

*Marta Lang*

## **Doktryna paternalizmu w odniesieniu do osób psychicznie chorych**

### **Definicja pojęcia „paternalizm”**

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie problemu postawy paternalistycznej państwa i medycyny w stosunku do osób psychicznie chorych czy też – używając terminologii polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie sposób jednak rozpocząć tego typu rozważań bez przywołania samej istoty zjawiska paternalizmu, a także bez ograniczenia zakresu pojemnego pojęcia na potrzeby niniejszych rozważań.

Paternalizm szeroko rozumiany to postawa czy też cecha działań jednego podmiotu w stosunku do drugiego podmiotu, charakteryzująca się podobieństwem do działań ojca mającego na celu dobro dziecka. Już źródłosłów słowa „paternalizm”, wskazujący na relację nadrzędności ojciec–dziecko, odślania konieczny dla postawy paternalistycznej element, a mianowicie stosunek podporządkowania występujący pomiędzy podmiotem działającym a podmiotem, w interesie którego się działa w przypadku przyjęcia postawy paternalistycznej.

Pojęcie „paternalizm” w języku filozoficznym i prawnym pojawiło się jako określenie relacji państwa (rządu) do społeczeństwa (jednostek). Oxfordzki słownik języka angielskiego datuje termin „paternalizm” na rok 1880 i podaje następujące jego znaczenia źródłowe: zasada i praktyka administracji państwowej, rządu przyjmującego pozycję ojca w stosunku do społeczeństwa, założenie powinności państwa zaspokajania potrzeb i regulowania życia społeczeństwa w sposób podobny do ojca czyniącego to

w stosunku do swych dzieci<sup>1</sup>. Tak więc według źródłowej definicji podmiotem działającym jest państwo, a podmiotem podporządkowanym jednostka.

Stwierdzenie, że paternalizm to działanie państwa dla dobra podporządkowanego mu społeczeństwa jest jednak zbyt ubogie, by mogło oddać w pełni istotę tego zjawiska we współczesnym jego rozumieniu, adekwatnym do tematu niniejszego artykułu. Po pierwsze, w tym kształcie definicji nie zawiera się jeszcze problem pogwałcenia wolności jednostek przez działania paternalistyczne, a według niektórych autorów jest to problem centralny dla zagadnienia paternalizmu, bez którego pojęcie to nie istnieje<sup>2</sup>. Nie mogę się z tym poglądem zgodzić, mając na uwadze źródłową definicję pojęcia, według której paternalizm jest przede wszystkim działaniem „dla dobra”. Problem autonomii podmiotu, na dobro którego nakierowane są te działania, jest problemem wtórnym, implikowanym przez postawę paternalistyczną. Z drugiej jednak strony konieczny stosunek podporządkowania pomiędzy członkami relacji paternalistycznej wskazywałby na to, że pojawienie się problemu autonomii jednostki jest tu nieuchronne.

Dla potrzeb niniejszego artykułu przyjmuję, że paternalizm w znaczeniu źródłowym to paternalizm *sensu largo*. Tam zaś, gdzie rozumiemy go przede wszystkim przez pryzmat poszanowania wolności, gdzie występuje działanie dla czyjegoś dobra, lecz bez jego zgody czy wręcz wbrew jego woli, będziemy mówić o paternalizmie *sensu stricto*. Tylko w tym rozumieniu odnosić będę pojęcie paternalizmu do postawy państwa oraz instytucji medycznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Nie będę natomiast rozważać zagadnień związanych z tym, co nazwałam paternalizmem *sensu largo*. Opiekuńcza postawa państwa w stosunku do jednostek słabszych, jakimi są osoby psychicznie chore, wyrażająca się między innymi w dążeniu do zapewnienia im odpowiedniego poziomu życia i opieki lekarskiej, nie może budzić kontrowersji czy zarzutów z pozycji antypaternalistycznych. To właśnie brak takiej postawy, uzasadniany skrajnie liberalną koncepcją państwa ograniczonego do roli „stróża nocnego”, mógłby dać tu pole do dyskusji. Nie sposób jednak nie zauważyć faktu, że to właśnie państwo opiekuńcze daje impuls do działań, które, dążąc do dobra jednostki, mogą naruszać obszar jej autonomii. Spory nad zasadnością szeroko rozu-

<sup>1</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1989, s. 212.

<sup>2</sup> Wynika to z definicji paternalizmu podawanych w pracach: R. Dworkin, *Paternalism*, [w:] *Morality and the law*, pod red. R. Wasserstroma, Woodworth 1971; Ch. M. Culvert i B. Gert, *Philosophy in medicine*, Oxford University Press, New York 1982; J. Childress, *Paternalism and health care*, [w:] *Medical responsibility*, pod red. W. L. Robinsona, M. S. Pritcharda, Humana 1979; A. Buchman, *Medical paternalism*, Philosophy and Public Affairs 1978. Cyt. za: J. Hołówka, *Paternalizm w psychiatrii*, [w:] M. Siwak-Kobayashi, S. Leder, *Psychiatria i etyka*, Kraków 1995.

mianej postawy paternalistycznej państwa, czyli nad doktryną paternalizmu *sensu largo* znajdują swoje odzwierciedlenie w opozycji dwóch współczesnych doktryn prawno-społecznych: liberalizmu i komunitaryzmu. Nie dotyczą one istoty niniejszego tematu, więc nie będę się w nie zagłębiać.

### **Poglądy na paternalizm w doktrynach filozoficznych i społeczno-politycznych a medycyna i psychiatria**

Wahanie pomiędzy pochwałą a naganą doktryny *parens patriae*, zwanej doktryną paternalizmu – czyli w skrócie kwestia wolno czy też nie działać na rzecz czyjegoś dobra bez jego zgody lub nawet wbrew jego woli – jest starym problemem etycznym i prawnym. Dyskurs na ten temat można prowadzić w odniesieniu do różnych obszarów ludzkiego życia. Odnosi się on przede wszystkim, według pierwotnego znaczenia pojęcia paternalizmu, do relacji państwo–jednostka czy też społeczeństwo–jednostka. Może się on również odnosić do wszelkich relacji, gdzie występuje element podporządkowania, który, jak wspominałam, wydaje się konieczny dla istnienia postawy paternalistycznej, a więc m.in. do stosunków wewnątrzrodzinnych czy relacji pacjent–lekarz na polu medycyny. Jednak obszarem, na którym paternalizm ma największe znaczenie, jest prawo, bo to ono właśnie jest ostatecznym regulatorem stosunków w obrębie tych sfer. W różnych dziedzinach stosunków społecznych możemy mieć bowiem do czynienia z postawami czy działaniami paternalistycznymi, ale naprawdę istotne jest to, które z tych działań sankcjonowane są przez prawo państwowe. Tak więc za pośrednictwem prawa wszelkie działania paternalistyczne czy to rodziców wobec dorastających dzieci, czy lekarzy wobec pacjentów stają się działaniami państwa wobec obywateli i pociągają za sobą rozważany przez J. S. Milla w eseju *O wolności* problem władzy społeczeństwa nad jednostką i jej granic.

Według XIX-wiecznego liberała sytuacje ograniczenia wolności jednostki przez społeczność ludzką mogą być usprawiedliwione tylko i wyłącznie, gdy służą zapobieganiu lub usuwaniu skutków naruszenia przez tę jednostkę praw lub interesów innego członka społeczności<sup>3</sup>. Zatem sfera osobistego dobra człowieka jest i musi pozostać domeną jego absolutnej autonomii. Koncepcja ta kultywowana jest również przez współczesnych przedstawicieli liberalizmu, takich jak M. D. Bayles, który odrzuca „zasadę paternalizmu” jako możliwe uzasadnienie ograniczania wolności jednostki przez społeczeństwo<sup>4</sup>. W obszarze państwo–jednostka zasada Milla wydaje

<sup>3</sup> J. S. Mill, *O wolności*, PWN, Warszawa 1959, s. 129.

<sup>4</sup> M. D. Bayles, *Criminal Paternalism*, [w:] *The limits of law*, pod red. J. Pennocka,

się nie tylko nie kontrowersyjna, ale jedyna możliwa. Fundamentalne stwierdzenie J. S. Milla: „ani jedna osoba, ani pewna liczba osób nie ma prawa powiedzieć innej dojrzałej istocie, że nie wolno jej robić dla swego własnego dobra tego, co jej się żywnie podoba”<sup>5</sup>, jest trudne do podważenia, zakładając, że chodzi o takie działania, które w żaden sposób nie naruszają żywotnych interesów innych członków społeczności czy społeczeństwa jako całości.

Mimo intuicyjnej słuszności i prostoty tego twierdzenia, nie obrazuje ono rzeczywistości. W większości współczesnych państw istnieją takie regulacje jak penalizacja eutanazji i pomocnictwa w samobójstwie, zakaz handlu i konsumpcji ciężkich narkotyków (w naszym kraju również lekkich – marihuany), kary za niezapinanie pasów podczas jazdy samochodem itp., które przekraczają tę formułę, mając na celu ochronę jednostki przed nią samą. W obronie tych rozwiązań przywołać można jedynie fakt, że choć naruszają one formułę wolności J. S. Milla, to dzięki ich istnieniu społeczeństwo stara się zapobiegać angażowaniu się w inkryminowane działania osób niedojrzałych, podatnych na naciski, padających ofiarą nadużyć. Pamiętać należy, że również Mill odnosił swoją formułę do dojrzałych, racjonalnych jednostek obdarzonych wolną wolą i niedziałających pod przymusem. Przy tego typu rozwiązaniach wartość osiągniętego dobra (uchronienie przed złem niedojrzałych i słabych jednostek) przeważa czasem nad wartością poświęconej dla tego celu wolności (jak np. w przypadku penalizacji posiadania i handlu heroiną, narkotyku będącego codzienną przyczyną zgonu tysięcy nastoletnich narkomanów na całym świecie).

Tak więc, mimo że czasem (ale nie zawsze) trzeba zgodzić się na konieczne odstępstwa od formuły Milla, to jej ważność *prima facie* w relacjach państwo–jednostka wydaje mi się niepodważalna.

Formuła ta przeniesiona w obszar medycyny, odniesiona do mniej sformalizowanych relacji lekarz–pacjent, rozgrywających się nieraz w niezwykłych, ekstremalnych okolicznościach życiowych traci jednak na swojej oczywistości. Pierwszą barierą, jaką przychodzi jej tu pokonać, jest stara hipokratejska zasada *primum non nocere* oraz naturalna dla etosu lekarza zasada pierwszeństwa dobra zdrowotnego pacjenta przed innymi wartościami. Mimo zasadniczego ukierunkowania na dobro pacjenta, współczesne relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem uregulowane są na zasadzie poszanowania autonomii tego ostatniego. Większość uregulowań w tej materii opiera się na zasadzie świadomej zgody pacjenta na podejmowane działania lecznicze. Odpowiednie przepisy znajdują się w polskiej ustawie o zawo-

---

J. Chapmana, New York 1974, cyt. za: L. Morawski, *Główne problemy współczesnej filozofii prawa*, Warszawa 2003, s. 131.

<sup>5</sup> J. S. Mill, *op.cit.*, s. 226.

dzie lekarza<sup>6</sup>, a także w Kodeksie Etyki Lekarskiej<sup>7</sup>. Ogólne zalecenia w tej kwestii formułuje także Europejska Konwencja Bioetyczna Rady Europy (EKB)<sup>8</sup>. Istnieją jednak postawy o charakterze niewątpliwie paternalistycznym wychodzące poza zasadę świadomej zgody, akceptowane zarówno przez praktykę medyczną, jak i przez prawo. Przykładem takiego działania jest powstrzymanie się od udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia w obawie przed pogorszeniem się tego stanu. Mowa tu oczywiście wciąż o osobach dorosłych i świadomych. W stosunku do małoletnich postępowanie paternalistyczne jest zasadą, choć nawet im, stosownie do stopnia dojrzałości, Europejska Konwencja Bioetyczna przyznaje wpływ na decyzję co do podejmowanych wobec nich działań leczniczych.

Szczególny przypadek stanowią pacjenci psychiatrii. W stosunku do nich bowiem działania lecznicze podejmowane są bardzo często bez ich zgody, a nawet wbrew wyraźnym protestom, co zbliża ich sytuację do sytuacji małoletnich. Co gorsza, narzuconemu leczeniu towarzyszy przymusowa hospitalizacja, która jest formą ograniczenia prawa do wolności i bezpieczeństwa osobistego. Można więc śmiało powiedzieć, że mamy tu do czynienia nie tylko z paternalizmem *sensu stricto*, ale z jego najbardziej represyjną formą.

We współczesnych regulacjach prawnych istnieją trzy podstawowe przesłanki stosowania wobec chorych psychicznie przymusowej hospitalizacji i leczenia bez zgody:

- 1) gdy chory stanowi zagrożenie dla swojego otoczenia,
- 2) gdy chory stanowi zagrożenie dla samego siebie,
- 3) gdy brak leczenia spowoduje znaczne pogorszenie się stanu zdrowia chorego, a wdrożenie leczenia rokuje nadzieje na poprawę, lub gdy chory nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb życiowych (te dwie ostatnie przesłanki bywają stosowane łącznie lub alternatywnie)<sup>9</sup>.

Przesłanki z punktów 2 i 3 są stosowane w przypadku braku zgody chorego na leczenie, a zarazem przy negatywnej ocenie jego kompetencji do samodzielnego podjęcia decyzji o leczeniu. Noszą one wyraźne znamiona

<sup>6</sup> Ustawa z 5 XII 1996 o zawodzie lekarza, Dz.U. 2002, Nr 21, poz. 204, art. 32 ust. 1.

<sup>7</sup> Kodeks Etyki Lekarskiej, art. 13, [w:] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 1994.

<sup>8</sup> Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny z 4 IV 1997, art. 5.

<sup>9</sup> Przesłanki te ujęte są w międzynarodowych dokumentach prawnych odnoszących się do sytuacji osób chorych z zaburzeniami psychicznymi: Rezolucja ONZ nr 119: Zasady ochrony osób chorych psychicznie i polepszenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej, podjęta 17 XII 1991, zas. 16; Rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy No. R (83) 2, dotycząca ochrony prawnej osób przymusowo umieszczanych w zakładach leczniczych z 1983 r., art. 3; sformułowane są one w podobny sposób również w polskiej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 19 VIII 1994, Dz.U. 1994, Nr 111, poz. 535, art. 23 oraz 29 ust. 1.

działania paternalistycznego, w odróżnieniu od przesłanki 1, która zgodnie z formułą Milla ogranicza wolność jednostki w imię ochrony społeczeństwa przed zagrożeniem. Zdawałoby się, że według zasady Milla dwie ostatnie przesłanki przymusowej hospitalizacji byłyby niedopuszczalnym naruszeniem autonomii jednostki. Jednak w eseju *O wolności* znajdujemy fragment, w którym odbiera się prawo decydowania o sobie „dzieciom, szaleńcom i osobom w stanie zaabsorbowania nie pozwalającego się zastanowić”, równe z prawem przysługującym „przeciętnie rozsądnym” członkom społeczności<sup>10</sup>. Tak więc, według Milla, tylko racjonalne zachowanie i dokonywanie wyborów zasługuje na miano prawdziwej autonomii i tym samym na ochronę. Ograniczanie wolności „szaleńców” nie byłoby według niego w ogóle wyrazem paternalizmu. Tam, gdzie nie ma autonomii, tam też nie ma szkodliwego jej naruszenia. Mill podaje następujący przykład. Jeżeli ktoś zobaczyłby inną osobę próbującą wejść na most, o którym wiadomo mu, że jest zarwany, ma prawo złapać tę osobę i siłą zapobiec jej wejściu na most. Nie będzie to naruszeniem wolności tej osoby, gdyż wolność jest prawem do robienia tego, czego się pragnie. Można zasadnie przypuszczać, że ta osoba nie wiedziała o uszkodzeniu mostu, a jej pragnieniem nie było wpadnięcie do rzeki<sup>11</sup>. Nawet ten najgorętszy obrońca wolności akceptuje więc działanie nazwane wspólnie przez Joela Feinberga w eseju pt. *Legal Paternalism*<sup>12</sup> „słabą” odmianą paternalizmu, która polega na działaniu bez zgody osoby pozostającej w stanie niekompetencji do podejmowania decyzji (czy będzie to stan nieprzytomności, czy stan głębokich zaburzeń psychicznych, czy nawet stan pozostawania w błędzie). „Mocny” paternalizm według Feinberga to postawa, w której przechodzi się do porządku nad świadomie wyrażonym życzeniem podmiotu kompetentnego do podejmowania decyzji. Rozróżnienie Feinberga dwóch form postawy paternalistycznej wydaje mi się bardzo trafne, będę więc się na nie powoływać w dalszej części moich rozważań.

Według założenia Ronalda Dworkina analogiczną do „słabego” paternalizmu Feinberga formą dopuszczalnego paternalizmu są działania, na które jednostka, będąc w pełni kompetentna, wyraziłaby zgodę (istnieje tu pewne idealne założenie racjonalności autonomicznego podmiotu), czyli działania mające jednocześnie przywrócić jej kompetencje do wykonywania swojej autonomii<sup>13</sup>. Są to założenia teoretyczne, które napotykają na liczne przeszkody natury faktycznej. Po pierwsze, nie zawsze można trafnie

<sup>10</sup> J. S. Mill, op.cit., s. 257.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> J. Feinberg, *Legal Paternalism*, [w:] *Rights, Justice and the Bounds of Liberty*, Princeton, New Jersey 1980.

<sup>13</sup> Tego typu pogląd reprezentuje m.in. R. Dworkin, op.cit., cyt. za: T. L. Beauchamp, J. F. Childress, op.cit., s. 216.

ocenić ogólną kompetencję do podejmowania decyzji pacjenta, który przykładowo w stanach remisji choroby świadomie chce zrezygnować z leczenia, co, jak twierdzą lekarze, przyniesie mu szkodę. Tego typu przypadek ilustruje sprawa Catherine Lake powoływana przez Beauchampa i Chidressa w *Principles of Biomedical Ethics*.

Pani Lake cierpiąca na arteriosklerozę, powodującą zaniki pamięci, splątanie i czasowy brak umiejętności zaspokajania elementarnych potrzeb, została przymusowo umieszczona w szpitalu psychiatrycznym. W czasie sprawy sądowej w przedmiocie umieszczenia jej na stałe w tej instytucji oświadczyła, znajdując się chwilowo w stanie remisji choroby, że zdaje sobie sprawę z niebezpieczeństwa, na jakie narażona jest, żyjąc poza szpitalem, żąda jednak natychmiastowego zwolnienia. Sąd nie przychylił się do jej wniosku<sup>14</sup>. Nie da się zaprzeczyć, że zostały tu przekroczone granice „słabego” paternalizmu na rzecz zastosowania „mocnej” jego odmiany, czyli interwencji paternalistycznej *sensu stricto*. Sąd uznał się za podmiot bardziej kompetentny do oceny, co jest dobre dla pacjentki niż ona sama, mimo że wykazywała się ona dostatecznym stopniem kompetencji. Charakterystyczną cechą postępowania z osobami psychicznie chorymi stanowi fakt, że z góry domniemywa się ich pomniejszoną kompetencję do podejmowania decyzji, nawet w przypadku stanu remisji choroby, który tę kompetencję przywraca. Nasuwa mi się tu następująca analogia: ulegam wypadkowi samochodowemu i tracę przytomność. Podczas mego pozostawania w tym stanie dokonuje się na mnie zabiegów leczniczych bez mojej wiedzy, jednak gdy się budzę, mam prawo odmówić dalszego leczenia. Dlaczego więc to samo prawo nie przysługuje osobie psychicznie chorej w stanie remisji?

Wybór, jakiego dokonał sąd w sprawie pani Lake, podyktowany był przede wszystkim kryterium racjonalności. Zakładając nawet, że pacjentka była w danym momencie kompetentna do samodzielnego podjęcia decyzji, to wystąpiła przeciwko zasadom zdrowego rozsądku, wybierając szkodliwe dla swego zdrowotnego dobra rozwiązanie.

Podmiot dokonujący paternalistycznej interwencji wprowadza tu pewną hegemonię porządku racjonalności, który nie jest przecież jedynym porządkiem, według którego człowiek może postępować. Ekscentryczne i irracjonalne działania i decyzje, dopóki są podejmowane w pełni świadomie, zasługują na taki sam szacunek jak działania racjonalne. W przeciwnym razie wolność byłaby tylko wolnością do działań racjonalnych. Gdyby tak właśnie miało być, tak zwana ochrona wolności nie spełniałaby swojego najważniejszego celu – ochrony indywidualności ludzkiej przed dominacją wspólnoty. O tym też pisze J. S. Mill. Nawiązując do innego przedstawiciela

<sup>14</sup> Ibidem.

doktryny liberalnej Wilhelma von Humbolta stwierdza, że indywidualność ludzka jest podstawą dobrobytu wspólnoty jako całości, i choćby dlatego wspólnota powinna szanować jednostki inne, przyjmujące odmienny od ogólnie przyjętego sposób życia<sup>15</sup>.

Indywidualność ludzka i nacisk, jaki wywiera na nią społeczeństwo, jest w ogóle zagadnieniem mającym żywy związek z problemem osób psychicznie chorych.

Trzeba w tym miejscu wspomnieć o poglądach, które dementują istnienie zjawiska określanego chorobą psychiczną, widząc w nim efekt niezrozumienia i nietolerancji społeczeństwa wobec odmiennych zachowań. Naczelnym argumentem wyznawców tych poglądów uformowanych dziś w swoisty ruch antypsychiatryczny jest brak naukowego dowodu na istnienie fizycznego (somatycznego) podłoża chorób psychicznych. Twierdzą oni, że katalog chorób psychicznych, w odróżnieniu od chorób somatycznych, zmienia się wraz z zmianami kulturowymi. To społeczeństwo poprzez swoje uprzedzenia i nietolerancję powołuje do życia choroby psychiczne, a następnie je unicestwia (tu podają przykład wykreślenia w 1973 r. przez American Psychiatric Association homoseksualizmu z grupy chorób psychicznych). Czołowym przedstawicielem tego ruchu jest Thomas Szasz ze swoim kontrowersyjnym manifestem „The myth of mental illness” z 1972 r. Jest on nie tylko jednym z najbardziej skrajnych przedstawicieli postawy antypaternalistycznej w ogóle (postuluje np. legalizację narkotyków), ale również bojownikiem przeciwko temu, co nazywa *therapeutic state*, czyli państwowo-medycznemu organizmowi, jakim według niego jest współczesne państwo, posługujące się totalitarnymi środkami kontroli społecznej (np. instytucją przymusowej hospitalizacji)<sup>16</sup>.

Jakkolwiek trudno się z tymi poglądami do końca zgodzić, wskazują one na konieczność wielkiej ostrożności w ocenie czyjejs niekompetencji do podjęcia decyzji we własnej sprawie. Nietrudno bowiem pomylić niekompetencję z nieracjonalnością i tym samym usankcjonować pogwałcenie indywidualności ludzkiej. Praktyka psychiatryczna dostarcza jednak przykładów sytuacji patowych, w których trudno odróżnić przypadek braku kompetencji od świadomych działań kierowanych niezwyklejmi pobudkami, co sprawia, że rozsądzenie sporu pomiędzy istotnym dobrem pacjenta a jego autonomią jest niemożliwe bez poświęcenia którejs z tych wartości w sposób absolutny.

Beauchamp i Childress opisują przypadek dwudziestosiedmioletniego mężczyzny, który idąc za głosem swoich przekonań religijnych dokonywał

<sup>15</sup> J. S. Mill, op.cit., rozdział III.

<sup>16</sup> Por. J. Sullum, *Curing the therapeutic state. (Interview with the author Thomas Szasz)*, Reason, July 2000, <http://www.findarticles.com/cf-0/m1568/3-32/63330929/print.jhtml>



kolejnych samookaleczeń (obcięcie prawej ręki, wyłupienie prawego oka, przebicie bębena usznego), za pomocą których, jak twierdził, miał on zbawić ludzkość z polecenia Boga. Przez wiele lat był on wielokrotnie przymusowo hospitalizowany i domagał się opuszczenia szpitala, argumentując całkiem trzeźwo, że nie stwarza przecież zagrożenia dla swego otoczenia, a leczenie go nie ma sensu, ponieważ ma on do spełnienia pewną misję i nie jest chory<sup>17</sup>. Czy przymusowa detencja w szpitalu nie jest formą pogwałcenia jego wolności dysponowania własnym ciałem, a również wolności religijnej? Czy można jednak pozwolić, by, jak to już zapowiedział, po wydostaniu się na wolność amputował sobie nogę? Wobec Świadka Jehowy, który z powodów religijnych nie godzi się na transfuzję krwi ratującą życie, nie można zastosować przymusu w celu poddania go temu zabiegowi. Pozostawiam ten problem otwarty.

Mimo licznych przykładów pacjentów psychiatrycznych, którym nie można by odebrać prawa decydowania o swoim losie, nie ulega wątpliwości, że pacjenci w ciężkich stanach psychotycznych nie są w stanie zareagować na treść informacji dotyczących hospitalizacji i proponowanego leczenia<sup>18</sup>. Działania lecznicze w stosunku do tych osób przyjmują więc postać „słabego” paternalizmu. Można je rozpatrywać nawet w kategoriach obowiązku państwa, jeżeli akceptuje się jego funkcję paternalistyczną *sensu largo*, a także w kategoriach obowiązku niesienia pomocy, zawartego w etyce zawodu lekarza.

Działanie paternalistyczne lekarza jest tu jednak obwarowane jeszcze jednym warunkiem. Musi być ono kompetentne i skuteczne, to znaczy musi istnieć procedura lecznicza dająca szansę na obiektywną poprawę stanu zdrowia pacjenta. Jest to jeden z warunków sformułowanych przez Loren H. Roth<sup>19</sup>, a także przez Jacka Hołówkę<sup>20</sup>. Bez tych dwóch czynników (kompetencji i skuteczności) działanie wbrew woli osoby chorej, nawet uwzględniając jej niekompetencję do decydowania o sobie, przestaje być działaniem paternalistycznym, a staje się nieuprawnionym despotyzmem. Pojawia się tu istotny problem, ponieważ istnieją choroby psychiczne takie jak np. schizofrenia, których podłoże jest nie do końca rozpoznane, a z którymi psychiatria sobie nie radzi. W takich przypadkach trudno powiedzieć, czy stosowanie neuroleptyków jest „skutecznym” działaniem, tym bardziej

<sup>17</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, op.cit., Case 10, s. 412–413.

<sup>18</sup> Por. J. J. Kress, *Zgoda pacjenta psychotycznego na oddziaływania lecznicze*, [w:] *Psychiatria i etyka*.

<sup>19</sup> L. H. Roth, *A commitment law for patients, doctors and lawyers*, [w:] *Psychiatry and ethics*, pod red. R. B. Edwardsa, Prometheus Books, Buffalo, New York 1982, cyt. za: J. Hołówka, op.cit.

<sup>20</sup> J. Hołówka, op.cit.

że powodują one co najmniej tyle samo ujemnych skutków ubocznych, co leczniczych<sup>21</sup>.

Reasumując należy stwierdzić, że o ile paternalizm w rozumieniu „słabym” jest w psychiatrii nieodzowny, to jednostka wciąż stoi tu wobec zagrożenia jego mocną odmianą, podaną w dosyć represyjnej formie, jaką jest przymusowa hospitalizacja i stosowanie wobec pacjentów przymusu bezpośredniego w celu wdrożenia leczenia. We współczesnych czasach te formy przymusu objęte są naturalnie regulacją ustawową i kontrolą sądową (w Polsce dopiero od 1995 r., od wejścia w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego). Nie wyklucza to jednak, po pierwsze, możliwości nadużyć, po drugie, nie eliminuje niebezpieczeństwa stosowania mocnej odmiany paternalizmu. A trzeba sobie wyraźnie powiedzieć, że ta forma paternalizmu w psychiatrii oznacza po prostu gwałt na człowieku. Tak więc, jeżeli nawet dopuszczalne jest stosowanie wobec świadomych i autonomicznych podmiotów środków prawnych ograniczających ich wolność do szkodenia samym sobie (np. zakaz konsumpcji heroiny), to ta sama zasada w odniesieniu do odmowy poddania się leczeniu psychiatrycznemu jest po prostu nie do pomyślenia. Dlatego też sądzę, że przy przymusowym przyjmowaniu do szpitala lub domu pomocy społecznej osoby potrzebny jest wnikliwy test kompetencji, stwierdzający jednoznacznie jej niezdolność do decydowania o sobie, z zastosowaniem formuły *in dubio pro libertate*.

### **Polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – pomiędzy „mocną” a „słabą” wersją paternalizmu**

Z treści polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika, że test kompetencji w przypadku przyjęcia pacjenta bez zgody do szpitala psychiatrycznego nie odgrywa głównej roli. Podstawową rolę zdają się odgrywać przesłanki utylitarne – minimalizacja szkód, jakie chory może wyrządzić sobie lub otoczeniu poprzez brak zgody na leczenie. Co prawda art. 22 tej ustawy formułuje ogólną zasadę przyjmowania pacjentów do szpitala za ich zgodą (pojęcie „zgoda” jest w ustawie pojmowane bardzo szeroko<sup>22</sup>), to jednak art. 23, który reguluje tryb nagły przyjęcia do szpitala osoby chorej

<sup>21</sup> Por. D. Baker, *Coercion or care: Treatment of the mentally ill, a human rights issue*, <http://intotem.buffnet/mhw/37gb.html>

<sup>22</sup> W art. 3 ust. 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego mówi się o „swobodnie wyrażonej zgodzie osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od jej stanu psychicznego – jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji...”. Takie pojmowanie zgody wychodzi poza sformułowanie zdolności swobodnego wyrażania woli z prawa cywilnego i rozszerza zarazem krąg osób, które we względzie swojej własnej wolności tę zdolność utrzymują.

psychicznie ponad autonomię pacjenta (w jakimkolwiek stopniu nie byłby on do jej wykonywania zdolny), przedkłada dwie wartości: życie pacjenta oraz życie i zdrowie innych osób. Jeżeli swoim zachowaniem osoba stwarza bezpośrednie zagrożenie dla tych wartości, jest wobec niej stosowany przymus. Kwestia przymusowej hospitalizacji dokonywanej w ramach ochrony najbliższego otoczenia osoby chorej przed jej agresywnymi zachowaniami nie wchodzi właściwie w zakres problemu paternalizmu, bo mieści się w ramach „zasady wolności” J. S. Milla. Przymus stosowany jest w celu ochrony innych jednostek przed zagrożeniem. Uwagę należy więc skupić na drugiej przesłance hospitalizacji przymusowej w trybie nagłym – na ochronie życia samego pacjenta.

Należy zauważyć, że tryb nagły z art. 23 ustawy może być stosowany tylko wobec chorych psychicznie *sensu stricto*, a więc pacjentów psychotycznych, u których z góry niejako zakłada się brak kompetencji do decydowania o sobie. Więc na pierwszy rzut oka przepis ten miałby charakter słabego paternalizmu. Jednocześnie jednak, jak już wspominałam, ustawa daje bardzo szeroką definicję zgody, która mówi o zdolności do wyrażenia zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi „niezależnie od jej stanu psychicznego”. Czy w takim razie uprawnione jest zakładanie z góry ogólnej niekompetencji psychotyków, czy istnieje co do tego medyczna pewność? Jednak art. 21 przewidujący możliwość przeprowadzenia badania psychiatrycznego bez zgody osoby, która zagraża swemu życiu i otoczeniu z użyciem w razie konieczności przymusu bezpośredniego oraz art. 24 mówiący o przyjęciu do szpitala na obserwację, dotyczy ogólnie osób z zaburzeniami psychicznymi, a więc zarówno psychotycznych, jak i niepsychotycznych pacjentów, czyli, np. cierpiących na stany depresyjne, nerwice. Przepis ten oscyluje więc pomiędzy mocną i słabą odmianą paternalizmu, jak twierdzi jeden z twórców ustawy S. Dąbrowski<sup>23</sup>. Dopuszcza się bowiem *de facto* sytuacje, gdy osoba, posiadająca wystarczające rozeznanie do wyrażenia swego zdania na temat przyjęcia do szpitala na badanie, może zostać do tego zmuszona, gdyż np. kilkakrotnie podejmowała próby samobójcze. *Ratio legis* tego przepisu jest oczywiście takie, że, aby stwierdzić czy istnieją medyczne przesłanki do przymusowej hospitalizacji, należy najpierw osobę zbadać w celu określenia, na jakiego rodzaju zaburzenie ona cierpi. Mimo wszystko obiektywny skutek jego zastosowania może przybrać formę mocnego paternalizmu. Jest to, bądź co bądź, zastosowanie przymusu połączone z ograniczeniem wolności osobistej, które może trwać w przypadku przyjęcia na obserwację do 10 dni, wobec osoby zdolnej do wyrażenia swojej opinii. Widoczne jest tu przedłożenie przez ustawodawcę wartości ochrony

---

<sup>23</sup> S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997, s. 27.

życia, która jest równocześnie naczelną wartością w etosie zawodu lekarza ponad wartość autonomii jednostki. Widoczna jest tu także różnica pomiędzy stopniem ochrony w przypadku zagrożenia innych osób (tu ochroną obejmuje się zarówno życie jak i zdrowie) a ochroną samej osoby (tę przesłankę zawęży się tylko i wyłącznie do ochrony życia). Jednak prawo do decydowania o własnym życiu i śmierci jest, w moim przekonaniu, fundamentalnym prawem jednostki i ograniczenie go jest zaborem wielkiego obszaru wolności. Nie dziwi jednak tego typu regulacja, gdy spojrzymy na problem eutanazji i sposób jego uregulowania w Polsce i w większości krajów.

O ile tryb nagły przyjmowania do szpitala psychiatrycznego przewidziany w polskiej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, omówiony powyżej, jako wartość nadrzędną wobec autonomii pacjenta stawia jego życie, o tyle tzw. tryb wnioskowy hospitalizacji bez zgody z art. 29 dodaje do tego ochronę przed pogorszeniem się stanu zdrowia. Tryb ten przewiduje, że postępowanie o umieszczenie osoby psychicznie chorej w szpitalu bez jej zgody można wszcząć na wniosek jej najbliższych lub instytucji opiekuńczej, gdy, po pierwsze: dotychczasowe zachowanie osoby psychicznie chorej wskazuje na to, że nieprzyjęcie jej do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia; po drugie (alternatywnie wobec pierwszej przesłanki): osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania potrzeb życiowych, gdy istnieje uzasadnione przewidywanie, że leczenie w szpitalu przyniesie poprawę stanu jej zdrowia. Ta ostatnia przesłanka ma na względzie również pośrednią ochronę życia – brak zaspokajania podstawowych potrzeb prowadzi nieuchronnie do śmierci. Obydwie jednak przesłanki mają charakter wybitnie utylitarny – mają na celu maksymalizację ochrony zdrowia i życia chorych nawet kosztem ich osobistej wolności. W przypadkach, gdy mamy do czynienia z osobami, których stan mentalny pozwala im podejmować decyzje o sobie, jest to wyraz mocnej odmiany paternalizmu. Tym mocniejszy jest tu ów paternalizm, gdy weźmiemy pod uwagę, że wartość chroniona – zdrowie – stoi niżej na pewnej powszechnie uznawanej skali wartości niż wartość wieńcząca tę skalę – życie.

Ochrona zdrowia osób z zaburzeniami psychicznymi ma jednak charakter negatywny, a nie pozytywny, jeśli wolno tu użyć tego typu określeń. W swoim orzeczeniu z 12 lipca 1996 roku Sąd Najwyższy, rozpatrując rewizję nadzwyczajną w sprawie umieszczenia osoby psychicznie chorej w szpitalu bez jej zgody w trybie wnioskowym z art. 29, stwierdza, że:

1. Istnienie podstaw do ustalenia przez sąd opiekuńczy, że przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego spowoduje nawet znaczne polepszenie stanu jej zdrowia, nie uzasadnia uwzględnienia wniosku o potrzebie przyjęcia jej do szpitala psychiatrycznego

bez jej zgody, na podstawie przepisu art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 r., Nr 111, poz. 535).

2. Uzasadnione przewidywanie poprawy stanu zdrowia osoby chorej psychicznie w następstwie leczenia jej w szpitalu psychiatrycznym uzasadnia natomiast przyjęcie jej do szpitala bez wymaganej zgody, ale jedynie wówczas, gdy osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych (art. 29 ust. 1 pkt 2 cyt. ustawy)<sup>24</sup>.

Tak więc, jeżeli chodzi o interwencję paternalistyczną w celu ochrony zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, to ogranicza się ona do ochrony przed pogorszeniem jej stanu zdrowia (przesłanka z ust. 1 art. 29). Nie jest ona dopuszczalna w celu polepszania tego stanu, chyba że w grę wchodzi niemożność zaspokajania potrzeb życiowych, co jest, jak już wspomniałam, wyrazem pośredniej ochrony życia osoby chorej. W treści uzasadnienia SN zagadnienie to ujęte jest w następujący sposób:

...analizowany przepis nawet wówczas nie uzasadnia uwzględnienia przez sąd wniosku o potrzebie przyjęcia uczestnika postępowania do szpitala psychiatrycznego bez jego zgody, gdyby sąd ten miał w materiale dowodowym pełne podstawy do poczynienia ustalenia, iż przyjęcie osoby chorej psychicznie do szpitala psychiatrycznego spowoduje nawet znaczne polepszenie stanu jej zdrowia psychicznego. To ostatnie ustalenie nie byłoby bowiem równoznaczne z treścią przesłanki ustawowej określonej w przepisie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy, a sama aprobata dla działań mających niewątpliwie na względzie ochronę osoby chorej psychicznie i jej dobro nie może być usprawiedliwieniem dla prób posłużenia się wykładnią rozszerzającą, która w konsekwencji prowadziłaby jednak do ograniczenia wolności i nietykalności osobistej uczestnika postępowania poza zakres przewidziany ustawą [...] istnienie w materiale dowodowym sprawy podstaw do uzasadnionego przewidywania poprawy stanu zdrowia osoby chorej psychicznie, w następstwie leczenia jej w szpitalu psychiatrycznym, uzasadnia przyjęcie jej do takiego szpitala bez wymaganej zgody, ale jedynie wówczas, gdy osoba ta jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. Wniosek taki uzasadnia bowiem jednoznacznie wykładnia przepisu art. 29 ust. 1 pkt 2 cyt. ustawy...<sup>25</sup>

Trzeba zauważyć, że przy tej drugiej przesłance interwencja paternalistyczna w imię ochrony życia osoby niezdolnej do zaspokajania swoich

<sup>24</sup> Orzeczenie SN z 12 VII 1996 IICRN 81/96 (OSTNIC 1996, nr 12, poz. 164).

<sup>25</sup> Ibidem.

potrzeb wydaje się szukać uzasadnienia w „kryterium skuteczności” (warunek, który musi spełniać postawa paternalistyczna według J. Hołówki i L. Roth). Przyjmuje się zatem taką osobę przymusowo i leczy ją tylko wtedy, gdy istnieje „uzasadnione przewidywanie poprawy”, tak więc tylko gdy interwencja lecznicza może odnieść jakiś skutek.

Jednak dla osób, które nie roszą nadziei na poprawę ich stanu w wyniku leczenia, ustawa przewiduje z kolei inną formę detencji – w domu pomocy społecznej<sup>26</sup>. Celem takiej detencji jest pomoc w zaspokajaniu swoich podstawowych potrzeb osobom do tego niezdolnym, pozbawiona właściwie elementów przymusowej terapii. Ale i w tym przypadku to nie kompetencja do podejmowania decyzji tych osób liczy się najbardziej, a przede wszystkim ochrona ich życia, niezależnie od ich własnych zapatrywań. Tak więc, cytowany przeze mnie powyżej kazus z USA, przypadek pani Lake, również i w Polsce zakończyłyby się podobnym rozstrzygnięciem.

Cytowane orzeczenie SN ustala też pewne normy co do wykładni odnoszących przepisów, odnoszące się zarazem do wykładni operacyjnej wszystkich przepisów ustawy o takim charakterze:

...sąd winien przy orzekaniu ściśle kierować się sformułowanymi w ustawie przesłankami uzasadniającymi uwzględnienie wniosku i nie może stosować do nich ani wykładni rozszerzającej, ani analogii, bowiem konsekwencją orzeczenia uwzględniającego wniosek jest ingerencja w sferę praw i wolności obywatelskich chorego człowieka...<sup>27</sup>

Reguły te stanowią swoisty hamulec dla paternalizmu wyłaniającego się z przepisów ustawy, ograniczają zasięg potencjalnej interwencji ściśle do form przewidzianych przez literę prawa. Są one jednocześnie wyrazem poszanowania zasady państwa prawa, w którym każde ograniczenie praw obywatelskich, szczególnie prawa do wolności osobistej znajduje swój bezpośredni wyraz w przepisie prawa stosowanym przez bezstronny niezawisły sąd w sposób niedopuszczający większego ograniczenia tych praw niż przewiduje to litera prawa. Wszystko to jednak tylko w niewielkim stopniu ogranicza interwencję paternalistyczną państwa i medycyny w wolność osób psychicznie chorych. Paternalizm szczególnie w swojej „mocnej” postaci, jak to już wykazałam, silnie przebija przez przepisy polskiej ustawy. Dzieje się tak dlatego, że stopień świadomości osoby chorej i jej zdolność do wykonywania swojej autonomii są niejako na drugim planie. Na pierwszym planie w hierarchii ważności znajduje się ochrona życia i zdrowia jednostki, nawet wbrew jej świadomemu sprzeciwowi.

<sup>26</sup> Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, art. 38–41.

<sup>27</sup> Orzeczenie SN z 12 VII 1996.

Tak więc, generalnie, w postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w Polsce formuła *in dubio pro vitae* przeważa nad formułą *in dubio pro libertate*. Wiele w tej materii zależy jednak od orzecznictwa sądów, które, badając uważnie i w sposób obiektywny dany przypadek, powinny skupiać uwagę na jednostce walczącej o swoje prawa i uważnie badać jej kompetencje do podejmowania decyzji i tę kompetencję traktować jako jeden z naczelných argumentów przy ferowaniu wyroku.

Podsumowując moje rozważania, mogę jedynie skonstatować, że w przypadku przymusowego leczenia osób psychicznie chorych dochodzi do konfliktu dwóch praw człowieka, paradoksalnie odnoszących się do jednego podmiotu, a mianowicie prawa do leczenia<sup>28</sup> oraz prawa do autonomii. Zwolennicy mocnego paternalizmu twierdzą, że naczelnym zadaniem lekarza jest działanie w interesie zdrowotnym pacjenta, a ponadto, że prawo do autonomii nie może być przez osoby umysłowo chore wykonywane i z tej racji prawo do leczenia przeważa, gdyż celem leczenia jest właśnie przywrócenie pacjentowi zdolności decydowania o sobie. Zwolennicy autonomii natomiast widzą w tej zasadzie, realizowanej za wszelką cenę, zagrożenie dla wolności jednostki.

Osobiście, jak już zdażyłam kilkakrotnie zasygnalizować w tych rozważaniach, o ile skłaniam się do stanowiska uznającego słaby paternalizm za słuszny i potrzebny, o tyle jestem zdecydowaną przeciwniczką wszelkich regulacji prawnych noszących znamiona paternalizmu mocnego. Zdaję sobie jednak sprawę, że w dziedzinie takiej jak psychiatria całkowite uniknięcie przejawów mocniejszej formy paternalizmu jest nie do końca wykonalne. Sądzę, że należałoby dążyć do minimalizowania ich przy konstruowaniu przepisów regulujących sytuację prawną pacjentów psychiatrii.

---

<sup>28</sup> Prawo to wywieść można z art. 12 MPPGŚiK: „Państwa-strony niniejszego paktu uznają prawo każdej osoby do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego”; bezpośrednio w odniesieniu do pacjentów psychiatrii sformułowane jest ono w zasadzie 9 Rezolucji ONZ nr 119 – Zasady ochrony osób chorych psychicznie i polepszenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej, podjętej 17 XII 1991.

