takiej sytuacji, budując relację z chorym na innych niż wolność podstawach aksjologicznych?

Dr Józef Bednorz nie opuścił chorych i został wraz z nimi rozstrzelany. Dr Halina Jankowska nie opuściła chorych i zginęła wraz z nimi pod gruzami bombardowanego szpitala powstańczego. Ich wybór, w świetle dokumentów, był świadomy, wolny i odpowiedzialny. Jakie jeszcze wartości kierują takimi decyzjami?

Miłość?

**Solidarność?**