

Bogdan de Barbaro

Między zaniechaniem pomocy a terapeutyczną przemocą

Praca przedstawiona w Münster, październik 2000

Uwagi wstępne

Poniższe rozważania będą dotyczyły relacji: pacjent - psychiatra. To zawężenie problemu (obecnego w całej medycynie) uzasadniam tym, że z tego obszaru pochodzi moje osobiste doświadczenie oraz tym, że właśnie tutaj mamy do czynienia z uwyrażnieniem dylematu, który można sprowadzić do dwóch pytań:

1. W jakich okolicznościach uzasadnione jest zaniechanie pomocy wobec osoby potrzebującej oraz
2. W jakich okolicznościach uzasadnione jest stosowanie przemocy terapeutycznej, a więc podjęcie terapii wbrew woli osoby otrzymującej pomoc.

W praktyce spotykamy się z różnymi formami i różnym nasileniem przemocy (od subtelnego i dyskretnego narzucania przez psychiatrę własnej wizji świata i systemu wartości po jednoznaczną przemoc fizyczną). Pytania o to, kiedy w terapii uzasadniona jest przemoc, a kiedy zaniechanie pomocy mają o tyle duży ciężar gatunkowy, że z jednej strony dotyczą sytuacji nierzadkich w codziennej praktyce psychiatrycznej, a z drugiej strony odnoszą się do tak podstawowych wartości jak odpowiedzialność (w tym wypadku: odpowiedzialność psychiatry za zdrowie pacjenta) i wolność (w tym wypadku: wolność pacjenta w stanowieniu o sobie).

Zagadnienie to pozostaje na przecięciu dwóch perspektyw: etycznej i klinicznej. Dla naszych rozważań punktem wyjścia będzie perspektywa kliniczna.

Uwagi etymologiczne

Język polski dostarcza pewnej wskazówki co do istoty problemu, który będzie dyskutowany. Jak łatwo zauważyć wspólnym rdzeniem dla pojęcia "pomoc" jak i "przemoc" jest, jak łatwo zauważyć słowo MOC. O ile jednak słowo MOC ma charakter neutralny, o tyle "pomoc" ma konotację pozytywną, zaś "przemoc" – negatywną. W przypadku pomocy będzie to więc nadawanie komuś mocy, podczas gdy przemoc oznacza działanie własną mocą, bez zważania na wolność drugiej osoby. Moc, siła, władza - to słowa, za którymi kryje się doświadczenie psychiatry: z jednej strony niemal codzienne, z drugiej strony nieczęsto poddawane refleksji. Emocjonalny wydzźwięk pojęć "pomoc" i "przemoc" konstruuje ideę, by sfera terapii obchodziła się bez przemocy. Jak bardzo ta idea

nie byłaby kusząca i “etycznie elegancka”, niestety w praktyce możliwe są sytuacje, w których pomoc realizowana jest poprzez przemoc.

Deontologom pozostaje zatem określić, jaki jest dopuszczalny zakres tej praktyki, zaś poniższe uwagi będą poświęcone uwarunkowaniom tej praktyki.

Sytuacje skrajne i sytuacje typowe

Na wstępie można opisać sytuacje skrajne. Na jednym biegunie jest to sytuacja, kiedy “lekarz lepiej wie, co pacjentowi jest potrzebne dla jego dobra”. Tak jest np. wtedy, gdy pacjent ma ostrą psychozę, a jednocześnie jego postępowanie zagraża życiu lub zdrowiu innych osób. Psychiatra (wsparty Ustawą o Ochronie Zdrowia Psychicznego) uznaje, że wie lepiej, czego pacjentowi potrzeba. Stosowana jest przemoc terapeutyczna, a zaniechanie jej groziłoby negatywnymi skutkami indywidualnymi i społecznymi.

Na drugim biegunie tego *spectrum* znajduje się na przykład pacjent z kryzysem egzystencjalnym lub z kryzysem małżeńskim. W tym przypadku pomaganie poprzez stosowanie przemocy w sposób oczywisty byłoby bezsensowne i niedopuszczalne¹.

Skrajności można zatem zdefiniować następująco: “Całkowicie wiem lepiej, co jest dla pacjenta dobre” oraz “Zupełnie nie wiem, co jest dla pacjenta dobre”. Jeśli pominiemy ewidentne błędy, przestępstwa i nadużycia, sytuacje skrajne nie są kontrowersyjne. Problem tkwi w tym, że w praktyce codziennej poruszamy się między tymi skrajnościami. Ponadto, wobec tej samej osoby w różnych okresach i różnych kontekstach może być dopuszczalna różnego stopnia ingerencja.

Tak więc, dla naszych rozważań inspirująca będzie sytuacja między skrajnościami, kiedy to nie wystarczy zdrowy rozsądek, ani jednoznaczny przepis prawny. Posłużmy się przykładem. Wyobraźmy sobie pacjenta, który był już kiedyś hospitalizowany dobrowolnie z powodu objawów psychotycznych (np. urojeń, stanów napięcia i lęku oraz wypowiedzi agresywnych), także takich, które naruszały normy obyczajowe i społeczne. Po hospitalizacji i kompleksowym leczeniu uzyskano remisję objawową i zgodę pacjenta na kontynuowanie leczenia w ambulatorium. Po kilku miesiącach leczenia ambulatoryjnego

¹ Na marginesie rozważanego problemu warto zwrócić uwagę na szczególną okoliczność. Czy są sytuacje, kiedy powinniśmy zaniechać pomocy wtedy, gdy ktoś domaga się pomocy? Na ogół do relacji psychiatra – pacjent dochodzi drogą umowy i wzajemnej woli pozostawania we współpracy. Oprócz sytuacji, w której psychiatra narzuca się ze swoją pomocą, może mieć miejsce sytuacja odwrotna: pacjent domaga się pomocy, a terapeuta uważa, że ta pomoc nie jest potrzebna. Np. według terapeuty zachodzą wskazania do zakończenia terapii lub też pacjent chce mieć w terapii stałego doradcę do spraw życiowych. Taką sytuację można jednak traktować jako problem terapeutyczny, a “niechcianych pacjentów” jako pacjentów wymagających dodatkowej uwagi. Wówczas problem nabiera innego znaczenia: co zrobić, żeby pacjent chciał wziąć swoje sprawy w swoje ręce i nie uciekał od wolności.

pacjent zakwestionował sensowność leczenia, zerwał kontakt z lekarzem ambulatoryjnym i odstawił przepisane leki.

Po następnych kilku miesiącach dochodzi do nawrotu ostrego zespołu urojeniowego. Wezwany przez rodzinę psychiatra stwierdza nawrót ostrych objawów urojeniowych, lecz pacjent nie godzi się na leczenie. Jak zachowa się psychiatra? Od jakich czynników, uwikłań, zależności i kontekstów będzie zależało jego zachowanie? A konkretnie: kiedy jego postępowanie, definiowane przez niego jako pomoc, przez innych będzie traktowane jako niedopuszczalna przemoc? Oraz: kiedy jego postępowanie definiowane przez niego jako respektowanie wolności pacjenta przez innych będzie traktowane jako niedopuszczalne zaniechanie?

Uwarunkowania i konteksty

1. Kontekst kulturowy

Wpływ kontekstu kulturowego dla zachowań medycznych jest oczywisty także poza obszarem psychiatrii [Payer 1989, Foucault 1973]. W psychiatrii zależności te są pierwszoplanowe. W Polsce, przed wprowadzeniem Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego w roku 1995 regulacja prawna praktycznie oddawała decyzję o podjęciu leczenia w ręce lekarza psychiatry. Wola pacjenta, wyrażająca się odmową podjęcia leczenia prawdopodobnie nie byłaby respektowana. Co ciekawsze, jest wysoce prawdopodobne, że sam pacjent nawet nie godząc się na leczenie, nie przyznawałby sobie prawa do decyzji. Wzorzec kulturowy bowiem, silnie zakorzeniony nie tylko w Polsce uznaje, że w sprawach zdrowia i choroby oraz postępowania leczniczego ostatnie słowo należy do lekarza². A więc kontekst kulturowy miałby tu istotny wpływ na decyzję lekarza i rozwój sytuacji: lekarz zdecydowałby się na zastosowanie przemocy terapeutycznej i wzięłby odpowiedzialność za ograniczenie wolności pacjenta.

2. Kontekst polityczny

Wolność jednostki (w tym także – jednostki trapiącej problemami psychicznymi) w stopniu zasadniczym zależy od ustroju politycznego i by tak rzec, kultury i obyczajów politycznych. Nawet jeżeli nie znajduje to swojego wyrazu w paragrafach ustaw, widoczne jest to w praktyce dnia codziennego. Spektakularnym tego wyrazem była w sierpniu br. scena pokazywana w programach telewizyjnych całego świata. Oto żona jednego z marynarzy, ofiar katastrofy łodzi podwodnej "Kursk" gwałtownie protestuje wobec

² Jeszcze dziś, w kilka lat od momentu wejścia w życie ustawy regulującej prawa pacjenta psychiatrycznego do decydowania o leczeniu lub jego zaniechaniu, wielu pacjentów chronicznych (a może nawet ich większość) na pytanie, kiedy zostaną wypisani odpowiedziałoby: "Nie wiem, to zależy od lekarza."

przedstawicieli władz. Znienacka, bez swej wiedzy i zgody dostaje zastrzyk uspokajający. Interesujące, że dla społeczności rosyjskiej, jak wynikało z późniejszych komentarzy prasowych, krytyczne komentarze opinii publicznej z Zachodu były niezrozumiałe. A więc, wracając do naszego pacjenta, nie trudno sobie wyobrazić systemy polityczne, w ramach których jego zastrzeżenia nie tylko nie byłyby respektowane, ale nawet, być może, nie zostałyby nawet wysłuchane czy poważnie potraktowane.

3. Kontekst ekonomiczny

Faktem powszechnie znanym, chociaż jeszcze do niedawna w Polsce bagatelizowanym jest wpływ systemu ekonomicznego na leczenie. Choć byśmy bardzo tego nie chcieli, leczenie bogatszych pacjentów (lub pochodzących z bogatszych rodzin) jest prowadzone w lepszych ośrodkach, przez lepszych lekarzy, w lepszych warunkach, a nawet – w ramach “łagodniejszych diagnoz”; np. poprzez skłonność do rozpoznawania w sytuacjach wątpliwości diagnostycznych raczej depresji niż schizofrenii [Lader 1977]. Można sobie zatem wyobrazić, że gdyby opisany powyżej pacjent i jego rodzina byli bardzo bogaci, psychiatra w ramach prywatnych płatnych usług byłby gotów wielokrotnie odwiedzać go w domu. Chętnie (i niekonfrontacyjnie) rozmawiałby z nim, nawiązałby związek terapeutyczny nie przyspieszając tego procesu, dzięki czemu pacjent stopniowo byłby coraz bardziej otwarty na propozycję leczenia. Ewentualna hospitalizacja w prywatnym ośrodku, zważywszy komfortowe warunki i życzliwość personelu, byłaby dla pacjenta do przyjęcia. Być może zatem, doszłoby do nieprzymusowej hospitalizacji i leczenia psychiatrycznego. Zamiast przemocy terapeutycznej mielibyśmy do czynienia z cierpliwą próbą nawiązania kontaktu terapeutycznego, zakończoną powodzeniem. Perswazja o konieczności leczenia psychiatrycznego mogłaby się okazać skuteczna.

4. Kontekst prawny

Wcześniej już wspomniana Ustawa w miarę precyzyjnie określa okoliczności, w których zachodzi prawo do przymusu psychiatrycznego. Ciężar odpowiedzialności i decyzji z osoby psychiatry zostaje przesunięty na literę prawa. Do psychiatry należy jedynie sprawdzenie, czy pacjent spełnia czy nie spełnia warunków prawnych zastosowania przymusu. Odpowiedzialność lekarza sprowadza się w tym przypadku do określenia, na ile “z powodu choroby psychicznej pacjent zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób”. Komfort psychiatry będzie tu polegał na przesunięciu punktu ciężkości z dylematu etycznego na dylemat kliniczny: jak należy rozumieć “bezpośrednie zagrożenie własnego życia albo życia lub zdrowia innych osób”.

5. Kontekst osobistej ideologii

Tło emocjonalne, przedświadome uczuciowe motywacje, postawy i nastawienia psychiatry odgrywają zasadniczą rolę, a w każdym razie większą niż się to powszechnie przyjmuje i głosi.

Przyglądnijmy się (ryzykując schematyzm w portretowaniu psychiatrów³) kilku możliwym “mapom psychiatrycznym” jako odpowiedziom na sytuację wyżej opisanego pacjenta.

Po pierwsze, spotkać można psychiatrów skłonnych do stosowania przemocy. Do takich będzie prawdopodobnie należał psychiatra zorientowany biologicznie i świadom swojej mocy wobec pacjenta. Być może będzie on skoncentrowany na idei usuwania objawów psychopatologicznych. Związek terapeutyczny, często uważany za kluczowy element procesu leczenia może być dla niego czymś drugoplanowym. Charakterystyczna będzie u niego skłonność do paternalistycznej postawy wobec pacjenta. Wyrazistość objawów (i ich “ostrość”) będzie dla psychiatry dostatecznym sygnałem do uznania konieczności leczenia, nawet wbrew woli pacjenta. Traktując wartość “zdrowie” jako wartość naczelną uzna swoje spojrzenie jako odpowiadające obiektywnej rzeczywistości. W tej sytuacji “mapa psychiatryczna” będzie utożsamiana z obiektywną rzeczywistością. W konsekwencji przymus terapeutyczny może być traktowany jako coś naturalnego, a gwałt na wolności pacjenta może nawet nie być zidentyfikowany jako zachowanie kontrowersyjne⁴.

W dość podobnej sytuacji jest psychiatra, którego, niezależnie od wyznawanej szkoły terapeutycznej, cechuje nadmierny optymizm i ambicja. Będzie silnie przekonany o efektywności bio-psycho-społecznego modelu leczenia psychoz. Włączenie pacjenta, rodziny i przyjaciół do grup psychoedukacyjnych będzie dodatkowym gwarantem efektywności leczenia. Przekonany o słuszności i sensie swego postępowania będzie naciskał na podjęcie leczenia. Paragrafy ustawy będzie tak interpretować, by zezwalały mu one na realizację ambitnego programu leczniczego, co samo w sobie będzie stanowić gratyfikację emocjonalną psychiatry. Tego rodzaju “egoistyczny altruizm” może mieć szereg zalet, lecz pod warunkiem że ów element egoizmu terapeuty zostanie poddany refleksji. Niebezpieczeństwo wstępne tej perspektywy może polegać na sztywnym widzeniu, co jest dobre dla pacjenta. W tym przypadku, podobnie jak to ma miejsce u

³ Zapropionowany tutaj umowny podział psychiatrów nie pozostaje w żadnym związku ze stereotypami obowiązującym wśród laików, gdzie psychiatrzy są raczej spostrzegani jako “intelektualni bufoni” czy “nieetyczni eksploratorzy” Patrz: artykuł Jojo Moyes, *The Independence*, 4 wrzesień 2000r.

⁴ Trzeba tu obiektywnie stwierdzić, że tego typu rozwiązanie, chociaż częste w nieodległej przeszłości, obecnie jest coraz rzadsze.

psychiatry biologicznie nastawionego, poczucie mocy (psychiatry) może przesłaniać "mapę" pacjenta i jego potrzeby.

Z drugiej strony, bywają psychiatrzy skłonni do zaniechania pomocy. Psychiatrę, którego można określić jako "wypalonego klinicystę" nawet biologiczne rozumienie sytuacji nie mobilizuje do aktywnego działania. Niebezpieczeństwo, jakie zachodzi w tym przypadku ma swoje źródła w projekcji i racjonalizacji własnego wypalenia i pesymizmu. "Mapa" psychiatry może odwoływać się do niepewności na temat diagnozy i prognozy oraz do sceptycyzmu co do możliwości efektywnego oddziaływania. Zaniechanie pomocy terapeutycznej będzie przyjmować zideologizowaną formę poglądu o nienaruszalnym prawie chorego do decyzji. Pacjent, o którym była mowa w przykładzie, po nieudanej próbie namówienia na terapię, zostanie pozostawiony samemu sobie i bezradnej rodzinie.

Podobnego efektu, chociaż z innych pobudek można się spodziewać w przypadku działania psychiatry - sceptyka, sympatyzującego z antypsychiatrią. Być może uzna on, że zgodnie z postmodernistyczną zachętą do dowolności i wielości nie ma jednej słusznej drogi. Wola pacjenta zostanie uszanowana. Niebezpieczeństwem będzie tu zlekceważenie jego bezradności i potraktowanie jego sprzeciwu wobec leczenia jako niezgody na otrzymanie pomocy. Zarówno "psychiatra wypalony" jak i "psychiatra – sceptyk" przyjmują perspektywę osoby pozbawionej mocy.

I wreszcie, po trzecie, spotkać można psychiatrów, dla których szczególną wartość ma sam dialog. Na dialog (choć nie zawsze partnerski) nastawiony jest na przykład psychiatra, będący zarazem terapeutą systemowym. Być może taki psychiatra za zasadniczy punkt swojej ingerencji uzna włączenie rodziny w proces terapeutyczny. W swej warstwie teoretycznej być może przyjmie, że objawy pacjenta spełniają funkcję integrującą i ochraniającą rodzinę. Jego dylemat może przyjąć postać: czy mam prawo zapraszać rodzinę, gdy pacjent nie zgodzi się na wspólne spotkania. Dylemat ten, często wymieniany jako kluczowy problem etyczny w terapii rodzin to problem wyboru między potrzebami jednostki a potrzebami rodziny [Hare-Mustin 1980]. Niewykluczone, że terapeuta systemowy nie uzna psychotyczności pacjenta za istotny element sytuacji i podejmie się (o ile rodzina i pacjent wyrażą na to zgodę) sesji rodzinnych. Słowami – kluczami jego mapy będą raczej takie słowa, jak "homeostaza rodziny", "funkcja objawu", a nie "hospitalizacja" czy "urojenia". Hospitalizacja psychiatryczna nie będzie fragmentem wizji psychiatry. Pułapka, wyraźna w tym rozwiązaniu będzie polegać na zrelatywizowaniu problemu pacjenta do systemu rodzinnego. Podmiotem dylematu: "Między zaniechaniem pomocy a terapeutyczną przemocą" będzie w tym przypadku nie pacjent, lecz jego rodzina.

Sytuacja będzie szczególnie trudna dla psychiatry, którego ideologia czerpie z konstrukcjonizmu społecznego. Uznając za punkt wyjścia dialog, może on natrafić na niekiedy niepokonywalne trudności z samym podjęciem i nawiązaniem dialogu. W ramach "metadialogu" będzie zmuszony do postawienia pytania: "Czy zawsze dialog jest możliwy?" Na to pytanie odpowiedź jest boleśnie negatywna, gdyż istnieją pewne prerekwizyty (warunki wstępne) dialogu, np. zdolność artykulacji własnej woli czy chociażby obustronna wola do dialogu. Prawdopodobnie w tej sytuacji psychiatra – konstrukcjonista będzie zmuszony do zawieszenia teorii (skądinąd eleganckiej z epistemologicznego punktu widzenia) i przejścia na pozycje zdrowego rozsądku. Z kolei zdrowy rozsądek będzie poddawany podstępny wpływom emocji. W optymistycznej wersji wydarzeń psychiatrze uda się nawiązać dialog z pacjentem. Ma na to większe szanse niż np. psychiatra ortodoksyjnie biologiczny, gdyż nie zakładając wstępnie, że wie lepiej, co pacjentowi potrzeba, będzie bardziej otwarty na jego opis, przez co wzmocni mu poczucie bezpieczeństwa. Ingerencja psychiatry – konstrukcjonisty będzie tu polegała na przedstawieniu własnego komentarza jako punktu wyjścia do dialogu. Czy dialog ten rozwinie się, będzie zależało od "sztuki dialogu" psychiatry, ale także od stopnia nasilenia lęku pacjenta. Otwarte pozostanie pytanie, za co terapeuta odpowiada (czy za efekt swoich poczynań, czy tylko za swoje poczynania). Konstrukcjonisci uznają odpowiedzialność uczestników dialogu. *"I did my best"*, ale nie odpowiadam za drugiego człowieka. Pozostaje pytanie, czy, reguła ta pasuje do rzeczywistości opisanego pacjenta.

Powyższy przegląd "map psychiatrycznych" może być podważony za stronniczość, arbitralność i uproszczenia. Szczególnie obruszyć mogą się ci psychiatry, którzy nie popadając w żadną ortodoksję, przyjmują perspektywę dojrzałego i doświadczonego klinicysty, wrażliwego na wymiar etyczny sytuacji oraz złożone problemy merytoryczne. Tym nie mniej zastanawiająca jest owa mnogość możliwych rozwiązań. Różne stopnie ingerencji, od przymusy fizycznego, poprzez perswazję aż po powściągliwość komentarza stanowią wyraz wpływu ideologii i emocji psychiatry na niebłahą decyzję o losie osoby chorej.

Aby lepiej zrozumieć pułapki związane z kontekstem ideologicznym, przyjrzyjmy się na chwilę samym psychiatrom. Skąd się biorą psychiatry? Jak twierdzą socjologowie medycyny, z niechęci do mechanicznej medycyny, ale także z nierozwiązanych problemów własnych oraz z braku wolnych miejsc w innych, bardziej intratnych działach medycyny [Lader 1977]. Jednocześnie wśród psychiatrów panuje niezwykle różnorodność,

zaś główny podział (do którego na ogół niechętnie się przyznajemy deklarując np. podejście holistyczne) to podział na psychiatrów zorientowanych psychospołecznie oraz psychiatrów o nastawieniu biologiczno – medycznym. Zbadano, że psychiatrzy z tych dwóch “parafii” różnią się nie tylko postawami, ideologiami, ale także swymi społecznymi biografiami, co wskazuje na istotne źródło różnic [Mechanic 1984]. Tak więc wyżej przedstawiona różnorodność rozwiązań dylematu “między przemocą terapeutyczną a zaniechaniem pomocy” jest zakorzeniona w biografii psychiatrów, w ich osobistych doświadczeniach i innych subiektywnych czynnikach. Merytoryczny, jak by się wydawało, problem kliniczny zostanie więc poddany poważnej presji subiektywności psychiatry. W przypadku opisanego pacjenta rozstrzygnięcie, czy zachodzą warunki do zastosowania przymusu będzie zależeć: teoretycznie - od wizji diagnostyczno-terapeutycznej psychiatry, praktycznie - od jego osobistych przeżyć.

Uwagi praktyczne

Tak więc schemat prawny nie broni psychiatry przed dylematami. Co więcej, o rozstrzygnięciu dylematu nie decyduje obiektywna wiedza. Czy zatem można tu coś konkretnego zaproponować? Czy na temat problemu tak bardzo wysyczonego subiektywnością można sformułować jakieś konstruktywne uogólnienie? Czy są możliwe jakieś wnioski, pomimo, że poruszamy się w tak delikatnym i podatnym na zmiany obszarze? Wydaje się, że przy całej ostrożności, można pokusić się o kilka rad i wskazówek. Wskazówki te będą bardziej dotyczyć osoby psychiatry, niż jego umysłu.

1. Wskazane jest rozumienie i sprawdzenie osobistych przesłanek swego działania. Dzięki temu, można uniknąć pułapki uznania za interes pacjenta swoich własnych potrzeb i uprzedzeń.
2. Ten, kto ma zamiar zaniechać pomocy, powinien sprawdzić (na ile to możliwe, zawieszając swe uprzedzenia), co by było, gdyby zastosował przemoc. Ten zaś, kto uważa, że powinien zastosować przemoc, powinien sprawdzić, jakie najgorsze konsekwencje wyniknęłyby z zaniechania pomocy. Takie mentalne eksperymenty mogą dodać wolności przy dokonywaniu wyboru.
3. Niezbędna jest uważność na zmienność sytuacji w czasie. Popadając w pułapkę przyzwyczajenia można przeoczyć zmianę w czasie: czyjaś niebezpieczną bezradność, albo też czyjeś niedoceniane możliwości.
4. Dla psychiatry może być inspirujące sprawdzenie, jak często uważa, że wie lepiej. I dlaczego? Czy dlatego, że ma inny system wartości? Czy dlatego, że ma inną wiedzę? A może dlatego, że uważa, że jest z natury lub dzięki swej profesji predysponowany do

lepszego wiedzy. A może zachodzi druga skrajność, kiedy to psychiatra odmawia sobie prawa do własnego zdania. Pokusa wolnościowa i leseferystyczna psychiatry-anarchisty może być równie niebezpieczna jak pokusa omnipotencji i nadodpowiedzialności psychiatry - dobrego ojca.

5. Skoro każdy terapeuta i psychiatra ma "swoją styl" (wzmocniony w dodatku autorytetem swoich mistrzów: od submisyjnego Rogersa po autorytarnego hipnotyzującego Ericksona), to istnieje ryzyko niedostrzegania interesu pacjenta i patrzenia na pacjenta przez pryzmat "własnej mapy". Pamiętajmy zatem o etymologii i znaczeniu słowa "odpowiedzialność": Odpowiadam nie tylko za kogoś, lecz najpierw na kogoś i na coś: w tym wypadku - na osobę i zachowanie pacjenta.

Zakończenie

W świetle powyższego jasne jest, że prawne próby rozstrzygnięcia, kiedy i jak psychiatra powinien używać swej mocy wobec pacjenta, nie usuwają dylematu. Decyzja i tak należy do psychiatry z jego – w danym momencie – wyborem opartym o wrażliwość, mądrość, dojrzałość, troskę i odpowiedzialność. Decyzje psychiatry słabo poddaje się operacjonalizacji, algorytmizacji i innym procedurom "usztyniającym rzeczywistość".

Niech za alegoryczną ilustrację tego faktu posłuży poniższa przypowieść. Oto do mędrca podszedł chłopiec trzymając w dłoni ptaka. "Czy ten ptak żyje czy jest martwy?" – zapytał chłopiec mędrca. Mędrzec odpowiedział: "Jeśli uważasz, że ptak żyje i nie chcesz, by ci odfrunął, będziesz go mocno ścisnąć, to go udusisz. Zatem twój ptak nie żyje. Jeśli zaś uważasz, że nie żyje i otwierasz dłoń, by mu się przyjrzeć, to twój ptak odfrunie. Zatem jest żywy". Wtedy chłopiec zapytał: "Więc w końcu mój ptak żyje czy nie?" Mędrzec odpowiedział: "Ptak jest w Twoich rękach".

Sceptycy zakwestionują moralność płynącą z tej przypowieści, jakoby wszystko było w naszych rękach. Przyjmijmy zatem, że w naszych rękach jest wiele.

Bibliografia

Dąbrowski St., Kubicki L.: Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1994.

Foucault M.: The Birth of the Clinic. An Archeology of Medical Perception. Vintage Books, New York 1975. Polski przekład: "Narodziny kliniki". Wydawnictwo KR, Warszawa 1999.

Hare-Mustin R.: Family therapy may be dangerous for your health. Professional Psychology, 11 (6):935-938, 1980.

Lader M.: Psychiatry on Trial. Penguin Books, Middlesex 1977.

Mechanic D.: The social dimension. w: Bloch S., Chodoff P.: Psychiatric Ethics. Oxford University Press, Oxford 1984.

Payer L.: Medicine and Culture. Penguin Books, Middlesex 1988.