

PSYCHOTERAPIA 2 (149) 2009
strony: 37–44

Małgorzata Opoczyńska, Maria Rostworowska, Zbigniew Ćwikliński, Jolanta Robak,
Ireneusz Dziasek, Mira Marciak, Halina Pytko, Bernadetta Karolczyk

LECZENIE BEZ ZGODY — DIALOG CZY „PSYCHIATRYCZNE GRY JĘZYKOWE”?

TREATING A PATIENT WITHOUT HIS/HER CONSENT — A DIALOGUE
OR „PSYCHIATRIC LANGUAGE PLAYS”?

Klinika Psychiatrii Dorosłych
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Zięba
Katedra Psychiatrii UJ CM
Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

psychiatric inpatient ward
forced treatment

Zespół pracujący w oddziale zamkniętym podejmuje krytyczną dyskusję z tezami ruchu antypsychiatrii i psychiatrii postmodernistycznej jakoby w takich warunkach jedyną możliwą formą rzeczywistości były „psychiatryczne gry językowe” z pacjentem. Dyskusja toczy się w oparciu o przedstawiony opis kazuistyczny.

Summary: Anti-psychiatry as well as various schools stemming from social constructionism used to criticize *psychiatric inpatient wards* and their practices. Antipsychiatrists have pointed the violence taking place on these wards, which consists in turning the free subject into an object, yet social constructionists have underlined the disabling power of language practices (so called '*psychiatric language plays*'), which 'takes off the ability to speak' from those who are diagnosed as mentally ill. The aim of this article is the discussion with the mentioned above critique from the perspective of the team working within the context of the psychiatric inpatient ward. The example presented here shows the chance for dialogue with the patient even in the case of actual forced treatment undertaken/applied according to the legally binding Act of the Protection of the Mental Health.

Wstęp

Ruch antypsychiatryczny, a także, wywodzące się z filozofii postmodernistycznej, szkoły myślenia o leczeniu psychiatrycznym przedmiotem krytyki uczyniły przede wszystkim zamknięte oddziały psychiatryczne i ich praktyki. Ruch antypsychiatryczny stawał w obronie *innych*, pozbawianych wolności i autonomii, rzekomo w imię ich dobra, faktycznie — dla ochrony systemu społecznego, któremu zagrażała ich odmienność. Każdy system, w tym także system społeczny, dla utrzymania i zwiększenia własnej skuteczności dąży do wykluczenia tego, co mu zagraża. Z punktu widzenia systemu, uprzywilejowanymi są ci, którzy myślą, mówią i działają podobnie. Jedność i bezsprzeczność, a także swego rodzaju nieczułość na cierpienie stanowią o sile i trwałości systemu. *Inni* — różnie w historii nazywani: „opętani”, „odmieńcy”, „szaleni”, a od XVIII wieku „chorzy psy-

chicznie” — ponieważ wymykają się kontroli systemu, stają się dla niego niebezpieczni. Od chwili narodzin klinika psychiatryczna, wedle przekonania antypsychiatrów, stoi na straży trwałości systemu [1, 2].

Krytyka kliniki psychiatrycznej, podejmowana przez autorów przyznających się do sympatii z filozofią postmodernizmu, dotyczy przede wszystkim języka kliniki, tzw. psychiatrycznych gier językowych, i konstruowanej przez niego rzeczywistości. Modernizm praktyki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej, bo takie określenia padają, opiera się na jasnym podziale władzy: personel medyczny, z racji posiadanej wiedzy specjalistycznej, staje się ekspertem od zdrowia, choroby i procesu leczenia (ekspert wie, co jest dla pacjenta dobre), od pacjenta, postrzeganego jako laik, oczekuje się podporządkowania. „Psychiatryczne gry językowe” nie tylko „odbierają rozum i mowę” osobom diagnozowanym jako chore psychiczne, ale dodatkowo stygmatyzują je i wykluczają z dyskursu zdrowych [por. 3].

Celem doniesienia jest podjęcie dyskusji na ten temat z punktu widzenia zespołu pracującego na zamkniętym oddziale psychiatrycznym. Na przykładzie opisu kazuistycznego przedstawione zostaną dylematy towarzyszące zespołowi leczącemu pacjenta bez zgody. Czy możliwy jest dialog z pacjentem, pomimo że toczy się „psychiatryczna gra”?

Opis kazuistyczny

Łukasz, absolwent kilku fakultetów uniwersyteckich (w tym psychologii), przez kilka lat mieszkał w Londynie. Był niezależny finansowo od rodziny, utrzymywał się pracując kolejno jako nauczyciel, wychowawca, barman, kelner ekskluzywnych restauracji. Często zmieniał pracę, z łatwością znajdował kolejne. Jego sytuacja zmieniła się na parę miesięcy przed powrotem do Polski. Stracił pracę i mieszkanie, popadł w długi, czas spędzał na nie przynoszących efektu poszukiwaniach zatrudnienia. Wędrował po ulicach Londynu z laptopem w rękę. Przestał kontaktować się z rodziną w Polsce, a także z mieszkającą w Londynie kuzynką — jak potem tłumaczył, nie miał pieniędzy na telefon.

Rodzice Łukasza, zaniepokojeni, a potem już przestraszeni informacjami dochodzącymi z Londynu, coraz rzadszymi kontaktami z synem, wiadomościami, że pozostaje bez pracy i bez mieszkania, z długami, podjęli intensywne próby mające na celu nakłonienie go do powrotu do Polski. Już wtedy byli pełni obaw dotyczących jego stanu zdrowia. Swe wątpliwości konsultowali z lekarzem psychiatrą z kliniki psychiatrycznej, u którego szukali rady. Gdy po wielu staraniach udało im się nawiązać z synem kontakt i namówić na powrót do Polski, nie mieli wątpliwości, że Łukasz zachorował psychicznie. Ich zdaniem syn zmienił się nie do poznania. Schudł, był zaniedbany, opowiadał o sobie, że żyje w kilku rzeczywistościach jednocześnie, że jest sterowany „z góry”, raz po raz przypalany prądem i obrzucany kamieniami. Uspokajał rodziców mówiąc, że jego życie jest w rękach sił wyższych. Nie rozumiał powodu ich lęku i nie podzielał ich przekonania, że powinien skontaktować się z psychiatrą. Uważał, że jest w pełni zdrowy, początek kłopotów finansowych tłumaczył brakiem pieniędzy na naprawę okularów — pracował wówczas w jednej z ekskluzywnych restauracji Londynu i warunkiem utrzymania pracy był elegancki wygląd.

Wobec fiaska prób nakłonienia syna do leczenia, a także w obliczu narastającego strachu o jego życie — Łukasz nie zważając na zagrożenie, usiadł któregoś dnia na skraju jezdni

potwierdzając przypuszczenia rodziców, że jest mu wszystko jedno, czy w sensie fizycznym żyje, czy nie — rodzina podjęła starania o leczenie go bez zgody w klinice psychiatrycznej. Używając fortelu — wuj Łukasza w zamian za jego zgodę na rozmowę w klinice psychiatrycznej obiecał mu sfinansować podróż do Londynu — udało im się doprowadzić do sytuacji, w której ich syn znalazł się w ambulatorium kliniki psychiatrycznej.

W ambulatorium Łukasz odmówił rozmowy z psychiatrą, zgodził się natomiast na rozmowę z psychologiem, w czasie której podtrzymał przekonanie o swoim zdrowiu psychicznym. Psycholog nie dostrzegł okoliczności, które mogłyby uzasadniać zastosowanie leczenia psychiatrycznego bez zgody pacjenta. Swą opinią podzielił się z lekarzem psychiatrą.

Parę dni później, wobec narastającego strachu rodziny o zdrowie i życie syna, i w obliczu jej coraz większej bezradności w próbach naklonienia go do leczenia, doszło — za zgodą Łukasza — do ponownej wizyty w ambulatorium kliniki psychiatrycznej. Po badaniu psychiatrycznym psychiatra, kierując się zapisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku, podjął decyzję o leczeniu Łukasza bez zgody na zamkniętym oddziale psychiatrycznym.

Łukasz, już jako pacjent, przyjął decyzję lekarza pełen ambiwalentnych uczuć i sądów. Raz deklarował swoją zgodę na leczenie, innym razem ją cofał. Ostatecznie podtrzymał zdanie, że jest osobą zdrową psychicznie i nie wyraża zgody na poddanie się rygorom leczenia na oddziale zamkniętym. Nie krył też postanowienia, że przy pierwszej nadarzącej się okazji opuści oddział.

W rezultacie podjęto decyzję na podstawie ustawy dotyczącej leczenia bez zgody pacjenta (artykuł 23). Podczas posiedzenia, na które Łukasz, w towarzystwie lekarza i dwóch psychologów, udał się osobiście, sąd wydał postanowienie o zasadności przyjęcia i leczenia go na zamkniętym oddziale psychiatrycznym.

Od tej pory, przez kolejne 10 tygodni, Łukasz pozostawał pacjentem oddziału. Biernie podporządkował się zasadom jego funkcjonowania. Pobyt w klinice został zakończony na jego żądanie. Ponieważ już nie można było powołać się na okoliczności uzasadniające leczenie psychiatryczne bez zgody, lekarz psychiatra wypisał Łukasza z oddziału, pomimo że nie podzielał jego punktu widzenia na temat bezzasadności kontynuowania leczenia w warunkach szpitalnych. Po wypisaniu z kliniki Łukasz parę razy przyszedł na ustalone z lekarzem wizyty. Z ostatnich informacji, jakie lekarz psychiatra uzyskał od jego rodziny, wynika, że przebywa on od paru miesięcy w Anglii, wyjechał chory, nie leczy się; ostatnio, doprowadzony przez policję do szpitala z powodu agresywnych zachowań, przebywał na oddziale psychiatrycznym, skąd uciekł. Sam powrócił do Polski i został przyjęty do leczenia w szpitalu psychiatrycznym.

„Psychiatryczne gry językowe” czy dialog z pacjentem?

Przedstawiona historia zostanie teraz opatrzona komentarzem nawiązującym do zasadniczego pytania postawionego w doniesieniu. Podkreślić jednak wcześniej trzeba, że jest ona opisana i komentowana jednostronnie przez członków zespołu terapeutycznego oddziału psychiatrycznego i zapewne byłaby inaczej interpretowana, gdyby pisał ją i komentował sam pacjent.

Czy rzeczywistość zamkniętego oddziału psychiatrycznego jest przestrzenią skonstruowaną, jak twierdzą antypsychiatrzy i postmoderniści psychiatrii i psychoterapeuci, przez „psychiatryczne gry językowe”? Jeśli tak jest, to czy w przestrzeni, w której toczy się „psychiatryczna gra”, jest miejsce na dialog z pacjentem?

Odpowiedź na te pytania daleka jest od jednoznaczności i ujawnia złożoność rzeczywistości kryjącej się za zamkniętymi drzwiami kliniki. Bo, z jednej strony, toczy się za nimi „psychiatryczna gra”, z drugiej strony, jednocześnie, pomimo „gry” lub wbrew niej, podejmowane są próby dialogu. Rozważone teraz zostaną niektóre aspekty tej złożonej rzeczywistości i ich konsekwencje.

Niedialektyczna naprzemiennosc/jednoczesność (?) „gier psychiatrycznych” i dialogu

Z chwilą przekroczenia progu zamkniętego oddziału psychiatrycznego ktoś, kto jeszcze chwilę wcześniej był osobą o bliżej nieokreślonej dla postronnych obserwatorów tożsamości, staje się pacjentem. Osoba leczona bez zgody zaczyna nim być wbrew swojej woli, zgodnie natomiast z wolą lekarza podejmującego decyzję o leczeniu. Z chwilą „odgórnego” przypisania jej tej roli, staje się pacjentem w oczach innych, w dosłownym sensie tego słowa; tożsamość zewnętrzna wygrywa z poczuciem osoby leczonej dotyczącym tego, kim jest. Jaskrawym znakiem owej wygranej jest to, że z chwilą przypisania osobie leczonej bez zgody roli pacjenta, stawianych jest wobec niej wiele oczekiwań, z których większość dotyczy podporządkowania tego, co indywidualne, temu, co wpisane w system leczenia. W opisywanym przypadku, od Łukasza, tuż za progiem zamkniętego oddziału, oczekiwano, by podporządkował się hierarchii władzy i zasadom funkcjonowania systemu, którego, wbrew swej woli, stał się częścią, a konkretnie, by podporządkował się harmonogramowi dnia, porom posiłków i przyjmowania leków, warunkom lokalowym nie pozwalającym na samodzielne decydowanie o tym, z kim mieszka w kilkusobowej sypialni, zakazowi samodzielnego opuszczania oddziału, zwyczajowi informowania personelu medycznego o każdym zamiarze opuszczenia oddziału, obowiązku uczestniczenia w zebraniach społeczności i innych formach terapii indywidualnej i grupowej, nadto — obowiązku poddawania się badaniom lekarskim zlecanym przez lekarza psychiatrę. Symbolem hierarchii obowiązującej na zamkniętym oddziale psychiatrycznym i wynikających z niej różnych praw i obowiązków jest klucz do oddziału: mają go wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego, nie ma go żaden z leczonych w nim pacjentów. Symbolika klucza (wg W. Kopalńskiego, klucz jest symbolem władzy, dozoru, porządku, wtajemniczenia, wiedzy, rozważki, ale i fallusa; klucz do raju, żywota wiecznego) podkreśla jeszcze mocniej ów podział władzy obowiązujący za zamkniętymi drzwiami klinik psychiatrycznych [por. 4].

Z drugiej strony, jednocześnie, od początku hospitalizacji zespół terapeutyczny podejmował próby dialogu z leczonym bez zgody pacjentem. Ważną częścią tych prób było zaproszenie Łukasza i jego rodziny do udziału w tzw. konsultacji rodzinnej [por. 5]. Słowo „zaproszenie” nie jest eufemizmem: zarówno Łukasz, jak i jego bliscy mogli je przyjąć lub odrzucić. Także przebieg rozmowy i jej treść zależała od pacjenta i jego rodziny: terapeuta rozpoczynający spotkanie, niezaangażowany w proces leczenia Łukasza (w tym sensie, niejako „spoza systemu”), prosił uczestników spotkania o to, by zechcieli podzielić się

z zespołem terapeutycznym własnym rozumieniem aktualnej sytuacji. Rozmowa miała być okazją do dialogu osób, z których każda przeżywa i rozumie świat po swojemu, w tym sensie — każda jest ekspertem od własnej perspektywy patrzenia. Rozmowa, która toczyła się w czasie konsultacji, była rozmową różnych ekspertów, z których żaden nie ma „klucza” do rzeczywistości takiej jaka jest naprawdę i jaka powinna być. Perspektywa medyczna, dominująca na oddziale psychiatrycznym, na czas trwania konsultacji została zawieszona; w jej miejsce pojawiły się inne, indywidualnie określone, m.in. ta, wyrażona przez Łukasza: „Nawet jeśli zdrowie jest wartością najwyższą z punktu widzenia rodziny i lekarzy, nawet jeśli w ich oczach moje zdrowie jest zagrożone i dla jego ochrony należy pozbawić mnie prawa do innych wartości, dla mnie co innego, niż zdrowie, jest wartością najwyższą. Podobnie jak kiedyś dla ojca: nie poddał się nigdy leczeniu z powodu uzależnienia od alkoholu, pomimo prośb moich, starań i przekonywań”.

Wieloznaczność rzeczywistości za zamkniętymi drzwiami klinik

Drugim aspektem opisywanej rzeczywistości jest trudność (niemożność?) jednoznacznego rozstrzygnięcia, czy toczy się aktualnie „psychiatryczna gra”, czy próbuje się dialogu z osobą leczoną. Zarówno dialog, jak i gra, aby się toczyć, wymaga zaangażowania co najmniej dwóch stron. Każda z nich dylemat wyrażony pytaniem: czy uczestniczę w narzuconej grze, czy rozmawiam, rozstrzyga po swojemu, dodatkowo — nieraz na zawsze, ale często z chwili na chwilę różnie. A i intencje zaangażowanych w grę, lub dialog, rzadko kiedy dają się jednoznacznie uchwycić. Może się więc zdarzyć, że to, co z perspektywy zespołu terapeutycznego jest przeżywane jako próba dialogu, z perspektywy pacjenta jest częścią (strategią) gry, mającej doprowadzić system do wygranej. Nadto bywa i tak, że to, co zgodnie ze świadomą intencją zespołu terapeutycznego ma stanowić próbę dialogu z pacjentem traktowanym jako równoprawny partner rozmowy, nieświadomie jest naciśkiem zmierzającym do przekonania go do leczenia.

Ową wieloznaczność ilustruje następujący epizod z pobytu Łukasza na oddziale. Po długich wahaniach zespół terapeutyczny wyraził zgodę na jego osobisty udział w posiedzeniu sądu, odbywającym się w budynku poza kliniką. Z jednej strony, można w tej decyzji — ryzykownej, ponieważ Łukasz nie krył swych zamiarów ucieczki z oddziału przy nadarżającej się okazji — zobaczyć postawę dialogiczną respektującą prawa drugiej osoby. Z drugiej strony, Łukasz, zgodnie z decyzją zespołu terapeutycznego, został odprowadzony do budynku sądu w towarzystwie trzech członków zespołu, na wypadek, gdyby, jak mówiono, chciał uciec. To jest już część „psychiatrycznej gry”. Zaufanie do partnera — a nie ma sensu o nim mówić, jeśli potrafimy przewidzieć jego zachowanie — konieczny warunek, aby mógł rozpocząć się dialog, nie ujawniło się w decyzji zespołu terapeutycznego. Jego brak uruchomił „psychiatryczną grę” — stąd aż trzech pilnujących Łukasza w drodze do sądu. (Na marginesie uwaga, której nie podejmujemy się rozwikłać: Łukasz w drodze z sądu do kliniki faktycznie podjął próbę ucieczki; został zatrzymany i doprowadzony do kliniki; czy uciekłyby, gdyby nie owa gra uruchamiana brakiem zaufania i lękiem?).

Jeszcze jeden epizod ilustrujący wieloznaczność rzeczywistości za zamkniętymi drzwiami kliniki: gdy zabrakło uzasadnienia leczenia bez zgody na oddziale psychiatrycznym, Łukasz zwrócił się do lekarza z prośbą o wypisanie na własne żądanie. Lekarz psychiatra

zgodził się, choć nie podzielał zdania pacjenta co do słuszności jego decyzji. Czy zgoda na wypis była wyrazem jego dialogicznej postawy, jak chcielibyśmy myśleć, czy też częścią „gry psychiatrycznej” — ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wyraźnie precyzuje, kiedy i w jakich okolicznościach lekarz ma prawo zatrzymać pacjenta na oddziale psychiatrycznym bez jego zgody (same używane w tym kontekście słowa: „zgoda lekarza na wypis”, podkreślają ilustrowaną wieloznaczność).

Dyskusja

Naprzemiennosc „psychiatrycznych gier językowych” i prób dialogu z pacjentem ujawnia nakładanie się na siebie za drzwiami zamkniętych oddziałów psychiatrycznych dwóch różnych rzeczywistości i dwóch różnych etyk — pojętych jako zasady działania.

Rzeczywistość dialogu to świat nieprzewidywalny, nie dający się urządzić „z góry”. Świat zdominowany przez pytania, m.in. o to, jak nawiązywać relacje z pacjentem, czy w ogóle próbować i w imię czego próbować, to świat nie jednej odpowiedzi, ale co najmniej dwóch. Jednostronność jest w tym świecie nieuchronnie dwuznaczna — także etycznie dwuznaczna. W rzeczywistości konstruowanej przez dialog, żadna ze stron pozostających ze sobą w relacji nie ma legitymizacji do tego, by o wszystkim wiedzieć lepiej (a w szczególności — co jest dobre, a co nie). Obie znajdują się w sytuacji podobnej: próbują nawiązać relację z drugim człowiekiem, choć nie wiedzą, co z niej wyniknie. Żadne „po co” nie tłumaczy ich starań. Interes, zewnętrzny wobec samej relacji, sprzeczny jest z ideą dialogu. Tam, gdzie jedna ze stron z góry wie, co chce osiągnąć, nie może wydarzyć się dialog. To sposób, by nie dać sobie nic powiedzieć. Etyczne jest to, co służy budowaniu relacji. Dobro, jak ma się nadzieję, wydarza się przy okazji relacji [por. 6, 7, 8, 9).

Rzeczywistość „psychiatrycznych gier językowych” jest usankcjonowana przez wiedzę medyczną (obiektywną w oczach wciąż zdominowanej oświeceniową mentalnością kultury zachodu). Świat „gier psychiatrycznych” jest światem „z góry” (na podstawie „obiektywnej wiedzy”) ustalonych hierarchii i „z góry” przypisanych poszczególnym szczeblom hierarchii praw i obowiązków. To świat gotowych (pozornie, gdyby poddać je analizie) odpowiedzi, określonych standardów, procedur postępowania. To świat obiektywnego porządku wartości: dobrem najwyższym jest życie i zdrowie, rozumiane często wąsko jako brak objawów klinicznych. Dobre jest to, co służy zdrowiu, dla tej wartości można poświęcić inne (np. wolność).

Tym dwóm, nakładającym się na siebie, rzeczywistościom zamkniętego oddziału psychiatrycznego odpowiadają różne, ukryte w nich możliwości i ograniczenia. W świecie konstruowanym przez dialog możliwa jest relacja, ale i jej zerwanie. Każda relacja jest nieuchronnie dwuznaczna — z jednej strony zbliżenie się do siebie, z drugiej dystans, który ją umożliwia (tam, gdzie nie byłoby dystansu, nie byłoby sensu mówić o relacji; relacja jest z konieczności dwustronna). Wchodząc w relację z pacjentem, ryzykuje się *inność*: nie dzieje się to, co byśmy chcieli. Niepewność i nieprzewidywalność jest ceną relacji.

W świecie stwarzanym przez „psychiatryczne gry językowe” nie ryzykuje się spotkania z *innym*, ale z *takim samym*. Pewność, jaką daje uczestnictwo w „grze językowej”, płynie z przewidywalności świata, który ujawnia przed nami to, co wcześniej przewidziała nasza gra. W świecie „psychiatrycznych gier” widzimy to, co wcześniej założyliśmy. Gra po-

wołuje do istnienia świat, który istnieje tak długo, jak długo istnieje władza tych, którzy go do życia powołali. Terapeuta zaangażowany w „psychiatryczną grę” z pacjentem może liczyć na to, że ten podporządkuje się jego wskazaniom, jednak musi też liczyć się z tym, że pacjent będzie podporządkowany dopóty, dopóki on będzie miał nad nim władzę. Co stanie się potem, już nie zależy od terapeuty. Poza rzeczywistością stworzoną przez „psychiatryczną grę”, może wydarzyć się *inne*, nie przewidziane grą.

Konkluzje

Doświadczenia w pracy z pacjentami leczonymi bez zgody na oddziale psychiatrycznym, ujawniające złożoność rzeczywistości kryjącej się za zamkniętymi drzwiami klinik, skłaniają do następujących konkluzji, polemicznych w stosunku do przedstawionych na wstępie poglądów:

Obraz rzeczywistości zamkniętych oddziałów psychiatrycznych utrwalony w pismach antypsychiatrów i ich współczesnych spadkobierców — psychiatrów postmodernistycznych, jest uproszczony: opisywana rzeczywistość nie jest ani tylko skonstruowana przez „psychiatryczne gry”, ani też nie może być tylko — jak postulują — rzeczywistością dialogu. Faktycznie pojawiają się próby dialogu z pacjentem, pomimo że toczy się „psychiatryczna gra”. Rzeczywistość kliniki psychiatrycznej jest oscylovaniem pomiędzy dwoma różnymi możliwościami kontaktu z pacjentem.

Owa niedialektyczna (bo nie prowadząca do żadnej, po heglowsku rozumianej syntezy) naprzemiennosc czy równoczesność nakładających się na siebie rzeczywistości, odsłania nierozstrzygalny konflikt wartości, w jaki zanurzony jest zespół terapeutyczny oddziałów zamkniętych: z jednej strony porządek wartości utrwalony w tradycji medycznej — naczelną wartością jest życie i zdrowie człowieka (warto podkreślić, że jest to tradycja oświeceniowa), z drugiej strony porządek wartości zwyczajowo określanych jako humanistyczne — naczelną wartością jest wolność i prawo do samostanowienia jednostki. Nierozstrzygalność konfliktu podkreśla pojawiające się zawsze w tym kontekście pytanie: Czy dla ochrony zdefiniowanego w perspektywie medycznej zdrowia można poświęcić wartości cenione przez jednostkę? Kto ma władzę, by na to pytanie odpowiedzieć? Do kogo należy klucz?

Nieuchronna wieloznaczność rzeczywistości za zamkniętymi drzwiami oddziałów psychiatrycznych każe sądzić, iż dylematy, w tym także natury etycznej, zespołu terapeutycznego nie będą mogły nigdy być rozwiązane. Rozwiązać coś to sprawić, że coś przestaje wiązać, także w znaczeniu zobowiązania. Dylematy rozwiązane to dylematy, które już nie wiążą i nie zobowiązują. Nieuchronnej wieloznaczności rzeczywistości oddziałów zamkniętych można i należy przeciwstawić jednoznaczność wymogu stawianego ich zespołom terapeutycznym, a mianowicie obowiązek ciągłej refleksji nad tym, dlaczego i w imię czego postępują w określony sposób. Tylko pytając, utrzymując „przy życiu” dylematy, można sprawić, że etyka zawodowa — ponieważ nierozwiązana — zobowiązuje.

Inne sposoby poradenia sobie z wieloznacznością rzeczywistości zamkniętych oddziałów psychiatrycznych, które dochodziły w historii nie tylko do głosu, ale i do realizacji, jak np.: ich zamknięcie, a następnie likwidacja, lub leczenie bez zgody pacjenta tylko na oddziałach sądowych, jest próbą rozwiązywania, czyli likwidowania dylematów, zamiast

mierzenia się z nimi. Próby zmierzenia się z owymi dylematami oznaczają utrzymywanie ich przy życiu pomimo ryzyka, jakie z tym się wiąże.

Nie ma pewności, czy starania zespołu terapeutycznego udzielenia pomocy pacjentowi leczonemu bez zgody są dla niego faktycznie wspierające. Doświadczenie uczy jednak, że zasada hipokratejska: nie szkodzić, oznacza także: mieć wątpliwości.

Piśmiennictwo

1. Foucault M. *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999.
2. Laing RD. *Podzielone „ja”*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1995.
3. Deissler K. *Terapia systemowa jako dialog. Odkrywanie samego siebie?* Kraków: Wydawnictwo UJ; 1998.
4. Kopaliński W. *Słownik symboli*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1990.
5. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B. Znaczenie konsultacji rodzinnej dla diagnozy psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 2002; XXXVI, 1: 41–49.
6. Buber M. *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: PAX; 1992.
7. Gadamer H-G. *Rozum, słowo, dzieje. Szkice wybrane*. Warszawa: PIW; 2000.
8. Lévinas E. *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrznosci*. Warszawa: PWN; 2002.
9. Opoczyńska M. *Dialog innych albo inne monologi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.

Adres: Maria Rostworowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a