



## Między powinnością a bezradnością – Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w praktyce psychiatrii środowiskowej. Opis pięciu przypadków

*Between regulations and helplessness – the Mental Health Act in the practice of community psychiatry. A report of five cases*

KATARZYNA MAJCHRZAK, ZBIGNIEW MALESZAK, JOLANTA MORAWSKA

Ze Środowiskowego Domu Samopomocy Stowarzyszenia  
na Rzecz Osób Zaburzonych Psychiczenie i ich Rodzin „Przystań” w Katowicach

**STRESZCZENIE. Cel.** Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego określa warunki, w jakich pacjent ma prawo do leczenia. Powołuje również do życia środowiskową opiekę psychiatryczną. Jednym z jej zadań jest pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi, które mimo wyraźnych wskazań medycznych nie mogą lub nie chcą korzystać z leczenia psychiatrycznego. Celem tej pracy jest przedstawienie rozbieżności między niektórymi zapisami Ustawy a możliwością realizacji ich w praktyce. **Przypadki.** Opisujemy przypadki pięciu „typowych” pacjentów, których nie można skierować na leczenie lub umieścić w DPS mimo wskazań art. 29 lub 39 Ustawy. Artykuł 30 tej samej Ustawy ustanawia bowiem wymóg, by do wniosku do Sądu dołączone było zaświadczenie lekarza zatrudnionego w „publicznej placówce służby zdrowia”. **Komentarz.** Wobec pacjentów psychiatrii środowiskowej, ze względu na specyfikę ich choroby, zdobycie takiego zaświadczenia jest niejednokrotnie niemożliwe. W świetle obowiązującego prawa nie udaje się doprowadzić do leczenia bez ich zgody. Z naszych doświadczeń wynika, że prowadzi to do degradacji społecznej lub zdrowotnej, a nawet do przedwczesnego zgonu niektórych pacjentów. W obecnej postaci Ustawa nie chroni ich interesów.

**SUMMARY. Aim.** The Mental Health Act specifies conditions under which the patient has the right to treatment. Moreover, the Act provides legal grounds for community-based psychiatric care delivery. One of tasks of the latter is to help persons with mental disorders who cannot or do not wish to receive psychiatric treatment despite clear medical indications. The aim of the article is to outline discrepancies between some regulations of the Act and feasibility of their implementation in practice. **Case reports.** Five “typical” cases are described of patients who cannot be referred to treatment or placed in a nursing home despite indications in agreement with the provisions of Articles 29 or 39 of the Act, since Article 30 of the same Act requires that to any motion brought forward to the court a certificate should be enclosed – and the certificate must be issued by a physician “employed in a public health care facility”. **Comments.** Due to specific features of their illness, it is often impossible for community psychiatry patients to obtain such a certificate. In the light of the law in force it is unfeasible to start their treatment without their consent. It follows from our experience that such a situation leads to their social degradation or deterioration of their illness, and sometimes even to premature death of these patients. In its current formulation the Act does not protect their interests.

---

**Słowa kluczowe:** choroba psychiczna / Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego  
**Key words:** mental disorders / Mental Health Act

---

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego powołując do życia środowiskową opiekę nad osobami chorymi psychiczenie niekiedy

jednocześnie skutecznie utrudnia działania na rzecz chorych. Reforma opieki zdrowotnej, umożliwiając powstanie sieci NZOZ, lecz

zarazem redukując znacznie liczbę publicznych ZOZ spowodowała, że opieka ta napotyka czasem na jeszcze większe przeszkody.

Psychiatria środowiskowa dociera często do tych spośród chorych, dla których jednym z głównych objawów choroby jest sprzeciw wobec leczenia, a których życie ma być dowodem na to, że oszalał świat, a nie oni, i którzy z własnej woli nie poddadzą się leczeniu. Mimo że choroba rujnuje ich życie i zdrowie, powoduje wypadanie na margines społeczeństwa i degradację oraz szkodzi rodzinom. Wobec wielu z nich, mimo oczywistych wskazań medycznych, nie można podjąć działań w myśl artykułu 29 lub 39 Ustawy, ponieważ Sądy zwracają wnioski, egzekwując zapis o konieczności stwierdzenia potrzeby leczenia przez lekarza publicznej placówki służby zdrowia<sup>1</sup>. W wielu przypadkach – np. ludzi bezdomnych, nieubezpieczonych, nieopuszczających mieszkania czy uporczywie unikających stawienia się na badanie w PZP – nie ma możliwości skompletowania dokumentacji odpowiadającej wymogom Ustawy. Publiczne poradnie nie prowadzą już wizyt domowych, nie mają pieniędzy na sfinansowanie dowozu karetką na badanie pacjenta, który jeszcze się w nich nie leczył (a nawet i takiego, który przerwał leczenie), nie są w stanie wyegzekwować tego od służb porządkowych. Powstaje błędne koło, w którym w działania na rzecz chorego zaangażowane są pomoc społeczna, psychologowie i psychiatrzy opieki środowiskowej, policja, administracje budynków, sąsiedzi i inne służby, jednak brak możliwości uzyskania opinii lekarskiej z pieczęcią publicznego ZOZ sprawia, że doprowadzenie do hospitalizacji wbrew woli bywa niemożliwe. Gdzieś w regulacjach prawnych pojawiła się bowiem szczelina i w niej przepadają

– czasami na zawsze – chorzy ludzie. Czasem nie pozostaje nic, jak tylko towarzyszyć im w tej podróży na dno, starając się różnymi działaniami *socjalnymi zagłuszyć bezradność*.

Czasami udaje się omijać tę szczelinę ponieważ są jeszcze w PZP lekarze, dla których dobro pacjenta znaczy więcej niż karta chłopowa, opłata z kasy chorych czy trzymanie się nie przystających do rzeczywistości przepisów, ale zmusza ich to do działania na pograniczu prawa i nie powinno stać się regułą.

W wielu innych przypadkach nie udaje się zrobić nic. Przedstawiamy poniżej kilka przypadków. Wybrane zostały z wielu tak, by charakteryzować te grupy pacjentów, wobec których nie udaje się podjąć skutecznych działań zmierzających do leczenia, pomimo iż istnieją po temu wyraźne wskazania medyczne i społeczne. Wobec żadnego z przedstawianych pacjentów nie istniały wskazania do zastosowania art. 23 Ustawy.

## OPISY PRZYPADKÓW

### Przypadek 1

Mężczyzna lat 36, fizyk, pracownik uniwersytetu.

Od 1992 roku leczony w PZP. W 1999 roku dwukrotnie hospitalizowany z rozpoznaniem: osobowości schizoidalnej i osobowości anankastycznej. Wypisany na własną prośbę. W miarę nasilania się objawów zaniechał leczenia i złożył wypowiedzenie w pracy. Rozpoczął się stopniowy marsz ku degradacji społecznej i zdrowotnej. Był zaradny, jednak coraz bardziej skłócony ze światem. Odrzucał wszelkie formy zinstytucjonalizowanego życia. Nie zgadzał się na pisemne potwierdzenie otrzymania zasiłku, wypełnienie dokumentów umożliwiających przyznanie dodatku mieszkaniowego, chciał otrzymywać pomoc „po ludzku” – bez formalności. Prezydentowi RP odesłał dowód osobisty wraz z zawitym listem wyjaśniającym, dlaczego chce zostać bezpaństwowcem. Początkowo odesłał kluczyki od skrzynki i przestał przyjmować przesyłki. Wypowiedział umowę najmu mieszkania oraz umowy z elektrownią i gazownią – chciał

<sup>1</sup> w przygotowanej nowelizacji Ustawy opisany problem znalazł oczekiwane rozwiązanie, lecz termin uchwalenia i wprowadzenia w życie tej noweli trudno przewidzieć. Niezależnie jednak od tego, artykuł stawia bardzo fundamentalne pytania, które nie tracą ważności nawet po zmianie cytowanego przepisu Ustawy, a które zasługują na wnikliwą dyskusję (przyp. red.).

renegocjacji warunków. Media zostały odłączone, eksmisji udało się zapobiec.

Rzadko otwierał drzwi i żadnych kontaktów nie podtrzymywał dłużej niż kilka miesięcy. Co jakiś czas odnawiał kontakt z psychologiem, by „za chwilę” z niego zniknąć. Sprawiał wtedy wrażenie spragnionego rozmowy. Jego wypowiedzi były zawile, rezonerskie, momentami nielogiczne, a gdy tracił poczucie kontroli nad przebiegiem rozmowy bywał poirytowany, agresywny werbalnie, uszczypliwy. Był dumny ze swojej samodzielności i zaradności, kiedyś pokazywał z zadowoleniem parę jeansów, które „zmajstrował” z dwóch za małych par, tak by pasowały i wyglądały porządnie. Choć coraz bardziej wychudzony, był schludny i zadbany. Na parapecie hodował prymulki. Umieblowanie mieszkania zredukował do biurka z komputerem i krzesła, spał na podłodze. Każde z działań miało swoje zawile, filozoficzne wyjaśnienie. Żywili go sąsiedzi, płacili za drobne przysługi – mieszkał w dawnym hotelu asystenckim, był więc znany lokatorom.

Nie zgadzał się na leczenie ani nie zgłaszał się na wezwania na badanie do PZP. W jego wizji świata jako spisku absurdalnych instytucji, których celem jest odczłowieczanie i ograniczanie wolności, psychiatrzy zajmowali wysoką, negatywną pozycję. Jego urojeniowa interpretacja rzeczywistości utkana była misternie wokół pojęć nieufności i zaufania, człowieczeństwa, podmiotowości i wolności. Był całkowicie bezkompromisowy i bezkrytyczny. Kilkakrotnie udało się zaaranżować konsultacje psychiatryczne w domu pacjenta i każda z nich stwierdzała jednoznacznie potrzebę leczenia. Sąd zwracał wnioski ponieważ badania nie przeprowadzał lekarz publicznej placówki opieki zdrowotnej i odbywało się ono w domu pacjenta. W uzasadnieniu, jak na ironię pojawiało się sformułowanie: „Powyższe uregulowanie ma na celu ochronę osób, których postępowanie dotyczy, przed nieuzasadnionym względami merytorycznymi wszczęciem postępowania”. Na początku roku 2003 pacjent stracił przytomność. Został przewieziony na oddział

neurologiczny a potem do hospicjum. Zmarł, z powodu zaawansowanego guza mózgu. Batalia o jego leczenie trwała 3 lata.

## Przypadek 2

Kobieta lat 43, wykształcenie średnie, zamężna, dwie córki 15 i 17 lat, nieleczona psychiatrycznie.

W roku 1998 mąż pacjentki zaniepokojony agresywnymi zachowaniami żony i trudnościami w kontakcie z nią złożył wniosek do Sądu o wydanie zarządzeń opiekuńczych. Małżonków skierowano na terapię, a rodzinę objęto nadzorem kuratorskim. W czerwcu 2002 pracownik socjalny, ze względu na niemożność nawiązania rzeczowego kontaktu z podopieczną, zgłosił potrzebę konsultacji psychologicznej i psychiatrycznej. Pacjentka wpuściła do domu przeprowadzających badanie, jednak nie odpowiadała wprost na pytania zmuszając do odpowiedzi młodszą z córek. Przez około godzinę córka stała na baczność naprzeciw matki i zmuszona była do odgadywania odpowiedzi – za odpowiedź niezgodną z oczekiwaniami, matka karała ją słownie lub szarpiąc za ubranie. Na nasze próby przejęcia kontroli nad przebiegiem rozmowy reagowała złością adresowaną do córki. W trakcie badania pacjentka wielokrotnie wykonywała ten sam gest, który w zależności od kontekstu znaaczył wiele różnych rzeczy, a zadaniem dziecka było odgadnąć aktualne znaczenie. Z czasem treści wypowiedziane przez pacjentkę były coraz bardziej nielogiczne i coraz bardziej wskazywały na występowanie urojeń o charakterze prześladowczym. W spisek włączane były coraz to nowe osoby – obok męża i kuratorki, zakład pracy męża, sąsiedzi, rodzina. Na naszych oczach rozgrywała się scena nieprawdopodobnej wręcz przemocy psychicznej.

Z wywiadu obiektywnego wiadomo, że atmosfera taka utrzymuje się w domu pacjentki już od dawna. Dziewczynki żyją w lęku przed nieprzewidywalną, racjonalnie nieuzasadnioną agresją. Są izolowane od życia społecznego, wychodzą tylko do szkoły, są poddane stałej i całkowitej kontroli. Mąż będący głównym celem ataków wyprowadził się,

lecz utrzymuje rodzinę. W szkole, do której chodziła starsza córka kilkakrotnie zauważono siniaki w miejscach typowych dla pobicia. Dziewczynka zaprzeczała pobiciu. Na poziomie bytowym dzieci były zadbane, czyste, w domu panował porządek.

Pacjentka nie zgodziła się podjąć leczenia. Nie zgłosiła się do PZP. Nasza wizyta trwała ponad godzinę ponieważ pacjentka zabroniła nam opuścić mieszkania i po około 15 minutach „przepychanki” zmuszeni byliśmy do użycia siły, by się z niego wydostać. Lekarz psychiatra postawił rozpoznanie zespołu paranoidalnego i stwierdził potrzebę leczenia bez zgody. Dwukrotnie kierowaliśmy w tej sprawie wnioski do Sądu szczerogłowo uzasadniające potrzebę leczenia. Dwukrotnie zwrócone z powodu braku zaświadczenia lekarza publicznej placówki służby zdrowia. Koszmar trwa.

### Przypadek 3

Kobieta, lat 69, rencistka, wdowa, nie leczona psychiatrycznie.

Od ponad pięciu lat – od śmierci syna – nie opuszczała mieszkania, które od podłogi aż po sufit wypełniła szmatami, słoikami, gazetami itp., przez co sprawiało wrażenie jaskini o szerokości 1,5 m. W zależności od pory roku, z mieszkania wydobywał się mniej lub bardziej intensywny odór moczu i rozkładu. Ze światem pacjentka kontaktowała się wyłącznie przez okno – mieszkanie znajduje się na parterze. Tą drogą sąsiedzi podawali jej żywność, zakupy, a czasem po otrzymaniu renty odbywały się tam „zakrapiane” spotkania towarzyskie. Środkami dysponowała nieracjonalnie, przez większość miesiąca żyła dzięki pomocy sąsiadów, nie opłacała czynszu ani mediów, które zostały wyłączone. Do oświetlania używała świeczek, paliła papierosy, co wobec wyglądu mieszkania i faktu nadużywania alkoholu stanowiło zagrożenie pożarowe i przerażało sąsiadów. Mieszkanie nie było ogrzewane, a ponieważ znajduje się na parterze, zimą panują w nim ujemne temperatury. Nikogo nie wpuszczała do mieszkania i w ogóle nie używała drzwi. Odmawiała

przyjęcia jakiegokolwiek pomocy. Twierdziła, że codziennie ciepłe obiady przynosi jej teść, jednak wywiad obiektywny tego nie potwierdzał. Pacjentka twierdziła, że jedną z przyczyn, dla których nie opuszcza mieszkania jest schorzenie nóg – stała z trudem, a na podudziach widoczne były jątrzące się rany i wybroczyny (nie leczyła się, odmawiała podpisania deklaracji, na podstawie której można by wezwać lekarza rodzinnego).

Pacjentka nie widziała w swoim sposobie życia niczego dziwnego, skargi sąsiadów uważała za złośliwe i bezpodstawne. Twierdziła, że nie ma żadnych problemów i niczego od nikogo nie potrzebuje. Wszelkie próby konfrontacji z faktami niezgodnymi z jej obrazem świata wywoływały agresję i zerwanie kontaktu.

W kontakcie bywała wulgarna i nieadekwatna, nastrój labilny, często obniżony, wypowiedzi czasami nielogiczne, Cierpiała na zaburzenia pamięci i orientacji, była całkowicie bezkrytyczna wobec własnej sytuacji bytowej i zdrowotnej. Twierdziła, że wnosi wszystkie opłaty, a dowody wpłat pogubiła. Była zaniedbana, zawszona i brudna. W trakcie konsultacji psychiatrycznych – odbywających się przez okno – postawiono rozpoznanie zespołu otepiennego i stwierdzono potrzebę umieszczenia w DPS bez zgody. Niestety doświadczenie uczy, że w tej sytuacji nie ma możliwości, by spełnione zostały formalne wymogi złożenia wniosku o umieszczenie w DPS bez zgody.

### Przypadek 4

Mężczyzna, lat 26, wykształcenie średnie, nieleczony psychiatrycznie, mieszka z rodzicami.

Wychował się w rodzinie pełnej, starsza siostra opuściła już dom, pacjent podjął studia na ekonomiczne. Gdy nie zaliczył jednego z egzaminów III semestru, stopniowo zaczął się wycofywać z życia społecznego, przerwał studia. Obecnie już od pięciu lat prawie nie opuszcza domu, nie podjął aktywności zawodowej.

Matka zgłosiła się do PZP szukając pomocy, lecz dowiedziała się, że syn musi zgło-

sić się osobiście, by uzyskać poradę, poradzania nie prowadzi bowiem wizyt domowych. Syn się nie zgłosi. Stanowczo odmawia. Mówi: chcesz to idź się leczyć sama. Podjęłam kontakt mający na celu diagnozę sytuacji rodzinnej i udzielenie wsparcia matce pacjenta. Wobec trudnej sytuacji ojciec wycofał się z życia rodzinnego – dużo pracuje.

W trakcie wizyt udało się nawiązać kontakt z pacjentem. Demonstrował niezadowolenie, lecz podjął rozmowę. Przez cały czas stał blisko drzwi gotowy do wyjścia w każdej chwili. Wielokrotnie wyrażał brak zaufania, był opryskliwy. Odpowiedzi miały charakter rezonerski i wyraźnie rządziły się wewnętrzną logiką pacjenta. Sprawiał wrażenie całkowicie „wypranego” z popęduwości. Cierpiał na zaburzenia rytmów dobowych, noce spędzał przy komputerze, korzystał z internetu. Napęd i nastrój były chronicznie obniżone, nie przejawiał zainteresowania kontaktami społecznymi. Nie miał planów na przyszłość, nie widział w swojej sytuacji nic nienaturalnego. Był całkowicie bezkrytyczny wobec własnej sytuacji, nie poszukiwał pracy, nie był ubezpieczony. Na wszelkie próby postawienia granic przez rodzinę reagował bierną lub bezpośrednią agresją adresowaną głównie do matki. Po kolejnej z wizyt u niej zaatakował matkę, krzyczał, był wulgarny rzucił w nią butelką. Zagroził, że dopiero pokaże na co go stać, jeśli wizyty psychologa się nie skończą. Matka wyjechała na jakiś czas. Boi się, że syn zaatakuje ją podczas snu – tak się już zdarzało. Ponieważ znikome są szanse na spowodowanie podjęcia leczenia, po uzgodnieniu z matką – kontakt zawieszono. Postępuje degradacja społeczna pacjenta. Czy podzieli los następnego pacjenta?

### **Przypadek 5**

Pacjent lat 39, wykształcenie średnie, bezrobotny, wcześniej nieleczony psychiatrycznie.

Dwa lata temu zgłoszono potrzebę objęcia pomocą w postaci środowiskowej opieki psychologicznej pacjenta, któremu zmarła matka. Przez całe dorosłe życie pozostawał na jej wyłącznym utrzymaniu i w związku z jej

nagłą śmiercią pozostał bez środków do życia. Nigdy nie pracował, ani nie próbował podjąć pracy zarobkowej. Uważał, że jest stworzony do wyższych celów, tzn. zostanie gwiazdą rocka, jest wcieleniem Jimmy Hendrixa. Jego aktywność życiowa sprowadzała się do gry na gitarze, słuchania płyt z muzyką rockową, zaś całą odpowiedzialność za sprawy życia codziennego oraz utrzymanie ponosiła matka. Z trudem nawiązywał kontakt i przez długie miesiące przejawiał duży opór wobec podjęcia leczenia u lekarza psychiatry. Był negatywnie nastawiony do lekarzy, ponieważ uważał, że uśmiercili oni jego matkę. Sam nigdy nie był zarejestrowany w żadnej poradni i leczył się jedynie u bioenergoterapeuty. W trakcie pracy powoli, udało się namówić pacjenta, by zgodził się na wizytę domową psychiatry i od tej pory zaczął on nieregularnie korzystać z takich konsultacji w poradni – nie przyjmował jednak leków i nie chciał zgodzić się na hospitalizację. Rozpoznano zaburzenia schizotypowe i podjęto działania mające na celu ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Aktualnie stan pacjenta znacznie się pogorszył. Na pierwszy plan wysunęły się przede wszystkim zaburzenia procesów myślenia: charakteryzuje je brak realizmu, dominuje myślenie magiczno-życzeniowe. Jest nieufny, podejrzliwy, przypisuje wrogie intencje prowadzącym go psychologowi i psychiatrze. Jest dziwaczny, wiele jego zachowań jest sztywnych i silnie zrytualizowanych. Zaprzecza swojej sytuacji, ma wizje, że będzie bogaty, że wygra w toto-lotka lub dostanie spadek. Wierzy, że ma zdolności parapsychiczne i że umie przewidywać przyszłość. Równocześnie nie radzi sobie z funkcjonowaniem w życiu codziennym (zadłużenie czynszowe wynosi 5000 zł, grozi mu wyłączenie mediów, odcięcie telefon), mieszkanie stopniowo obraca się w ruinę, jest coraz brudniejsze i coraz bardziej zaniedbane. Pacjent nie potrafi przewidzieć konsekwencji swoich zachowań. Często chodzi głodny – jest wychudzony i zaniedbany. Przejawia bezradność w załatwianiu spraw urzędowych i wymaga stałego monitorowania w tym zakresie. Jest jak dziecko,

które wymaga stałej opieki i prowadzenia za rękę. Często przejawia opór i utrudnia działania mające na celu uregulowanie jego sytuacji socjalno bytowej, która stale się pogarsza.

Zdecydowano, iż zasadne byłoby wnioskowanie o przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody. W lutym 2003 r. złożono odpowiedni wniosek wraz z załącznikami. Wniosek został zwrócony, ponieważ opinia lekarza psychiatry ma pieczętę z NZOZ, gdzie zatrudniony jest lekarz prowadzący, który z takim trudem zdobył zaufanie pacjenta. Sytuacja okazała się bez wyjścia, ponieważ pacjent nie zgadza się na wizytę u innego psychiatry, w publicznej placówce, której pieczętka jest niezbędna.

## KOMENTARZ

Nie jest naszą intencją leczenie wszystkich i za wszelką cenę. Czasami decyzja o potrzebie podjęcia leczenia bez zgody trwa długo i podejmowana jest po wyczerpaniu wszelkich dostępnych działań i metod pracy z pacjentem. Nie jest też naszą intencją ograniczanie czyjejkolwiek wolności wyboru stylu życia, uważamy jednak, że jeśli wybór ten jest autodestrukcyjny i jest wynikiem zaburzeń psychicznych pacjent ma prawo do leczenia. A naszym obowiązkiem jest do niego doprowadzić nawet, jeśli aktualnie pacjent nie wyraża na nie zgody. Z doświadczenia wiemy, że po jego zakończeniu pacjenci nadal współpracując z tym samym psychologiem i lekarzem wracają do zdrowego funkcjonowania. Otoczeni wsparciem psychologicznym i socjalnym, prowadzeni farmakologicznie.

Najbardziej dramatycznymi momentami w naszej pracy z tą grupą pacjentów są te kiedy nasze działania rozbijają się o przeszkody formalne. A te okazują się niemożliwe do pokonania:

- kiedy okazuje się, że lekarz psychiatra w trakcie wizyt w środowisku traci swoje uprawnienia i wiarygodność tzn. wydane przez niego zaświadczenie stwierdzające potrzebę leczenia nie jest ważne dla Sądu, gdy nie ma pieczętki publicznej placówki służby zdrowia,

- kiedy prowadząc pacjenta w niepublicznym ZOZ lekarz psychiatra nie jest władny, by złożyć wniosek do Sądu w myśl art. 29 lub art. 39 Ustawy, gdy stan pacjenta tego wymaga,
- kiedy pacjent nie zgłasza się na badanie lub nie otwiera drzwi, a cały wywiad wskazuje na występowanie poważnych zaburzeń psychicznych – Ustawa nie zawiera jasnego algorytmu postępowania, a w takich sprawach odpowiedzialność lubi się rozmywać,
- kiedy pacjent jest bezdomny i nie ma możliwości doręczenia wezwania na badanie lub rozprawę,
- kiedy mimo zgłoszenia do PZP szczegółowo opisanego przypadku, w którym okoliczności i opinia psychologiczna wskazują na bezwzględną potrzebę leczenia, nie następuje nic.

Nie znamy odpowiedzi na pytanie jak rozstrzygnąć dylematy moralne dotyczące granic wolności i tego czy „system” ma prawo kontrolować jednostkę i jej prawo do śmierci. Kontaktujemy się z konkretnymi osobami i wiemy, że droga, którą podążają wynika z ich zaburzonego postrzegania rzeczywistości. Że choroba zaburzyła w nich to, co Profesor Kępiński [Kępiński, 1992] opisał jako pierwsze prawo biologiczne, czyli innymi słowy instynkt samozachowawczy – czasami wiodąc prostą drogą do śmierci, czasami ku zatruceniu, życiu na marginesie, w warunkach ogólnie uznanych za niegodne. W opisanych powyżej przypadkach i wielu innych, ze względu na obowiązujące prawo, jesteśmy bezradni.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J: *Psychiatria*, tom 3, Urban & Partner, Wrocław 2003.
2. Dąbrowski S, Pietrzykowski J: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. IPiN, Warszawa 1997.
3. Kępiński A: „Rytm życia”, art. „O biologiczny model w myśleniu psychiatrycznym”, *Wyd. Sagitarius*, Warszawa 1992, s. 191–196.
4. Kokoszka A, Drozdowski P (red.): *Wprowadzenie do psychoterapii*, art. „Psychoanalityczna terapia wspierająca”, *Collegium Medicum UJ*, Kraków 1993, s. 25–30.