

## SOCJOPEDAGOGICZNE KONTEKSTY OCHRONY PRAW DZIECKA NA TERENIE SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO

**Błażej Kmieciak**

*Uniwersytet Medyczny w Łodzi\**

**Streszczenie:** W polskiej debacie publicznej powraca regularnie dyskusja dotycząca praw dziecka. W kontekście tym najczęściej wskazuje się na relację, jaka istnieje pomiędzy dzieckiem oraz jego rodzicami. Równie często pojawia się do kwestia prawa dziecka do ochrony zdrowia. Obszar ten określić należy mianem unikalnego. Zarówno bowiem polska ustawa o Rzeczniku Praw Dziecka, jak i powstała z polskiej inicjatywy Konwencja o prawach dziecka wskazują, iż dziecko w sposób szczególny winno mieć zagwarantowane prawo do ochrony zdrowia. W ujęciu tym wskazuje się również na unikalne zagadnienie, jakim jest zdrowie psychiczne dziecka. Analizując ten temat, dostrzec można istotne uwagi oraz refleksje. Obserwując bowiem codzienną rzeczywistość oddziałów psychiatrycznych przeznaczonych dla dzieci oraz młodzieży, uznać można, iż niejednokrotnie miejsca te przypominają placówki resocjalizacyjne. Badając sprawy małoletnich pacjentów, widać również praktyczne dylematy dotyczące ochrony praw dzieci w szpitalu psychiatrycznym. Zastanowić się zatem warto, czy w tego typu oddziałach mogą one liczyć na dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną przez rodziców? Czym w podobnej sytuacji klinicznej będzie naruszenie godności młodych pacjentów? Czy zgodę na leczenie (terapię) winni wydawać jedynie ich rodzice? Czy dzieci mają prawo do informacji na temat leczenia? Czy mogą oczekiwać zachowania przez psychologa tajemnicy? W prezentowanym artykule podjęta zostanie próba udzielenia odpowiedzi na te pytania.

**Słowa kluczowe:** prawa pacjenta, prawo rodzinne, zdrowie psychiczne, socjologia prawa, społeczność terapeutyczna.

W połowie 2012 roku Rzecznik Praw Dziecka (Dalej RPD) skierował do Ministra Zdrowia wystąpienie, wskazujące na naruszenia praw dziecka jako pacjenta szpitala psychiatrycznego. Marek Michałak zwrócił uwagę, iż kluczowym elementem wzbudzającym zaniepokojenie jest dostrzegany w kolejnych raportach wadliwy sposób stosowania przymusu bezpośredniego. W wystąpieniu zwrócono także uwagę na to, iż pojawiają się niczym nieuzasadnione przykłady naruszania godności osób małoletnich, zwłaszcza w formie nakazu sprzątnięcia oraz ograniczania możliwości korzystania w ciągu dnia z sali chorych (Depesza PAP, 2017, online). Omawiany temat spotkał się z zainteresowaniem wskazanego Rzecznika w styczniu 2017 roku. Skierowane zostało wówczas wystąpienie generalne adresowane do wszystkich marszałków województw. RPD zwrócił w nim uwagę na bardzo niepokojącą sytuację małoletnich

---

\* [blazej.kmieciak@umed.lodz.pl](mailto:blazej.kmieciak@umed.lodz.pl)

pacjentów doświadczających zaburzeń psychicznych. Zaznaczono, iż w wielu przypadkach hospitalizacja jest działaniem nieuzasadnionym. Podkreślono, że konieczne jest tworzenie na terenie województw placówek opiekuńczo-terapeutycznych, które umożliwiłyby udzielenie wsparcia dzieciom doświadczającym zaburzeń psychicznych w warunkach innych niż szpitalne (Michalak, 2016, ss. 1-2). Cztery lata wcześniej, również do marszałków wszystkich polskich województw, wystąpiła z podobnym pismem Rzecznik Praw Pacjenta, Krystyna Barbara Kozłowska. W swoim piśmie z końca września 2012 roku zwróciła ona uwagę na coraz bardziej dostrzegane w psychiatrycznej praktyce klinicznej ograniczanie kontaktu między dziećmi oraz rodzicami. Podkreślono, iż podobne ograniczenia mogą być podyktowane jedynie zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentów. Muszą one wynikać z zapisów ustawowych (Kwiecień, 2017, s. 48).

Wystąpienia oraz stanowiska dotyczące praw dziecka jako pacjenta pojawiają się co pewien czas w przestrzeni publicznej. Wywołują one szczególne zainteresowanie. Zarówno bowiem osoby chore psychicznie, jak i szpitale psychiatryczne spotykają się niestety nadal z krytycznymi ocenami kierowanymi do nich przez przedstawicieli społeczeństwa. Podobne placówki wielokrotnie kojarzone są z miejscami, w których w sposób wyraźny łamie się prawa człowieka poprzez np. stosowanie negatywnie kojarzonych elektrowstrząsów. Z kolei pacjenci doświadczający zaburzeń psychicznych częstokroć traktowani są automatycznie jako potencjalnie niebezpieczne osoby (Walewski, Heitzman, 2015, s. 53). Jak zaznaczono w wynikach badań z 2012 roku, które przeprowadził CBOS, ponad 70% respondentów wyrażało sprzeciw wobec możliwości zaakceptowania nauczyciela, który kiedyś leczył się w szpitalu psychiatrycznym. Ponadto zaledwie co trzeci badany dostrzega życzliwe nastawienie społeczeństwa do tej grupy osób (Omyła-Rudzka, 2012, ss. 8-9). Warto w tym miejscu odnieść się do problematyki ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, a więc zagadnienia, które również spotyka się ze społecznym zainteresowaniem. W ostatnim czasie pojawiały się w mediach informacje wskazujące na to, iż w wypadku znacznej grupy osób małoletnich doświadczających problemów psychicznych leczenie psychiatryczne jest niczym nieuzasadnionym medycznym działaniem (Kmieciak, 2015, ss. 86-88, Głogowska, 2017, online). Trudno jednak w pełni zgodzić się z podobną opinią. Każda bowiem decyzja dotycząca leczenia w tego typu placówce osoby zgłaszającej istotne problemy wymaga odrębnej analizy. Faktem jest natomiast to, że przywołane powyżej wystąpienia polskich rzeczników praw w sposób jednoznaczny ukazują wyjątkowy charakter problemów, jakie pojawić się mogą w trakcie diagnozy oraz terapii dziecka na terenie szpitala psychiatrycznego. Naturalnym jest bowiem fakt, iż oceniając podobne trudne zagadnienia, zastanawiamy się, w jakich sytuacjach szpitalnych prawa dziecka mogą być naruszane. Czy są sytuacje, w których mogą być one „zawieszane”, innymi słowami, kiedy personel może bądź też musi wkroczyć w autonomię młodego pacjenta szpitala psychiatrycznego? Czy stosowanie wobec niego przymusu bezpośredniego nieuchronnie będzie przykładem łamania owych praw? Czy dziecko może przeciwstawić się w sposób skuteczny działaniom terapeutów? Czy stosowana wobec niego terapia może polegać na kierowaniu w jego stronę określonych wymagań?

### **Cel oraz metoda pracy**

Celem proponowanego artykułu jest podjęcie próby udzielenia odpowiedzi na podobne pytania oraz ukazanie unikalnego charakteru zdarzeń, z jakimi spotkać się można na terenie szpitala psychiatrycznego w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży. Celem dodatkowym niniejszych analiz będzie zwrócenie uwagi na szczególną konieczność indywidualnego podejścia do każdej sytuacji, w której potencjalnie naruszone zostały prawa człowieka, w tym prawa dziecka jako pacjenta. Poniższe rozważania bazować przede wszystkim będą na ukształto-

wanym w polskim porządku prawno-medycznym katalogu praw przysługujących pacjentowi (Jeziarska, 2006). Analiza ta wsparta zostanie również spostrzeżeniami, a także informacjami, użytymi przez autora w trakcie blisko dziesięcioletniej pracy na stanowisku Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (Kmiecik, 2017, ss. 136-156)<sup>1</sup>. Proponowane refleksje opierają się na teoretycznej podstawie wypracowanej przez socjologię prawa oraz pedagogikę prawa (Kojder, 2016, s. 47, Stadniczenko, Zamielski, 2016, ss. 110-11). Tym samym uwagi dotyczące przestrzegania bądź łamania praw dziecka na terenie szpitala psychiatrycznego kierować nas będą w stronę zjawiska społecznego działania prawa, w tym zwłaszcza jego wpływu wychowawczego, bądź też demoralizacyjnego (Moczuk, Bajda, 2013, s. 119).

### Prawa dziecka jako pacjenta

Dalszą analizę oraz refleksje na zaproponowany w tytule temat warto rozpocząć od ogólnego scharakteryzowania praw dziecka jako pacjenta.

Pod koniec sierpnia 1991 roku uchwalona została w Polsce ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Dokument ten posiada szczególne znaczenie w historii polskiego ustawodawstwa medycznego. Wskazano w nim bowiem po raz pierwszy, jakie pacjent posiada prawa w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Jak czytamy w art. 19 omawianego w tym miejscu dokumentu: „Pacjent ma prawo do:

- 1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;
- 2) informacji o swoim stanie zdrowia;
- 3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
- 4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 5) umierania w spokoju i godności” (Ustawa, 1991).

Jak dodano w kolejnej części cytowanego unormowania, osobie, której udzielane są świadczenia zdrowotne, przysługuje również prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską, z którą pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego. W trakcie pobytu w szpitalu osobie tej przysługuje również kontakt z osobą duchowną (Karkowska, 2004, s. 7; Ustawa, 1991).

Obecnie przepisy ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie obowiązują. Część wskazanego dokumentu dotycząca praw pacjenta zastąpił odrębny akt prawny. Mowa w tym miejscu o uchwalonej w 2008 roku Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta). Ustawę tą przyjęto w wyniku licznych postulatów wskazujących na konieczność zaistnienia jednego formalnego źródła, które odnosiłoby się do tematu praw należnych pacjentowi. W ustawie o prawach pacjenta dodano m. in. prawo do: informacji dotyczącej przysługujących praw, depozytu, sprzeciwu oraz wsparcia ze strony Rzecznika Praw Pacjenta (Ustawa, 2008). Warto także przypomnieć, że od 1996 roku w polskim porządku prawno-medycznym obowiązują ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jest to kluczowy z perspektywy społecznej dokument. W sposób bezpośredni definiuje on zasady wykonywania zawodu przez lekarzy (Ustawa, 1996). Ustawa lekarska zwraca uwagę na szczególne sytuacje, takie jak: działanie bez zgody pacjenta, powstrzymanie się od interwencji terapeutycznej, zastosowanie leczenia eksper-

---

<sup>1</sup> Mowa w tym miejscu będzie przede wszystkim o obserwacji uczestniczącej jawnej.

mentalnego czy też korzystanie z klauzuli sumienia. To właśnie w tym dokumencie oraz w ww. ustawie o prawach pacjenta wprowadzone zostały zasady dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych dzieciom (por. Zielińska, 2008, ss. 528-530).

Polskie prawo – w przeciwieństwie do kilku innych państw europejskich – wprowadziło standard, zgodnie z którym udzielenie świadczeń zdrowotnych dziecku nie jest możliwe bez akceptacji jego rodzica. Jedynie w wyjątkowych sytuacjach lekarze mogą niejako przełamać brak akceptacji ze strony opiekunów prawnych. Mowa tutaj o zdarzeniach, w których brak interwencji diagnostycznej lub terapeutycznej doprowadziłby do śmierci dziecka, rozstroju jego zdrowia bądź uszkodzenia ciała. W tego typu momentach decyzję podejmuje sąd opiekuńczy. W innych sytuacjach to rodzice decydują bądź współdecydują o możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych dziecku. Zasady te dotyczą również kwestii udzielania informacji odnoszących się do planowanych działań medycznych. Do 16 roku życia dziecku udzielane są jedynie informacje istotne z racji podejmowanych interwencji diagnostyczno-leczniczych. W okresie tym dziecko nie może także podjąć decyzji dotyczącej leczenia. Wyjątkiem są tutaj sytuacje, w których mowa jest o:

- planowanym przerwaniu ciąży u kobiety, która ukończyła 13 lat;
- przeprowadzeniu eksperymentu leczniczego;
- przeprowadzeniu zabiegu transplantacji, w którym dziecko ma być dawcą organu.

Po ukończeniu przez dziecko 16 roku życia lekarze zobowiązani są do przekazania informacji oraz uzyskania zgody wyrażonej przez małoletniego oraz jego rodzica lub prawnego opiekuna. W Polsce co pewien czas powraca dyskusja dotycząca możliwości wyrażenia opinii przez dziecko w sposób samodzielny. Mowa tutaj zwłaszcza o osobach, które ukończyły 15 lub 16 lat. W kontekście tym zwraca się uwagę na dwa elementy. Po pierwsze, podkreśla się fakt, iż aktualnie dzieci posiadają bardzo szybki dostęp do informacji, stąd też mają one możliwość uzyskania wiedzy dotyczącej podejmowanych wobec nich działań medycznych. Dodaje się ponadto w tym miejscu to, iż młodzież coraz szybciej podejmuje aktywność seksualną. Stąd też konieczne jest zapewnienie im pełnego prawa do poszanowania intymności oraz poufności (Kmieciak, 2016, s. 181).

Postulaty te są jednakże sprzeczne z utrwalonym w polskim porządku prawnym stanem, zwracającym uwagę na istotne prawa oraz obowiązki rodziców w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem. Wydaje się, iż wprowadzenie prawa zapewniającego dzieciom możliwość odbywania samodzielnych wizyt jest niemożliwe z racji obowiązujących w prawie oraz kulturze norm określających wzajemne rodzinne relacje (Andrzejewski, 1999, s. 68). Nie ulega jednak wątpliwości, iż wyposażenie dopiero dziecka 16-letniego w możliwość współdecydowania o własnej sytuacji medycznej nie znajduje uzasadnienia prawnego, medycznego oraz psychospołecznego. Dostrzec można bowiem istnienie pewnego paradoksu. Dziecko może współdecydować o poważnym zabiegu transplantacji, jednocześnie przepisy nie dostrzegają osób małoletnich w sytuacjach takich np. jak wyrwanie zęba czy też wykonanie szczipienia.

### **Prawa dziecka w szpitalu psychiatrycznym**

Opisane powyżej w skrócie zasady poszanowania praw dziecka jako pacjenta ukazują istotne konteksty. W pierwszym rzędzie należy wskazać na dynamiczny proces "nabywania" przez dziecko praw decyzyjnych. Proces ten uzależniony jest od stopnia rozwoju danej jednostki, której działania – jak zaznaczono – powiązane są z decyzjami rodziców. Po drugie, warto dostrzec, iż analizując sytuację dziecka w medycynie, trzeba zwrócić uwagę na istotny podział, jaki należy zastosować w trakcie badania problemu praw małoletniego pacjenta. Przedstawione powyżej uprawnienia dziecka zależne od jego wieku odnoszą się w znacznej większości do możliwości czynnego działania młodego pacjenta. Dostrzec zatem można prawo do uzyskania informacji

oraz prawo do wyrażenia zgody. Zapoznając się jednakże z katalogiem praw pacjenta, zauważyć również trzeba uprawnienia, które należne są człowiekowi bez względu na etap rozwoju, na którym się znajduje. Mowa tutaj w sposób szczególny o prawie do poszanowania: godności, intymności oraz prywatności. Warto dostrzec również prawo pacjenta do tajemnicy oraz najmniejszej uciążliwości podejmowanych wobec niego działań (por. Bucóń, 2011, s. 169).

Nakreślone w tym miejscu obszary kierują naszą dalszą refleksję w stronę rzeczywistości, którą zaobserwować można na terenie szpitala psychiatrycznego. W placówkach tych pojawiają się szczególnie wyzwania związane z realizacją praw, które określić można mianem „uprawnień godnościowych”. Ponadto, badając działanie prawa w kontekście np. informowania pacjenta, uzyskania od niego zgody oraz zachowania tajemnicy informacji z nim związanych, można dojść do wniosku, że ochrona zdrowia psychicznego dzieci oraz młodzieży wiąże się z pojawieniem się istotnych dylematów związanych z przestrzeganiem zapisów ustawy.

Jak już zaznaczono powyżej, respektowanie autonomii pacjenta stanowi jeden z kluczowych elementów poszanowania jego praw. Wyraża się ono przede wszystkim w obowiązku poinformowania pacjenta o planowanych działaniach oraz konieczności uzyskania od niego zgody na diagnozę lub leczenie. W polskim systemie prawno-medycznym dzieci oraz młodzież (poza nielicznymi wyjątkami) uzyskują możliwość współdecydowania o swoim leczeniu dopiero w momencie, w którym ukończą 16 rok życia.

Badając rzeczywistość, jaka istnieje na terenie placówek psychiatrycznych specjalizujących się w terapii dzieci i młodzieży, zauważyć można, iż zasady te nie zawsze umożliwiają pełne realizowanie założeń klinicznych. Do wspomnianego typu oddziałów kierowane są osoby małoletnie, u których zdiagnozowano (bądź nadal się diagnozuje) wszelkiego rodzaju zaburzenia psychiczne. Polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w grupie podobnych zaburzeń wymienia chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe oraz inne zaburzenia, „które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym” (Ustawa, 1994). Psychiatrzy dziecięcy, psycholodzy oraz pielęgniarki podejmują się zatem działań terapeutycznych skierowanych w stronę młodych osób doświadczających np. takich objawów, jak halucynacje, urojenia oraz pobudzenie psychoruchowe. Do szpitala trafić może również osoba niepełnosprawna intelektualnie. Jak się jednak okazuje, w oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży leczone mogą być również osoby, u których zdiagnozowano szeroko rozumiane zaburzenia psychiczne. W ich gronie znaleźć się mogą małoletni pacjenci borykający się z problemem: zaburzeń rozwojowych typu autyzm, zaburzeń zachowania (powiązanych z demoralizacją), uzależnienia od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, anoreksji bądź bulimii itd. (Gmitrowicz, Kmiecik, 2012, ss. 273-282).

Wskazane w tym miejscu problemy psychiczne młodych osób stanowią szczególne wyzwanie dla pedagogów oraz nauczycieli pracujących na co dzień z uczniami z zaburzeniami psychicznymi. W rzeczywistości szpitala psychiatrycznego stricte medyczne działania podejmowane są przede wszystkim wobec pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia o psychotycznym charakterze. W tym wypadku kluczowym elementem powrotu do zdrowia będzie odpowiednie dobranie leków. W wypadku jednak m. in. zaburzeń adaptacyjnych lub też zaburzeń odżywiania dostrzec można, iż farmakoterapia nie jest tutaj dominującą formą oddziaływania na pacjenta (Żechowski i in., 2010, s. 28). Leki są wykorzystywane wobec podobnej grupy osób w kilku sytuacjach. Mowa np. o powstrzymaniu napadu lęku lub agresji. W znacznej jednak większości wypadków to oddziaływanie terapeutyczno-resocjalizacyjne odgrywać będzie kluczowe znaczenie (por. (Gmitrowicz, Kmiecik, 2012, s. 275).

Powracając w tym miejscu do wątku prawa pacjenta do informacji oraz wyrażenia zgody, warto zastanowić się: Czy można podejmować wobec pacjenta skuteczną terapię bez jego świadomej zgody wyrażonej na podstawie przekazanej w sposób zrozumiały informacji? Wątpliwość ta odnosi się nie tylko do dorosłych pacjentów, ale również do osób małoletnich. Pojawia się ona zwłaszcza w kontekście podejmowania wobec nich działań medycznych opartych nie tyle na wsparciu lekowym, ile raczej na interwencji terapeutycznej np. behawioralno-poznawczej. Doskonałym przykładem jest doświadczenie – niestety nielicznych w Polsce – oddziałów terapii zaburzeń odżywiania. W placówkach tych istotną grupę stanowią niepełnoletnie pacjentki. Z perspektywy zapisów ustawowych to ich rodzice – bądź opiekunowie prawni – podejmują kluczowe decyzje dotyczące leczenia. Czasem z racji wieku mogą one współdecydować o swojej sytuacji na terenie szpitala. Nie jest jednak rzadkością sytuacja, w której to omawiany typ zaburzeń stwarza zagrożenie dla życia osoby mającej mniej niż 16 lat. Bezrefleksyjne trzymanie się wówczas literalnych zapisów ustawy prowadzić może do porażki terapeutycznej. Anoreksja poddawana jest terapii przybierającej formę działań wprost dotyczących praw pacjenta:

- pacjentki podpisują kontrakt terapeutyczny oraz regulamin oddziału;
- w trakcie terapii, w momencie pojawienia się potencjalnych sukcesów, na nowo otrzymują swoje prawa, które na początku leczenia zostały im ograniczone. Mowa w tym miejscu o: kontakcie z innymi osobami, swobodnym poruszaniu się po terenie szpitala, możliwości udania się na przepustkę.

Pacjentka dzięki powyższemu sposobowi leczenia doświadczyć ma motywacji. Nigdy jednak się ona nie pojawi, jeśli najpierw osoba ta nie będzie знаła zasad terapii. To z jej strony musi pojawić się akceptacja. By jednak to nastąpiło, pacjent musi wiedzieć, w jakiej sytuacji i położeniu się znajduje (Żechowski i in., 2010, ss. 28-29). Jak zaznaczają w kontekście badań dziecka u psychologa Jerzy Brzeziński, Barbara Chyrowicz, Wojciech Poznaniak oraz Małgorzata Toeplitz-Winiewska, „Kluczowym momentem jest omówienie w obecności dziecka i jego prawnego opiekuna przyczyn zgłoszenia do psychologa oraz zasad prowadzenia badania. Codzienna praktyka poradni psychologiczno-pedagogicznych, gdy rozmawia się z rodzicem, a dziecko czeka na korytarzu, jest całkowicie sprzeczna z zaleceniami etycznymi. Takie postępowanie wytwarza w dziecku przekonanie, że dorośli „namawiają się przeciwko niemu”, a psycholog jest postrzegany jako sprzymierzeniec szkoły, rodziców itp.” (Brzeziński, Chyrowicz, Poznaniak, Toeplitz-Winiewska, 2009, s. 99).

Omawiana w tym miejscu problematyka dostrzeżona została również w deontologicznych zapisach m. in. dotyczących zasad wykonywania zawodu przez psychologa. Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa stanowi w pkt. 20, że „Osoby małoletnie powinny być traktowane w sposób szczególny. Podstawową zasadą psychologa w pracy z osobami małoletnimi jest ich dobro, co oznacza, że osoby te w kontaktach z psychologiem mają prawa nie mniejsze niż klienci dorośli” (Kodeks psychologa, online). W innym miejscu tego dokumentu dodano, że „Kontakty z psychologiem w żadnym razie nie mogą być realizowane pod presją ze strony instytucji i osób dorosłych decydujących w imieniu małoletniego. W takim przypadku oraz w razie stwierdzenia naruszenia przez instytucję lub osoby dorosłe dobra małoletniego psycholog ma prawo odmówić współpracy z tymi instytucjami i osobami”. Wskazano również na generalną zasadę, zgodnie z którą „Psycholog ma moralny obowiązek stać w obronie praw małoletniego. Psycholog ma prawo i też obowiązek respektować decyzję małoletniego jako osoby ludzkiej w zakresie kontaktów z nim” (Kodeks psychologa, online, Kodeks psychoterapeuty, online)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Por. Kodeks Etyki Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, zgodnie z którym terapeuta nie musi uzyskiwać zgody dziecka na nawiązanie kontaktu z jego rodzicami zatroskanymi o przebieg terapii. <http://psychodynamika.pl/>

## Godność i intymność

Jak zaznaczono powyżej, obserwując rzeczywistość oddziałów psychiatrii dziecięco-młodzieżowej dostrzec można nie tylko interwencje medyczne, ale również działania o stricte resocjalizacyjnym charakterze. Podobne placówki bardzo często opierają swoje funkcjonowanie na zasadach przyjętych przez społeczność terapeutyczną. W ramach interwencji psychiatrycznej pacjent korzysta nie tylko z konsultacji lekarskich lub psychologicznych. Bierze on również udział w spotkaniach, bazujących na technikach radzenia sobie z własną złością oraz agresją. To właśnie wskazana agresja stanowi kluczowy problem w trakcie hospitalizacji części małych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (Bakulas, 2012, s. 28; Ciechanowski, Chmielewska, Czyż, 2010, s. 28). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na szczególne dylematy, z jakimi może spotkać się personel medyczny np. leczący wychowanka placówki resocjalizacyjnej, który zgłaszał silne myśli samobójcze:

- **kontrola prywatnych rzeczy:** każdy pacjent jak już wskazano posiada ustawowo zagwarantowane prawo do prywatności. Profil pacjentów leczonych w oddziałach dziecięco-młodzieżowych wskazuje jednak na występowanie zdarzeń niebezpiecznych związanych z np. przyniesieniem do oddziału substancji psychoaktywnych lub przedmiotów, które mogą stwarzać niebezpieczeństwo. Personel oddziału, choć formalnie nie posiada takich uprawnień, zmuszony bywa do: przeszukania toreb pacjentów przybywających np. z przepustki do oddziału, szafek w pokojach w sytuacji, w której np. istnieje realne podejrzenie, iż dany młody pacjent posiada niebezpieczne dla siebie lub innych przedmioty (może to być np. kabel, sznurek, plastikowy nóż itd.). Działania o podobnym charakterze nie definiuje jednak polskie prawo. Lekarze oraz pielęgniarki, decydując się na tę formę interwencji, muszą posiadać realne przypuszczenie dotyczące niebezpieczeństwa. Poza tym konieczna jest próba uzyskania zgody małego. Przeszukania winny dokonywać m. in. dwie osoby z personelu medycznego, szanując przy tym prywatność pacjenta, wyprasząc niepożądane osoby z pokoju. Niezbędne jest następnie opisanie w dokumentacji medycznej owych działań, które realizowane mogą być wyłącznie w stanie wyższej konieczności (por. art. 26 Kodeks Karny, 1997; Kmiecik, 2014, ss. 52-54).
- **stosowanie przymusu bezpośredniego:** ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadziła do polskiego porządku prawnego szczególnie istotne społecznie zasady uprawnionego stosowania siły wobec pacjenta niebezpiecznego dla siebie lub innych. W Polsce można stosować przymus w formie: unieruchomienia, izolacji, przytrzymania oraz przymusowego podania leków (Ustawa, 1994). Dokument ten nie wprowadza w żadnej mierze odrębnych zasad stosowania przymusu wobec dzieci. Są one takie same dla osób dorosłych oraz małych. Jest to zatem podejmowanie działań w sposób jak najmniej uciążliwy:
  - uprzedzenie pacjenta o planowanym przymusie;
  - kontrola stanu osoby unieruchomionej lub izolowanej;
  - uwolnienie pacjenta w chwili, w której ustały przesłanki stosowania przymusu (Dąbrowski, Pietrzykowski, 1997, ss. 112-117).

Niejednokrotnie sytuacje zastosowania przymusu stanowią istotny problem oraz wyzwanie. Mało jest nadal szkoleń, które w sposób specjalistyczny uczyłyby lekarzy oraz pielęgniarki, jak skutecznie zabezpieczać pacjenta przed nim samym. W tym kontekście zwraca się również uwagę na to, iż istnieje wątpliwość, czy działania takie powinien podejmować personel medyczny, czy przymus nie narusza relacji terapeutycznej. Obawy te są słuszne. Nie można jednak zapomnieć o tym, iż to właśnie eksperci medyczni winni sprawdzać stan zdrowia osoby, której swoboda została w nagły sposób ograniczona z racji pobudzenia psychoruchowego (Duda, 2006, ss. 81-82). W praktyce klinicznej jako szczególnie trudne należy ocenić podejmowanie działań przymusowych

wobec osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz fizycznie. W odniesieniu do terapii dzieci oraz młodzieży dostrzec w tym miejscu należy długotrwałe unieruchamianie np. osób doświadczających zaburzeń psychicznych ze spektrum autyzmu. W sytuacjach tych niejednokrotnie personel ma do czynienia z dziećmi doświadczającymi niepełnosprawności ruchowej skorelowanej z niższym poziomem funkcjonowania intelektualnego. Zdarzają się sytuacje, w których trudno jest dostrzec moment, gdy możliwe będzie odstępianie od działań przymusowych (unieruchomienia lub izolacji). Kluczowe w tym miejscu jest regularne analizowanie sytuacji pacjenta poddawanego przymusowi (por. Perzanowska, 2004, ss. 140-141).

W ostatniej propozycji zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zasugerowano rezygnację z obowiązkowego uprzedzenia osoby, wobec której planuje się zastosowanie przymusu (Projekt, 2017). Odniesiono się w tym miejscu do praktycznych spostrzeżeń: zdarzają się sytuacje, gdy atak agresji był tak nagły np. u młodej osoby, iż uprzedzenie jej było niemożliwe. Do podobnego pomysłu należy odnieść się krytycznie. Z całą pewnością zdarzają się nagle momenty, w których to personel nie jest w stanie uprzedzić pacjenta o zamiarze unieruchomienia: jest on pobudzony, wielomówny, biega itd. To jednak właśnie zasada szacunku dla dzieci, w tym dzieci doświadczających zaburzeń psychicznych zwraca uwagę na kluczowy charakter obowiązku informowania o planowanym podjęciu działań siłowych. Warto bowiem pamiętać, że ani psychiatria, ani neurologia nie wypracowały obecnie metod, które z naukową pewnością zaprezentowałyby, o czym w danym momencie myśli pacjent. Nie ma zatem całkowitej pewności, czy rozumie on dany komunikat, czy też nie. Uprzedzenie pacjentów o planowanym np. unieruchomieniu jest dla nich niezwykle istotne. Szczególnie jest to jednak cenna praktyka w odniesieniu do młodych, agresywnych pacjentów oraz ich rodziców niejednokrotnie obserwujących często trudne sytuacje z udziałem ich podopiecznych. Dzięki powyższemu personel nie jest traktowany jak wróg, co określić należy jako bezcenne dla skuteczności dalszej terapii.

### Podsumowanie

Przechodząc w tym miejscu do konkluzji, warto zwrócić uwagę na jedno ze spostrzeżeń wybitnego polskiego socjologa prawa, Adama Podgóreckiego. Zwracał on uwagę na to, iż prawidłowe wydanie przepisu pod kątem formalnym nie powoduje jego automatycznego obowiązywania w danej społeczności. Zależy to natomiast od trzech, kluczowych zmiennych. Pierwszą z nich jest typ stosunków społecznych, w jakich ma on obowiązywać. Drugą jest typ podkultury, do której jest kierowany. To ten element łączy polecenie normodawcy ze społecznym zachowaniem odbiorcy np. ustawy. Trzecią zmienną, mającą wpływ na praktyczną realizację np. nakazów danej normy, jest typ osobowości jednostek, na które ma ona oddziaływać (por. Pieniążek, Stefaniuk, 2003, ss. 160-161). Zwrócenie uwagi w tym miejscu na wskazaną hipotezę posiada istotne uzasadnienie. Odnosząc się bowiem do rzeczywistości, jaką dostrzegamy na terenie szpitala psychiatrycznego, należy pamiętać, iż wskazujemy na istnienie instytucji o szczególnym charakterze. Nie chodzi w tym miejscu wyłącznie o jej totalny charakter, na co szerzej uwagę zwrócił Erving Goffman (Goffman, 2011, ss. 14-15). Mowa raczej o specyficznych zasadach, jakie w tego typu szpitalach panują w związku z obowiązywaniem m. in. w Polsce określonych przepisów prawa, na bazie których tworzone są konkretne zasady postępowania w określonych sytuacjach. Odnoszą się one przede wszystkim do praw, jakie należne są pacjentowi w trakcie podejmowania wobec niego działań diagnostycznych oraz terapeutycznych. Polski ustawodawca odniósł się w tym kontekście również do problemu poszanowania praw dziecka jako pacjenta. Wprowadzone zostały ogólne zasady, które w znacznej mierze dotyczą tematu informowania dziecka o sytuacji zdrowotnej oraz wyrażenia przez nie zgody/braku zgody na diagnozę i leczenie. W poszczególnych aktach prawnych zdefiniowano, kiedy dziecko ma prawo do ograniczonej, a następnie pełnej infor-



macji dotyczącej określonej sytuacji zdrowotnej. Funkcjonowanie psychiatrycznych placówek ochrony zdrowia dla dzieci pokazuje, iż realizacja tych przepisów może stanowić wyzwanie w trakcie pracy klinicznej. Na terenie podobnych ośrodków leczenie opiera się niejednokrotnie na szeroko rozumianej terapii, psychoedukacji oraz resocjalizacji. Z trudem takie działania można podejmować bez wcześniejszego powiadomienia pacjenta. Konieczne wydaje się w tym miejscu współdziałanie personelu, dziecka oraz rodziców. W wypadku zagadnienia zgody na leczenie dziecka doświadczającego zaburzeń psychicznych dojść można do wniosku, iż formalne zasady dostrzegane w polskich ustawach niejednokrotnie nie odnoszą się do złożonego charakteru problemów, z jakimi stykać się może personel. Lekarze – jak wskazano – nie muszą w pełni informować dziecka poniżej 16 roku życia o np. specyfice terapii w danym oddziale. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza nie jest konieczne uzyskanie jego zgody na leczenie. Czy jednak postępowanie terapeutyczne przyniesie jakikolwiek skutek pozytywny w wypadku podjęcia w tej sytuacji działań przymusowych? Wydaje się to wątpliwe np. w rzeczywistości dostrzeganej w oddziale leczenia zaburzeń odżywiania. Uzasadnione wydaje się zatem wypracowanie wewnątrzoddziałowych standardów, na podstawie których to lekarze – szanując prawa rodziców – włączać będą osoby małoletnie w proces terapeutyczny. Tylko bowiem świadomy udział w leczeniu (w tym w psychoterapii) umożliwi uzyskanie spodziewanych, pozytywnych efektów.

Przykład schorzeń typu anoreksja lub zaburzenia zachowania uświadamia nam, iż na terenie szpitala psychiatrycznego realizacja szacunku dla praw człowieka może niejednokrotnie przybrać formę przymusu. Mowa w tym miejscu o sytuacjach, w których to personel zmuszony jest zabezpieczyć pacjenta przed nim samym z racji doświadczanych przez niego niebezpiecznych objawów choroby/zaburzenia. Brak krytycyzmu odnośnie do własnej sytuacji, pobudzenie psychoruchowe, doświadczanie stanów psychotycznych bądź też funkcjonowanie w swoistej „podkulturze szpitalnej” powodować może pojawienie się zachowań agresywnych lub autoagresywnych. Niejednokrotnie wymagają one natychmiastowego działania ze strony lekarzy i pielęgniarek. Mogą oni podjąć wobec małoletniego pacjenta kroki siłowe, takie jak: unieruchomienie, przytrzymanie, przymusowe podanie leków lub izolacja. Interwencje te muszą być jednak przeprowadzone zgodnie z formalnymi zasadami, mającymi przede wszystkim na względzie dobro oraz godność osoby hospitalizowanej.

To także wskazany w tym miejscu kontekst godności dziecka doświadczającego zaburzeń psychicznych powoduje, iż konieczne jest stałe analizowanie sytuacji, w jakiej się ono znajduje. Na terenie szpitala analiza ta odnosi się głównie do kwestii medycznych. Obecnie nie można jednakże pominąć również w tym aspekcie problemów prawnych, etycznych oraz socjopedagogicznych. Wracając bowiem do hipotezy zaproponowanej przez Podgóreckiego, warto pamiętać, że typ stosunków panujących w szpitalach psychiatrycznych między dziećmi posiada szczególną postać. Z jednej strony, dostrzegamy w tej grupie osoby niepełnosprawne intelektualnie oraz doświadczające zaburzeń psychotycznych. Z drugiej zaś strony, najaktywniejsi bywają w relacjach szpitalnych młodzi pacjenci, u których zdiagnozowano zaburzenia zachowania. Tym samym zasady dotyczące poszanowania praw dziecka jako pacjenta dla jednych mogą być trudne do zrozumienia, wręcz niedostrzegalne. Dla drugiej grupy osób mogą być one źródłem buntu oraz chęci ich modyfikacji, zgodnie z przyjętymi normami lub też w opozycji do nich. To właśnie typ ukształtowanej osobowości będzie miał w tym miejscu kluczowe znaczenie.

W czasach szybkiego postępu medycyny coraz łatwiej jest postawić określoną diagnozę kliniczną. W wypadku psychiatrii dziecięco-młodzieżowej działanie to może mieć istotne znaczenie. Lekarz psychiatra musi podejmować działania ściśle dostosowane do postawionego rozpoznania. W stosunku do dziecka z autyzmem konieczne będzie wprowadzenie np. odpowiedniego leczenia

farmakologicznego, stabilizującego zachowania agresywne. W przypadku młodzieńca uzależnionego od substancji psychoaktywnych taka forma działań będzie niewystarczająca. Wymagana będzie intensywna terapia, w tym terapia grupowa. W podobnej sytuacji poza wskazaniem na konkretne uprawnienia również istotne będzie zwrócenie uwagi na obowiązki względem drugiej osoby. Tym samym podejmowane w tym wypadku będą działania o zarówno leczniczym, jak i wychowawczym charakterze.

Zgodzić się należy z Rzecznikiem Praw Dziecka, który postuluje tworzenie wyspecjalizowanych placówek leczniczo-resocjalizacyjnych. Zwrócenie uwagi na specyfikę stanów doświadczanych przez podopiecznych jest kluczowym krokiem w stronę pełnego szacunku dla praw dziecka, które winny być szanowane w sposób odpowiedzialny oraz świadomy.

## Bibliografia

- Andrzejewski, M. (1999). *Prawna ochrona rodziny*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Bakula, P. (2012). Regulaminy ośrodków, a prawa człowieka. *Terapia - uzależnienia i współzależnienia*, 5, 28-31.
- Brzeziński, J., Chyrowicz, B., Poznaniak, W., Toeplitz-Winiewska, M. (2017). *Etyka zawodu psychologa*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bucoń, P. (2011). Prawa i obowiązki ojca w polskim prawodawstwie. *Pedagogika Ojcowska*, 2, 164-176.
- Bołoz, W. (2006). *Bioetyka i prawa człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Cekiera, Cz. (2009). Alkoholizm. W: A. Muszala (red.), *Encyklopedia bioetyki* (ss. 73-79.). Radom: Wydawnictwo Polwen.
- Ciechanowski, J., Chmielewska, B., Czyż, E. (2010). *Monitoring przestrzegania praw pacjentów i dostępu do stacjonarnego leczenia uzależnień od narkotyków*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka.
- Duda, J. (2006). *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo LexisNexis.
- Dąbrowski, S., Pietrzykowski, J. (1997). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Depesza Polskiej Agencji Prasowej. (2017). Szpitale psychiatryczne zmuszają dzieci do sprzątania. Pobrane z: <https://www.wprost.pl/335947/Szpitalne-psychiatryczne-zmuszaja-dzieci-do-sprzatania>
- Głogowska, K. (2017). W psychiatriku jest jak w dziczy. Żeby przetrwać trzeba mieć głowę na karku. *Onet-Zdrowie*. Pobrane z: <https://kobieta.onet.pl/zdrowie/psychologia/zdrowie-psychiczne/w-psychiatriku-jest-jak-w-dziczy-zeby-przetrwac-trzeba-miec-glowe-na-karku/yvzsetv>
- Goffman, E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gmitrowicz, A., Kmiecik, B. (2012). Godność dziecka w szpitalu psychiatrycznym. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 4, 273-282.
- Moczuk, E., Bajda, K. (2013). Polityka prawa Leona Petrażyckiego. W: D. Gil, Ł. Piłkuła (red.), *Prawo i nauka w poglądach L. Petrażyckiego* (ss. 99-120). Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

- Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Pobrane z: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29>
- Kodeks Zasad Etycznych Psychoterapeuty, Sekcja Naukowa Psychoterapii i Sekcja Naukowa terapii Rodzin, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pobrane z: [http://psychiatria.org.pl/sekcja\\_naukowa\\_psychoterapii](http://psychiatria.org.pl/sekcja_naukowa_psychoterapii)
- Kodeksu Etyki Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, zgodnie z którym terapeuta nie musi uzyskiwać zgody dziecka na nawiązanie kontaktu z jego rodzicami zatroskanymi o przebieg terapii. <http://psychodynamika.pl/>
- Kmieciak, B. (2014). Poszukując zdrowia przeszukano szafkę. *Psychiatria*, 4, 52- 54.
- Kmieciak, B. (2015). Szpital psychiatryczny z dzieckiem w tle. *Medycyna Praktyczna-Psychiatria*, 3, 86-88.
- Kmieciak, B. (2017). Prawa człowieka chorego psychicznie: dylematy, pytania i wyzwania. W: P. Dzieduszycki (red.), *Naznaczeni wykluczani dyskryminowani w badaniach naukowych i praktyce wychowawczej, ujęcie interdyscyplinarne* (ss. 136-156). Łódź: Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu.
- Kojder, A. (2016). *Zarys socjologii prawa*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Kwiecień, A. (2017). *Prawa dziecka jako pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia*. Łódź: Uniwersytet Medyczny w Łodzi.
- Karkowska, D. (2004). *Prawa pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC.
- Kmieciak, B. (2016). *Prawa dziecka jako pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo C. H. Beck.
- Jezierska, A. (2006). *Prawa pacjenta, Medyczna encyklopedia prawa* (wydanie elektroniczne). Warszawa: Wydawnictwo Infor S.A.
- Michalak, M. (2016). *Wystąpienie do Marszałków Województw*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Dziecka.
- Omyła-Rudzka, M. (2012). *Stosunek do osób chorych psychicznie*. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznych.
- Projekt nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. (2017). Ministerstwo zdrowia. Warszawa.
- Pieniążek, A., Stefaniuk, M. (2003). *Socjologia prawa - zarys wykładu*. Kraków: Centrum Badań Opinii Społecznych.
- Perzanowska, A. (2004). Reprezentowanie interesów osób z trudnymi zachowaniami przyjętych do szpitali psychiatrycznych i zabieganie o realizację ich praw. W: A. Rojner, J. Wygnańska (red.), *Rzecznictwo - jak skutecznie zabiegać o realizację praw osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi* (ss. 136-151). Warszawa: Fundacja SYNAPSIS.
- Stadniczenko, S. L., Zamelski, P. (2016). *Pedagogika prawa*. Warszawa: Wyższa szkoła finansów i zarządzania.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).

Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.).

Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z dnia 2 sierpnia 1997 r. z późn. zm.).

Walewski, P. (2015). Władza nad psyche – rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem. W: *Niezbędnik Inteligentna – Bioetyka: spory na życie i śmierć* (Seria tygodnika „Polityka”, cz. 3, ss. 50-55).

Zielińska, E. (red.). (2008). *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty*. Warszawa: Wydawnictwo ABC.

Żechowski, C. i in. (2010). Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży. Refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 1, 25-30.

\*\*\*

#### SOCIO-EDUCATIONAL CONTEXTS FOR THE PROTECTION OF CHILDREN'S RIGHTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

**Abstract:** In Polish public debate a discussion on children's rights returns regularly. Most often it points to the relationship that exists between the child and his parents. Equally often the discussion comes back to the question of the child's right to health care. This is a unique area of reflection. The Polish Ombudsman Act and the Convention on the Rights of the Child indicate that the child in particular must be guaranteed the right to health protection. In this context the mental health of a child is of particular significance. Observing the everyday reality of psychiatric wards intended for children and young people it can be seen that these places resemble social rehabilitation centers. When we examine the issues of underage patients, there are also practical dilemmas concerning the protection of children's rights in a psychiatric hospital. The following issues are worth considering: Can children expect extra care in psychiatric wards? In what situations can young children's dignity be compromised? Should a consent for treatment (therapy) only be issued by their parents? Do children have the right to receive information about their treatment? Can they expect a psychologist's confidentiality? This article will attempt to answer these questions.

**Keywords:** patient law, family law, mental health, sociology of law, therapeutic community.