

Harwardzki model podejmowania decyzji o przymusowej hospitalizacji

The Harvard Model of decision making in cases of involuntary commitment

AGNIESZKA PIETRZYK

Z Katedry Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

STRESZCZENIE. Artykuł przedstawia obowiązujące w Stanach Zjednoczonych od ponad dwudziestu lat zasady i praktyki dotyczące podejmowania decyzji w kwestii przymusowej hospitalizacji osób manifestujących zaburzenia psychiczne.

SUMMARY. Regulations and practices that have been in force for over two decades now in the USA regarding decision making in cases of involuntary commitment of persons manifesting mental disorders are presented in the paper.

Słowa kluczowe: przymus leczenia psychiatrycznego / podejmowanie decyzji / model harwardzki
Key words: involuntary commitment to mental hospital / decision making / the Harvard Model

Zdrowie i prawa człowieka zwykle idą w parze, lecz nie zawsze ich związek jest bezkonfliktowy. Nie sposób nie podkreślić, iż, na szczęście, choć nie bez wynaturzeń, to właśnie prawo nieraz zniewala chorego człowieka, jako jednostkę zagrażającą społeczeństwu. Względy natury psychiatrycznej w dalszym ciągu pozostają jednym z uzasadnień ograniczeń praw człowieka – przykładem polska Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 1994 r., nr 111, poz. 20). W jej preambule stwierdza się, że „zdrowie psychiczne fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa...” I w tejże samej ustawie znajduje się art. 23 ust. 1, na podstawie którego osoba psychicznie chora może być wbrew własnej woli umieszczona w szpitalu psychiatrycznym. Dzieje się tak wtedy, kiedy jej dotychczasowe zachowanie będzie wskazywać, że z powodu choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych ludzi. O tym przymusowym

umieszczeniu w szpitalu, równoznacznym z pozbawieniem wolności osobistej, decyduje lekarz! Prawdą jest, że zastosowanie owego przymusu podlega kontroli. Najpierw robi to ordynator, któremu ustawa daje 48 godzin od chwili przyjęcia pacjenta na powiadomienie¹ o tym fakcie przełożonego. Kierownik szpitala jest przez ustawę zobowiązany w ciągu 72 godzin od uzyskania owej informacji² zawiadomić właściwy miejscowo sąd opiekuńczy. Razem to już pięć dni pozbawienia wolności, nie postanowieniem niezawisłego sądu, lecz decyzją lekarza, a kryterium przy tym zastosowane – stan zdrowia obywatela! Za swoją chorobę człowiek zostaje ukarany pozbawieniem wolności!³

¹ nie na powiadomienie przełożonego, lecz na „zatwierdzenie” (lub niezatwierdzenie) decyzji lekarza izby przyjęć, art. 23, § 4 (przyp. red. nac.).

² informacja nieścisła. Właściwie: w ciągu 72 godzin od przyjęcia do szpitala (przyp. red. nac.).

³ taka interpretacja wydaje się nazbyt dowolna i sprzeczna z duchem Ustawy i literą jej art. 23 (przyp. red. nac.).

Sędzia wizytujący ma obowiązek wysłuchać osobę umieszczoną wbrew swej woli w szpitalu psychiatrycznym w ciągu 48 godzin od otrzymania zawiadomienia z tegoż szpitala (art. 45). Oczywiście ustawodawca przewidział, iż sędzia może stwierdzić, że hospitalizacja nie jest zasadna. A robi to na wniosek albo samego pacjenta, albo jego współmałżonka, albo krewnego w linii prostej, albo prawnego opiekuna⁴. W razie stwierdzenia, że pobyt pacjenta w szpitalu nie jest niezbędny, sędzia zarządza natychmiastowe jego wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie wcześniej wszczętego postępowania.

I co dalej w tej sytuacji? Pacjent był bezzasadnie pozbawiony wolności przez całe pięć dni. Nikt i nic mu tego straconego czasu nie zwróci, bo wszystko działo się *lege artis*, choć przy zastosowaniu procedur innych, niż przewidziane dla pozbawiania człowieka wolności. Ale tak, jak na razie, stanowi ustawa psychiatryczna. Zresztą na tym nie kończą się „czasowe” zagrożenia dla pacjenta. Wystarczy, że szpital zawiadomi sąd w którykolwiek piątek późnym popołudniem, by żaden sędzia wizytujący nie zdążył wysłuchać hospitalizowanego przed upływem 48 godzin. Ustawa nie powołała przeciw sędziów dyżurujących w dzień, w nocy, w niedzielę i święto. Pacjent może być więc przetrzymany nawet dłużej niż pięć dni [Mazurkiewicz, Zaporowska 1995].

Dobrze, że każde ograniczenie, czy powołanie konstytucyjnych praw człowieka wywołuje dyskusje. Przykładem artykuły w prasie [Mazurkiewicz, Zaporowska 1995], katowicka konferencja poświęcona świadomości etycznej psychologów [Pietrzyk 1995], czy sam postulat rzecznika praw obywatelskich wprowadzenia zmian w ustawie psychiatrycznej [Przymus... 1995]. Nie ulega bowiem wątpliwości, że prawa ludzkie nie mogą być przedmiotem dowolnie wprowadzanej

reglamentacji. Zdaniem rzecznika praw obywatelskich, przymusowe leczenie w szpitalu psychiatrycznym winno być traktowane jako forma pozbawiania wolności. A jej pozbawianie w każdym przypadku ma mieć gwarancje określone w przepisach kpk łącznie z doręczeniem nakazu sądu o przymusowej hospitalizacji. W obowiązującej wersji ustawa psychiatryczna stwarza podstawę do pozbawienia obywatela wolności na okres przekraczający 48 godzin i to nie decyzją sądu, a arbitralną decyzją psychiatry, co prawda z możliwością włączenia w tę czynność... psychologa (art. 23 ust. 2)⁵. Rzecznik uważa, iż obecne rozwiązania są niezgodne z Konstytucją RP i domaga się nowelizacji Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W liście do marszałka Sejmu postuluje, aby Sejmowa Komisja Zdrowia podjęła inicjatywę ustawodawczą w powyższej sprawie [Przymus... 1995]. Jak długo potrwa poprawianie ustawy, trudno przewidzieć.

Polska ustawa psychiatryczna, choć posiada mankamenty, stworzyła jednak szereg możliwości kontrolowania nienaruszalności praw obywatelskich osób z zaburzeniami

⁵ nader swobodna prezentacja zapisu Ustawy. Decyzję o przyjęciu bez zgody „w trybie nagłym” podejmuje lekarz izby przyjęć szpitala psychiatrycznego nie tyle arbitralnie, co po stwierdzeniu zaistnienia przesłanek medycznych (choroba psychiczna) i prawno-społecznych (*spowodowane* chorobą, dotychczasowe zachowanie wskazuje na *bezpośrednie* zagrożenie życia chorego albo życia lub zdrowia innych osób) oraz spełnieniu warunków stanowiących gwarancje medyczno-administracyjne postępowania (osobiste zbadanie i zasięgnięcie w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry lub psychologa, wyjaśnienie choremu przyczyn przyjęcia bez zgody i poinformowanie go o jego prawach, odnotowanie tych czynności w dokumentacji). Dalszy ciąg tych gwarancji stanowią: zatwierdzenie tej decyzji przez ordynatora, zawiadomienie Sądu. Ustawa zapewnia też gwarancje sądowo-procesowe i sądowo kontrolne nad poprawnością tego postępowania [p. Dąbrowski S., Kubicki L.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień. IPiN, Warszawa 1994] (przyp. red. nac.).

⁴ informacja nieścista. Art. 45 nie uzależnia wysłuchania pacjenta przez sędziego od czyjegokolwiek wniosku, następuje ono z mocy samego prawa (przyp. red. nac.).

psychicznymi, dała prawne podstawy dla rozwoju nowoczesnej opieki psychiatrycznej. Przykładem są powstające sieci środowiskowych domów samopomocy, pozarządowe organizacje samopomocy byłych pacjentów i ich rodzin, czy też rzecznicy praw pacjenta. Ustawa ta działa od niespełna 2 lat, dlatego sporo zagadnień związanych z procedurami podejmowania decyzji o zastosowaniu przymusu leczenia jest jeszcze niemal nieznanymi u nas. Warto więc poznać doświadczenia ośrodków naukowych USA, kraju, gdzie sądowa praktyka wydawania nakazu przymusu leczenia psychiatrycznego stała się oczywistością w społecznej świadomości.

DOŚWIADCZENIA AMERYKAŃSKIE

Na los ludzi dotkniętych zaburzeniami psychicznymi można patrzeć z perspektywy osoby cierpiącej, albo z punktu widzenia społeczeństwa. Wybór między ochroną obywateli a potrzebą respektowania dóbr osobistych chorych psychicznie jest trudny i nierzadko bolesny. Stwierdzają to i prawnicy, i psychiatry, i psychologowie, przeżywający częsty konflikt pomiędzy wymogami profesjonalnymi a społecznymi. Konieczność wyboru między obroną jednostki a obroną społeczeństwa znajduje wyraz w ustawie regulującej procedurę przymusowej hospitalizacji, np. w USA. Od 1975 r. w wyniku ustawy Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych władze nie mogą ograniczać wolności pacjenta, odmawiającego dobrowolnego przyjęcia do szpitala. Wymagany jest dowód, że dana osoba jest chora psychicznie i stanowi zagrożenie dla siebie lub innych [Gutheil i wsp. 1991, Papolos 1994, Rosenhan, Seligman 1994]. W poszczególnych stanach obowiązują nieco odmienne procedury sądowe, różne też obowiązują w tych procedurach zabezpieczenia. We wszystkich wymaga się spełnienia warunku „psychicznego inwalidztwa” [Gutheil i wsp. 1991, Rosenhan 1994] lub co najmniej jednej z okoliczności: zmniejszenia

zdolności oceny sytuacji, potrzeby leczenia, zagrożenia dla siebie lub innych, niezdolności do samoopieki.

Ustawowe kryteria przymusu leczenia psychiatrycznego w USA wyrastają z dwóch brytyjskich zasad państwowo-prawnych: *parens patriae* (tu w szerszym znaczeniu rozumianej jako władza królewska, rodzicielska, sprawowanie opieki) i *police power* (władza policyjna). Pierwsza odnosi się do ochrony jednostki niezdolnej do zatroszczenia się o siebie (np. dzieci, upośledzeni, chorzy), co legło u podstaw kryterium narzucania leczenia dla dobra pacjenta. Druga zaś wiąże się z przynależnym władzy obowiązkiem utrzymania porządku społecznego i obrony swych obywateli przed skutkami chorób psychicznych, w szczególności przed jednostkami niebezpiecznymi. Z tej zasady wywodzi się ustawowe kryterium zagrożenia dla siebie lub innych, na mocy którego można zmusić jednostkę do leczenia zamkniętego w szpitalu psychiatrycznym. „Zagrożenie” nie jest w rozważanym kontekście terminem klinicznym, tylko pojęciem kryminologicznym, w dodatku odnoszącym się do przyszłych zachowań pacjenta.

Lata czterdzieste i pięćdziesiąte naszego stulecia to w Stanach Zjednoczonych era entuzjazmu dla psychiatrów i leczenia zaburzeń psychicznych. Wtedy to jedynym kryterium leczenia była zasada *parens patriae*. To lata wszechwładnego panowania lekarzy nad pacjentami, z nierzadkimi nadużyciami wobec tych ostatnich. W latach sześćdziesiątych powstał silny społeczny ruch obrońców wolnej woli chorego psychicznie, który doprowadził do likwidacji arbitralnych decyzji lekarzy o prawnym statusie obywatela. W jego wyniku od roku 1975 tylko sędzia, zachowując wszelkie rygory postępowania sądowego, może wydać decyzję o przymusowej hospitalizacji, po wcześniejszym przesłuchaniu stron – pacjenta i psychiatry stawiającego wniosek o przymusowe leczenie. Obie strony składają zeznania, bo zostaje wszczęte postępowanie prawne. Obie strony mają prawo do

korzystania z pomocy prawnej (adwokackiej), a werdykt wydaje niezawisły sędzia. Jeśli zostanie przekonany o słuszności argumentów psychiatry, wydaje nakaz przymusowej hospitalizacji. Jeśli zaś pacjent przekona go o swej zdolności do opieki nad samym sobą, czy też podważy zarzuty dotyczące bycia niebezpiecznym, pozostaje na wolności i wniosek lekarza zostaje oddalony. W takim przypadku lekarz może się liczyć z ewentualnością pozwu ze strony pacjenta o odszkodowanie za straty moralne, a nawet materialne.

Lata siedemdziesiąte i osiemdziesiąte – to okres spontanicznego i masowego powstawania organizacji samopomocy byłych pacjentów psychiatrycznych i ich rodzin oraz sieci rzeczników praw pacjenta, edukujących i wspierających ich prawnie i medycznie [Gutheil i wsp. 1991, Papolos 1994, Rosenhan, Seligman 1994]. Czyżby i nas w Polsce miała czekać taka ewolucja świadomości i zachowań społecznych dotyczących zaburzeń psychicznych i osób nimi dotkniętych?

Jak już wcześniej wspomniałam, głównymi „aktorami” w sądzie rozpatrującym wniosek lekarza o zastosowanie przymusu leczenia zamkniętego, są trzy osoby: pacjent, psychiatra i sędzia. Ich wzajemna relacja, wywieranie na siebie wpływu podczas sądowego przesłuchania oraz obserwacja wzajemnego zachowania, wymaga od każdej ze stron czujności, ostrożności, znajomości i respektowania procedur, choćby tylko z powodu kontradyktoryjności samego przesłuchania sądowego, testowania metodą *cross-examination* dowodów za i przeciw wnioskowi lekarza. Konfrontacyjny charakter przesłuchania może przynieść szkodę terapeutycznemu związkowi pomiędzy lekarzem i pacjentem lub zablokować możliwość powstania takiego związku. Z drugiej strony nie można zapomnieć, iż dla niektórych niezdecydowanych, ambiwalentnych pacjentów, wystąpienie lekarza o przymus leczenia zamkniętego może być przejawem jego troski, odpowiedzialności, poważnego traktowania pacjenta, co tylko wzmacnia zaufanie

chorego do psychiatry. Są też i tacy pacjenci, którzy chcieliby zostać hospitalizowani, ale bez wzięcia za to odpowiedzialności, nawet jeśli sąd podejmie decyzję oddalenia wniosku lekarza. Stąd podejmowanie decyzji o przymusie leczenia zamkniętego winno uwzględniać nie tylko wskazania medyczne, kryteria prawne, ale też wpływ sądowego przesłuchania na skutki ewentualnego dalszego leczenia psychiatrycznego.

Wyniki badań przeprowadzonych przez zespół naukowców z *Harvard Medical School* [Bursztajn i wsp. 1988, Gutheil i wsp. 1991] poświęconych procesowi podejmowania przez psychiatrów decyzji w przedmiocie przymusowego leczenia zamkniętego pozwoliły opracować model charakterystyki pacjenta, zawierający kryteria ustawowe i pozaustawowe, którymi ci posługują się przed wystąpienie z wnioskiem o ów przymus. Każdy z tych czynników oceniany jest na skali od 1 do 7, gdzie „1” oznacza brak lub bardzo słabe występowanie danego czynnika, a „7” – występowanie bardzo silne, wręcz dezorganizujące pacjenta – psychicznie, fizycznie i społecznie.

Wyróżnione grupy czynników, to:

kryterium prawne, ustawowe:

niebezpieczny dla innych, niebezpieczny dla siebie, niezdolny do zatroszczenia się o siebie

kryterium pozaustawowe:

- (1) psychiatryczna ocena diagnostyczna: chore/zdrowy, ostry wybuch choroby/stan chroniczny, potrzeba intensywnego leczenia zamkniętego/ambulatoryjnego, myśli psychotyczne, zachowania psychotyczne;
- (2) psychiatryczna prognoza: pacjent ambulatoryjny godny zaufania, utrzymujący równowagę psychiczną bez leków, pacjent ambulatoryjny wymagający leków
- (3) ocena psychospołeczna: miejsce zamieszkania, wiek, stan zamożności, zdolność do pracy, posiadanie rodziny, opiekowanie się innymi, wsparcie zewnętrzne – emocjonalne, społeczne, finansowe

- (4) czynnik interpersonalny: miły, łatwo nawiązujący kontakt, ujmujący, uwodzący, inteligentny, rezonujący, frustrujący innych, przestraszający, zniechęcający do siebie, zaniedbany, depresyjny, agresywny, niszczący;
 - (5) inne czynniki: pacjent dobrze znany lekarzowi wnoszącemu wniosek o przymus leczenia, pacjent uczestniczący w badaniach naukowych (jako tzw. obiekt badawczy).
-

Analiza odpowiedzi uzyskanych od psychiatrów, uczestniczących we wspomnianych badaniach, ujawniła posługiwanie się przez nich w pierwszym rzędzie kryteriami prawnymi, a potem dopiero pozaustawowymi. Ten zaskakujący wynik pokazuje, jak bardzo lekarze są ostrożni przy występowaniu z wnioskiem o zastosowanie przymusu leczenia, jak mocno chcą uniknąć oskarżenia o nadużycie zaufania pacjenta w razie odrzucenia wniosku przez sąd. Ponadto wynik ów mówi też i o tym, że stosowanie przez psychiatrów przede wszystkim kryteriów prawnych jest świadectwem liczenia się przez nich z przepisami proceduralnymi związanymi z pozbawianiem jednostki wolności osobistej. Stąd też silna tendencja do respektowania warunku, albo zagrożenia dla siebie, albo zagrożenia dla innych, albo niezdolności do zadbania o siebie przez pacjenta, jako głównego czynnika wystąpienia o nakaz hospitalizacji.

Kolejnym czynnikiem sprawdzanym w omawianych badaniach [Bursztajn i wsp. 1988, Gutheil i wsp. 1991] było kryterium pozaustawowe, jakim posługują się psychiatrzy w swych wnioskach o wydanie nakazu przymusowego leczenia. Badani wybierali z modelu charakterystyk pacjenta te, które wpływały na ich decyzję o wnioskowaniu przymusu i szacowali je na skali od -100 do +100, gdzie „-100” oznaczało bardzo silny związek z odrzuceniem wniosku, „0” – brak jakiegokolwiek związku z podejmowaniem decyzji za lub przeciw hospitalizacji, a „+100”

– bardzo silny związek z wnioskowaniem o zastosowanie przymusu leczenia.

Najsilniejszy związek z wnioskowaniem o przymusowe leczenie pacjenta w szpitalu psychiatrycznym wykazały oceny psychiatryczne (diagnostyczne i prognostyczne) dotyczące choroby, zachowania psychotycznego i potrzeby intensywnego leczenia farmakologicznego. Na drugim miejscu znalazły się czynniki psychospołeczne (szczególnie zdolność do pracy, posiadanie rodziny, miejsce zamieszkania, możliwość uzyskania wsparcia emocjonalnego, społecznego, finansowego). Na dalszym miejscu znalazł się czynnik interpersonalny (przestraszający, niszczący, agresywny, depresyjny, zniechęcający do siebie).

Powyższe dane wskazują, że kryterium pozaustawowe jest krokiem wstępnym przy szacowaniu konieczności wystąpienia z wnioskiem o zastosowanie przymusowej hospitalizacji wobec pacjenta. Psychiatra oceniając szansę powodzenia swego wniosku kieruje się w większym stopniu kryterium prawnym niż medycznym. Z tej perspektywy czynniki pozaustawowe są traktowane jako heurystyka przy subiektywnym ważeniu przez psychiatrę trzech prawnych wyznaczników „zagrożenia”, stwarzanego przez pacjenta psychiatrycznego. Ów dwupoziomowy proces podejmowania decyzji przez lekarza umożliwia mu w znacznym stopniu ograniczyć własne, potencjalne błędy decyzyjne w sprawie wolności osobistej swego pacjenta.

Na uwagę zasługuje fakt, że chociaż psychiatrzy kierują się w pierwszym rzędzie prawnym, ustawowym kryterium oceny pacjenta przy wnioskowaniu o jego przymusowym leczeniu zamkniętym, to pojęcie „zagrożenia” nie zostało przez nich w otwarty sposób zdefiniowane. Prawdopodobną przyczyną jest to, iż nie jest to termin kliniczny, a kryminologiczny. Należy przypomnieć, iż współczesna psychiatria nie dysponuje precyzyjnym określeniem tego terminu. Jego wieloznaczność skutkuje intuicyjnym ocenianiem zakresu i przewidywalności wystąpienia owego zagrożenia. Problemy naukowe

związane z przewidywaniem zagrożenia sprawiają, że przymusowa hospitalizacja może być stosowana nie tylko wobec osób „groźnych” [Papolos 1994, Rosenhan, Seligman 1994]. Skoro psychiatrzy posługują się z konieczności intuicyjnym szacunkiem zagrożenia stwarzanego przez pacjenta psychiatrycznego, to jak postępują sędziowie orzekający w sprawach o przymus hospitalizacji?

Sędzia musi sprostać kilku wymiarom procesu decyzyjnego. Po pierwsze z racji swej zawodowej funkcji musi uwzględnić w swej decyzji kryterium ustawowe. Od wnioskodawcy – psychiatry wymaga przedstawienia dowodów na to, że dana jednostka stanowi zagrożenie. Jak wykazały badania Hiday [za Gutheil i wsp. 1991] sędzia, jako prawnik, stosuje pięciowymiarową ocenę „zagrożenia”, traktowanego jako zachowanie otwarte. Pierwszym wymiarem jest typ zachowania – atak fizyczny lub zachowanie mające cechy ataku, faktyczny atak lub zagrożenie nim. Drugim jest powtarzalność takiego zachowania (jednokrotowe wyrządzenie szkody wskazuje na wyższy poziom samokontroli pacjenta niż w przypadku notoryczności uszkodzenia). Trzeci wymiar – to czas zajścia (bliskość w czasie, pierwszorazowość, mogą sugerować nieprzewidywalność dalszych zachowań pacjenta). Czwartym wymiarem oceny niebezpiecznego zachowania pacjenta jest dotkliwość skutków owego zachowania, a piątym – cel, obiekt agresji (własna osoba, inny człowiek lub oba cele na raz).

Im większa powtarzalność ocenianego zachowania, im świeższe w czasie jego pojawienie się, im dotkliwsze skutki dla innych (choć niekoniecznie dla pacjenta), tym większe prawdopodobieństwo podjęcia decyzji sędziowskiej o nakazie hospitalizacji. Nawet złożone pod przysięgą oświadczenie lekarza, zawierające ocenę zachowania pacjenta, nie jest w czasie przesłuchania stron wystarczającą przesłanką dla sędziego. Oczekuje on formalnych, sprecyzowanych, udokumentowanych świadectw wystąpienia groźnych postępów pacjenta, a świadectwa te podaje krytycznej ocenie procesowej.

Wyniki badań przeprowadzonych przez wspomniany już wcześniej zespół naukowców z *Harvard Medical School* [Bursztajn i wsp. 1986] poświęconych procesowi podejmowania przez sędziów decyzji w kwestii przymusowego leczenia psychiatrycznego, ujawniły zaskakującą prawidłowość (równie zaskakującą jak w przypadku psychiatrów decydujących się na wniesienie wniosku o zastosowanie owego przymusu). Przeważająca większość sędziów, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniach, zadeklarowała, iż w swych decyzjach częścię kierują się zasadą *parens patriae* (ochronianie jednostki niezdolnej do zatroszczenia się o siebie) niż tylko ustawowym kryterium zagrożenia dla siebie lub innych, wyrastającym z zasady „władzy policyjnej”, mającej obowiązek ochraniać obywateli przed jednostkami niebezpiecznymi (*police power*). Spośród czynników pozaustawowych najczęściej uwzględniali oni: (1) przekonujące oceny psychiatryczne (tak diagnostyczne, jak i prognostyczne) dotyczące możliwości zawierzenia pacjentowi, iż będzie korzystał z leczenia ambulatoryjnego, otwartego; (2) przekonującą diagnozę i prognozę psychiatryczną, iż obecnie i w najbliższej przyszłości jest on zdolny do opieki nad sobą; (3) ocenę zachowań interpersonalnych pacjenta i posiadanie przez niego źródeł wsparcia społecznego i emocjonalnego, a w razie potrzeby i finansowego. Te trzy pozaustawowe czynniki decyzji sędziego o nakazie leczenia zamkniętego są zbieżne z kryteriami, którymi posługują się psychiatrzy, występując do sądu z wnioskiem o wydanie takowego nakazu dla określonego pacjenta. Można wręcz mieć wrażenie, że sędziowie i psychiatrzy zamieniają się ze sobą rolami. Lekarz uwzględnia w pierwszym rzędzie kryterium zagrożenia stwarzanego przez pacjenta, na drugim zaś planie eksponuje uzasadnienia psychiatryczne i psychospołeczne. Natomiast sędzia stosuje najpierw ocenę psychiatryczną i społeczną, a potem miarkuje stopień zagrożenia towarzyszący postępowaniu pacjenta.

Należy zaznaczyć, iż amerykański system prawny i medyczny preferuje leczenie dobrowolne, dlatego też oba skłaniają się do nie-

stosowania przymusu. Stąd nakazy sądowe nie są zbyt częstym zjawiskiem. Zamienianie się rolami przez sędziego i psychiatrę jest odzwierciedleniem nieodłącznego napięcia, jakie towarzyszy wyborowi pomiędzy zasadą „władzy rodzicielskiej” i „władzy policyjnej” (*parens patriae versus police power*). Dlatego równoczesne stosowanie kryteriów psychiatrycznych i ustawowych przez obie strony wypowiadające się o przymusie leczenia zamkniętego, sprzyja dobru pacjenta.

Jak pokazują omówione powyżej badania poświęcone procesowi decyzyjnemu sędziów i psychiatrów w kwestii przymusu hospitalizacji, obie strony posługują się wieloma wskaźnikami przy podejmowaniu takiej decyzji. Pozwalają one domyślać się, jak zawiły jest ów proces decyzyjny, u podstaw którego leży konieczność wyboru pomiędzy respektowaniem prawa do autonomii jednostki a prawem ogółu obywateli do obrony przed skutkami zaburzeń psychicznych. Paradoksalnie, prawa mogą być ograniczane przez prawo (*ius versus lex*). Wybór bywa trudny, wręcz bolesny, wymagający sporej wiedzy nie tylko prawniczej, ale też psychiatrycznej i psychologicznej. Niejednokrotnie jest to wybór nieunikniony – dla obu stron: psychiatrów i sędziów.

PIŚMIENNICTWO

1. Bursztajn H., Gutheil T., Mills M.J., Hamm R.H., Brodsky A.: Process analysis of judge's commitment decision: a preliminary empirical study. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143, 170–174.
2. Bursztajn H., Gutheil T., Hamm R.M., Brodsky A., Mills M.J.: Parens patriae considerations in the commitment process. *Psychiatry* 1988, 59, 165–181.
3. Gutheil T., Bursztajn H., Brodsky A., Alexander V.: Decision making in psychiatry and the law. *Williams & Wilkins, Baltimore* 1991.
4. Mazurkiewicz J., Zaporowska J.: Pięć dni w szpitalu. *Rzeczpospolita*, 1.11.1995.
5. Papolos D.F., Papolos J.: Przewyciężyć depresję. *Dom Wyd. Rebis, Poznań* 1994.
6. Pietrzyk A.: Psycholog kliniczny wobec dylematu przymusowej hospitalizacji pacjenta. Referat wygłoszony na sympozjum naukowym nt. świadomości etycznej psychologów, Katowice, 15.11.1995 (w druku).
7. Pietrzyk A.: Sądowe orzekanie w sprawach o przymus hospitalizacji – model harwardzki. (Maszynopis wysłany do „Palestry” 1996).
8. Przymus tylko z nakazem sądowym. *Rzeczpospolita*, 19.12.1995.
9. Rosenhan D.L., Seligman E.P.: *Psychopatologia*. T. 2. PTP, Warszawa 1994.
10. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. *Dz. U. z 1994 r., nr 111, poz. 20.*

Adres: Dr Agnieszka Pietrzyk, Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Śląskiego, ul. Grażyńskiego 53, 40-126 Katowice