

Prawnopsychiatryczny kontekst wprowadzenia przepisów zezwalających na detencję niepsychotycznych sprawców



The Legal and Psychiatric Context of the Post Penal Detention of Dangerous Individuals

The author describes the problem of the post penal detention of dangerous individuals with so-called "unsound minds". The problem is considered from both the legal and psychiatric perspective. The article presents alternative points in the intense discussion about solutions to the consequences of the Amnesty Act of 1989, but the perspective of the author (a lawyer with experience working in health services) makes it an important contribution to the debate on the constitutionality of the newly enacted law regarding dangerous individuals.

Błażej Kmiecik

Absolwent studiów doktoranckich w Katedrze Socjologii Prawa i Praw Człowieka KUL oraz Resocjalizacji na UŁ. Absolwent Szkoły Praw Człowieka organizowanej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka. Słuchacz Podplomowych Studiów Bioetyki i Prawa Medycznego UKSW. Asystent w Zakładzie Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, redaktor naczelny działu Bioetyka portalu biotechnologia.pl. Pełnił funkcję rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego; członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Wprowadzenie

Jeden z najstynniejszych polskich teoretyków prawa Leon Petrażycki zwrócił uwagę, że „prawo jest psychicznym czynnikiem życia społecznego i działa psychicznie”¹. Analizując toczące się od kilku miesięcy dyskusje dotyczące wprowadzenia ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób² (dalej: u.p.o.z.p.), dojdź można do wniosku, iż twórca polskiej szkoły socjologii prawa sformułował tezę, która przez blisko sto lat nie straciła na aktualności. Omawiana ustawa z jednej strony wzbudza bowiem lęk i obawy, z drugiej jednak stro-

1 L. Petrażycki, *O ideale społecznym i o rodzeniu prawa naturalnego* (w:) tegoż, *O nauce, prawie i moralności*. Pisma wybrane, Warszawa 1985, s. 157.

2 Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r., poz. 24).

ny pojawiają się opinie, w których wyczuwa się nadzieję oraz oczekiwanie na podjęcie przez państwo działań mających na celu skuteczne zabezpieczenie obywateli przed działaniami zaburzonych psychicznie sprawców, którzy stwarzać mogą istotne niebezpieczeństwo. W nurt trwającej dyskusji włączyli się także Michał Królikowski i Andrzej Sakowicz³, z których tekstem chciałbym tu polemizować. Podjęli oni próbę scharakteryzowania głosów krytycznych, jakie ze strony prawników oraz psychiatrów kierowane były w ostatnim okresie w stronę omawianego aktu prawnego. Autorzy, dokonując analizy prawnokarnej oraz prawnon konstytucyjnej, zdecydowali się nade wszystko zmierzyć z zarzutami, że omawiana ustawa:

- stanowi przykład działania prawa wstecz,
- ukazuje sytuację, w której państwo decyduje się powtórnie ukarać daną osobę za czyn, za który uprzednio została skazana,
- jest formą imitacji leczenia.

Pozostawiając z boku podobne krytyczne opinie, już na wstępie warto podkreślić, iż analizy przeprowadzone przez autorów jednoznacznie wskazują, że zapisy u.p.o.z.p. klasyfikują ten dokument w grupie medycznych aktów prawnych o charakterze *lex specialis*. Jak słusznie wskazuje Jędrzej Bujny, polskie przepisy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego, choć pokazują nam pacjenta o takich samych prawach, jakie ma osoba hospitalizowana w innym typie oddziału, to jednocześnie prezentują sytuację specyficzną. To bowiem w oddziałach psychiatrycznych jest możliwość przymusowego leczenia pacjenta, zatrzymania go na oddziale bez jego zgody; istnieje również możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego⁴. Uchwalona pod koniec 2013 r. ustawa dotycząca postpenalnej możliwości izolowania niebezpiecznych sprawców stanowi kolejny element polskiego prawa psychiatrycznego, w skład którego zaliczyć należy także problematykę dotyczącą opiniowania sądowno-psychiatrycznego, ubezwłasnowolnienia, przymusowego leczenia przewidzianego w ustawie o ochronie zdro-

wia psychicznego⁵ (dalej: u.o.z.p.). Prawnopsychiatryczna formuła analizowanego przez Królikowskiego i Sakowicza dokumentu powoduje, iż konieczne jest sformułowanie komentarza o podobnym charakterze obejmującego perspektywę psychiatryczną. Wydaje się bowiem, iż kluczowe jest ukazanie perspektywy praktycznej omawianego zjawiska. Owa perspektywa odnieść się musi do realnych (zaobserwowanych na terenie szpitala psychiatrycznego) aspektów opisywanych problemów związanych z ochroną praw pacjenta na terenie szpitali, szczególnie na oddziałach psychiatrycznych. Niniejszy komentarz do artykułu *Granice legalności postpenalnej detencji sprawców niebezpiecznych* odwoływać się będzie przede wszystkim do zjawisk, jakie zaobserwować można w omawianej materii z pozycji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego⁶. Z kolei perspektywę teoretyczną refleksji wyznaczać będzie utrwalone w socjologii prawa – w tym socjologii prawa karnego – pojęcie postawy wobec prawa, w skład którego wchodzi takie elementy, jak wiedza o prawie, ocena normy prawnej oraz postulaty wobec prawa⁷.

Czy ustawa jest potrzebna?

Na początku analizowanego artykułu autorzy zwrócili uwagę, iż „przedstawiciele środowiska psychiatrów zanegowali potrzebę przyjęcia nowych przepisów, jako że według nich omawiana ustawa nie odpowiada aktualnej wiedzy z zakresu psychiatrii; przewiduje obowiązek wdrożenia leczenia tam, gdzie ich zdaniem jest ono niemożliwe lub nieskuteczne, zaś pod postacią szpitala psychiatrycznego kryje się *de facto* wprowadzana ustawą forma zamkniętego zakładu izolacyjnego”. Przywołane stanowisko jest w tym sensie odzwierciedleniem opinii, jakie również w środowiskach społecznym przekazu przedstawiali specjaliści psychiatrii. Dokonując analizy wypowiedzi m.in. Janusza Heitzmana – Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sławomira Murawca – reprezen-

3 M. Królikowski, A. Sakowicz, *Granice legalności postpenalnej detencji sprawców niebezpiecznych*, „Forum Prawnicze” 2013, nr 5 (19), s. 17–34.

4 J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 253–255.

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

6 Autor proponowanych refleksji przez 8 lat pełnił funkcję rzecznika praw pacjenta na terenie województwa łódzkiego.

7 A. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa. Zarys wykładu*, wyd. 2, Kraków 2002, s. 198–201.

tującego Instytut Psychiatrii i Neurologii, czy Marka Balickiego – byłego ministra zdrowia, należy wskazać, iż według tych ekspertów nowe procedury prawne:

- tworzą możliwość wykorzystania psychiatrii do celów politycznych,
- budują rzeczywistość całkowicie przeciwną przyjętej w Polsce filozofii praw pacjenta szpitala psychiatrycznego,
- odnoszą się do problematyki, której nie da się opanować za pomocą oddziaływań psychofarmakologicznych⁸.

Zatrzymując się w tym miejscu na powyższych krytycznych opiniach, należy na wstępie odrzucić pierwszą z wyrażonych obaw. Dokonując bowiem historycznej analizy relacji, jaka panowała oraz panuje w Polsce pomiędzy psychiatrią sądową a prawem, uznać należy, iż forma oraz treść u.p.o.z.p. uniemożliwia tworzenie w naszym kraju tzw. psychuszek. Mowa w tym miejscu oczywiście o zakładach psychiatrycznych podobnych do szpitali na terenie byłego Związku Radzieckiego.

W takich placówkach władze komunistyczne umieszczały dysydentów przeciwstawiających się panującej władzy. Polskie środowisko psychiatrów, jak wskazuje Jacek Bomba⁹, w okresie powojennym z sukcesem przeciwstawiło się podobnym praktykom – dzięki wypracowaniu tzw. samoregulacyjnej mocy. W opinii krakowskiego badacza polscy psychiatrzy, często pamiętając okropieństwa II wojny światowej, byli mniej skłonni do łamania praw człowieka choro- go psychicznie. Często podkreśla się przy tym rolę Antoniego Kępińskiego, który odegrał po wojnie fundamentalne znaczenie we „włączaniu do psychiatrii” wartości humanistycznych. Jacek Bomba uważa ponadto, iż prawa człowieka mogą być skutecznie chronione na gruncie medycznym nawet pomimo braku

stosownych regulacji, jeśli tylko w sposób odpowiedni kształtowany będzie poziom moralny pracowników medycznych¹⁰. Warto w tym miejscu wskazać, że polski sprzeciw, dotyczący łamania praw pacjentów szpitali psychiatrycznych na terenie Związku Radzieckiego, był dostrzegalny na terenie samego ZSRR. Należy wspomnieć, iż Stanisław Dąbrowski – jeden z głównych twórców ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – jako jedyny z delegatów reprezentujących państwa bloku wschodniego w trakcie moskiewskiej konferencji w 1979 r. nie zgodził się na podpisanie deklaracji potępiającej zachodnią krytykę działań podejmowanych przez radzieckich psychiatrów¹¹.

Porównując obecne standardy dotyczące sytuacji polskich pacjentów na terenie szpitali psychiatrycznych, dojść można do uprawnionego wniosku, że pomimo występowania okazjonalnych incydentów proponowane formy ochrony praw człowieka w tych instytucjach ocenić należy pozytywnie¹². To bowiem w Polsce powołana została 9 lat temu funkcja niezależnego eksperta, a więc Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który wykonując swoje obowiązki na terenie konkretnego szpitala psychiatrycznego, ma możliwość dotarcia do danego pacjenta w celu analizy jego sytuacji oraz wszczęcia działań mających na celu usunięcie ewentualnych nieprawidłowości¹³.

8 E. Siedlecka, *Skazani na karę śmierci wyjdą z więzień. Prof. Zoll: Dozór nie wystarczy. Potrzebna jest izolacja*, http://wyborcza.pl/1,75478,14946931,Skazani_na_kare_smierci_wyjda_z_wiezien_Prof_Zoll.html#ixzz2wrxQqVjr (dostęp 24 marca 2014 r.); T. Kwaśniewski, *Alternatywa – wywiad z M. Królikowskim i M. Balickim*, Radio Tok FM, Warszawa, 23.11.2012; C. Łasiczka, *Konfrontacje – rozmowa z M. Królikowskim i J. Heitzmanem*, tamże, 12.03.2013 (dostęp do audycji: archiwum autora artykułu).

9 J. Bomba, *Wartości humanistyczne a poszanowanie praw człowieka w trudnych warunkach*, „Psychiatria Polska” 1993, t. XXVII, nr 3.

10 Tamże, s. 229–234. Zasadnym jest, by zwrócić uwagę, iż do 1994 r. w Polsce nie obowiązywała żadna ustawa, która regulowałaby sprawę przyjęcia – w tym przymusowego przyjęcia – pacjentów do szpitali psychiatrycznych; w kwestii tej od 1952 r. lekarze w praktyce bazowali na zapisach instrukcji Ministra Zdrowia w sprawie przyjmowania oraz wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Dokument ten w żaden sposób nie gwarantował respektowania praw osób kierowanych do tych placówek. W instrukcji tej była jedynie mowa o możliwości umieszczenia danej osoby w szpitalu – nie określono żadnych trybów kontroli, możliwości składania skarg lub też odwoływania się. W tym kontekście zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Bydgoszcz 2003, s. 390–392.

11 J. Heitzman, *Profesor Stanisław Dąbrowski (1922–2012)*, wspomnienie pośmiertne, „Psychiatria Polska” 2012, t. XLVI, nr 4, s. 716.

12 J. Heitzman, *Psychiatria sądowa i orzecznictwo*, (w:) A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, wyd. III, Warszawa 2006, s. 643–644.

13 B. Kmiecik, *Prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego – historia i współczesność* (w:) Maciaszek J., Bucłoń P. (red.), *Ochrona*

Odnosząc się do zarzutów związanych z obawami dotyczącymi wykorzystania polskiej psychiatrii do celów politycznych, warto również zwrócić uwagę na treść art. 1 u.p.o.z.p. W tym miejscu należy wskazać, iż omawiane przepisy nie odnoszą się do sytuacji, w której dana osoba, funkcjonując w określonym społeczeństwie, zostaje skierowana do placówki ochrony zdrowia w związku z pojawieniem się objawów choroby zagrażających życiu danej osoby lub życiu i zdrowiu innych osób. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku art. 23 u.o.z.p., który w tego typu stanie zezwala na zastosowanie przymusowego leczenia. Podlegający rygorowi pacjent, co należy wskazać, nie jest karany. Działanie izolacyjne stosowane jest wobec niego w związku z współistnieniem choroby psychicznej oraz powiązanych z nią zachowań agresywnych lub autoagresywnych¹⁴. Jak wskazali Królikowski i Sako-wicz, proponowane w art. 1 u.p.o.z.p. rozwiązania nie są karą, podobnie jak nie są nią działania podejmowane w ramach przepisów wynikających z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W nowych propozycjach dotyczących postpenalnej izolacji, w odróżnieniu od zapisów, jakie dostrzegamy w ustawie psychiatrycznej, procedura izolacji zostaje wszczęta nie w warunkach wolnościowych, ale w trakcie ostatniego okresu pobytu sprawcy na terenie zakładu karnego.

Odnosząc się w tym miejscu do głosów krytycznych związanych z wejściem w życie nowych rozwiązań izolacyjnych, warto wskazać, iż nie mogą one dotyczyć wszystkich więźniów, lecz ograniczone są do sytuacji, gdy:

- 1) osoby skazane odbywają prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym;
- 2) w trakcie odbywania kary zaobserwowano u więźniów występowanie upośledzenia umy-

zdrowia psychicznego – wybrane zagadnienia społeczno-prawne, Janów Lubelski 2011, s. 71–74.

14 Jak słusznie wskazuje J. Duda, w trakcie orzekania o zasadności przymusowej hospitalizacji nie można opierać się wyłącznie na występowaniu np. silnych zachowań gwałtownych – muszą być one zdaniem psychiatrów powiązane z rozpoznaną chorobą psychiczną. Samo występowanie zachowań agresywnych nie jest bowiem tożsame z istnieniem choroby psychicznej: J. Duda, *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*, Warszawa 2006, s. 114.

słowego, zaburzeń osobowości lub zaburzeń preferencji seksualnych;

- 3) obserwacje występującego upośledzenia lub zaburzeń skłaniają do stwierdzenia, iż z racji na ich charakter więźniowie ci stwarzać mogą zagrożenie dla innych osób poprzez podejmowanie działań zabronionych zagrożonych „karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej 10 lat”.

Wydaje się, iż ostatni z punktów wzbudza w środowisku psychiatrów największe oburzenie. Jak bowiem wskazał przywoływany już J. Heitzman, „[p]sychopatia jest zaburzeniem osobowości, nie chorobą. Nie ma na to tabletki. Elektrowstrząsy nie pomogą. (...) Nie leczy się osobowości”¹⁵. W tym miejscu dochodzi niejako do połączenia elementów krytycznej argumentacji. Polscy lekarze podkreślają, iż obawy związane z ewentualnością pojawieniem się „psychuszek” dotyczą wprowadzenia przez Ministerstwo Sprawiedliwości możliwości leczenia przymusowego nie tyle osób chorych, ile raczej osób, które określane są mianem „złych ludzi”¹⁶.

Warto w tym miejscu wspomnieć, iż ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, w istocie jako pierwszy akt prawny w naszym kraju, dokonała legalnego scharakteryzowania zjawiska, jakim jest zaburzenie psychiczne, w tym zaburzenia, o których czytamy w art. 1 u.p.o.z.p. Z kolei art. 3 u.o.z.p. stanowi, iż przez pojęcie zaburzenia psychicznego należy rozumieć:

- chorobę psychiczną (związaną z dostrzeganiem objawów psychotycznych, w tym urojeń, omamów itd.),
- upośledzenie umysłowe,
- „inne zakłócenia czynności psychicznych, 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”¹⁷.

15 Prof. Heitzman: *Psychiatria nie odpowiada za „bestie”*, rozmowa E. Siedleckiej, „Gazeta Wyborcza” z 25 listopada 2013, http://wyborcza.pl/1,75478,15008124,Prof_Heitzman_Psychiatria_nie_odpowiada_za_bestie.html (dostęp 24 marca 2014 r.).

16 C. Łasiczka, *Konfrontacje...*, dz. cyt.

17 Art. 3 u.o.z.p.

W opiniach krytycznych, jakie pojawiły się już na etapie procedowania analizowanej ustawy, nie zwrócono jednak uwagi, iż w odniesieniu do przywołanej trzeciej grupy pacjentów, wśród praktyków psychiatrów od lat istnieje spór dotyczący możliwości podjęcia przymusowej hospitalizacji. Jak podkreślali autorzy pierwszego komentarza do polskiej ustawy psychiatrycznej, możliwość przymusowego leczenia w trybie nagłym oraz wnioskowym – art. 23 i 29 u.o.z.p. – możliwa jest wyłącznie w odniesieniu do osób chorych psychicznie. Stanisław Dąbrowski oraz Janusz Pietrzykowski zaznaczali przy tej okazji, iż definicja prawna nie może stanowić podstawy rozstrzygnięć o wyłącznie medycznym charakterze¹⁸.

W tym miejscu nie można jednak pominąć faktu, iż do szpitali psychiatrycznych coraz częściej przyjmowane są osoby, które pomimo niewystępowania objawów psychotycznych stwarzają zagrożenie dla własnego życia lub życia i zdrowia innych osób. Przykładem podobnych działań mogą być m.in. ostre zaburzenia odżywiania typu anoreksji lub też głębokie zaburzenia rozwojowe typu autyzmu. W pierwszym przypadku mówimy o osobach, u których z racji na utrwalony nieprawidłowy obraz dotyczący własnego ciała dojść może do istotnego, zagrażającego życiu wyniszczenia organizmu. Jak wskazują Arnold Lazarus oraz Andrew Colman, „anoreksja jest to stan bliski całkowitemu zagłodzeniu”¹⁹. Z kolei w wypadku autyzmu konieczne jest, by wskazać, iż pojawiające się nagle zachowania agresywne bądź autoagresywne nie są związane z wystąpieniem czynników psychotycznych. Choć wspomniane zaburzenie rozwojowe stanowi dla ekspertów nadal tajemnicę, to jednak wiadomo, iż odnieść je należy do problemów związanych z tzw. sensorycznym postrzeganiem rzeczywistości. U danej osoby zachowania agresywne pojawiają się, jak wskazano, nie z racji dostrzegania np. przerażających ją, nieistniejących w rzeczywistości zjawisk, ale przyczyna zjawiska leży w niedostymulowaniu lub przestymulowaniu w obszarze danego zmysłu – obrazy, wrażenia i dźwięki są np. odbierane z niezwykle wzmoczoną siłą²⁰.

Konkludując zaprezentowany psychopatologiczny wątek, należy wskazać, iż w obecnym stanie prawnym brak jest jednoznacznych rozstrzygnięć dotyczących możliwości przymusowego leczenia osób w podobnym stanie klinicznym, w wypadku, gdy objawy wynikające z owego stanu manifestowane są w postaci np. agresji czy autoagresji. Podobna wątpliwość pojawia się również w sytuacji, gdy do lekarza na terenie szpitala zgłasza się na rozmowę pacjent przyjęty do oddziału za własną zgodą – mający prawo do wycofania zgody na pobyt w szpitalu – a problem wyłania się w chwili, gdy osoba ta, nie wykazując zaburzeń psychotycznych, żąda wypisu ze szpitala, jednocześnie wskazując, iż w dalszym ciągu pojawiają się u niej myśli o charakterze samobójczym. Gdyby podobny stan dotyczył rozmowy przed przyjęciem do szpitala, lekarze posiadaliby prawo przymusowego przyjęcia danej osoby na podstawie art. 24 u.o.z.p., celem sprawdzenia, czy jest ona, czy też nie jest chora psychicznie²¹. W okresie hospitalizacji nie ma jednak podobnej możliwości, gdyż art. 28 u.o.z.p. – wycofanie zgody na pobyt w szpitalu – skorelowany jest z treścią art. 23 tej ustawy, czyli nagłym przyjęciem osoby chorej psychicznie bez jej zgody, a nie z art. 24 u.o.z.p., tj. dziesięciodniową obserwacją psychiatryczną²².

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, Warszawa 2004, s. 140–141. Na bazie powyższych rozważań warto wspomnieć, iż w podobnym stanie klinicznym nie zawsze występuje upośledzenie umysłowe, które uprawniałoby do przymusowej hospitalizacji opartej o art. 22. ust. 2–2c u.o.z.p.

- 21 Szerzej na temat ochrony praw człowieka w trybie obserwacji w oparciu o art. 24 u.o.z.p. zob. A. Gruszczynska-Młodożeniec., K. Pierzgałska, *Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Wywiad z prof. S. Dąbrowskim*, „Wiadomości Psychiatryczne” 2004, t. 7, nr 4., s. 295 oraz B. Kmiecik, *Stosowanie preparatów przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu – depot, u chorych pacjentów przyjętych do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: dylematy medyczne, prawne i etyczne*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2008, vol. 8, nr 4, s. 205–206.
- 22 Szerzej na ten temat B. Kmiecik, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – między luką a paradoksem*, „Rodzina i Prawo” 2014, nr 1, w druku.

18 S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 55–57.

19 A. Colman, A. Lazarus, *Psychopatologia*, Warszawa 2001, s. 86–87.

20 Tamże, s. 64–66. W kontekście zachowań agresywnych zob. także A. Perzanowska, *Reprezentowanie interesów osób z trudnymi*

Przenosząc prezentowane rozważania na grunt komentowanej ustawy, warto zwrócić uwagę, iż skonstruowanie aktu prawnego w całości poruszającego tematykę przymusowej hospitalizacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych winno być uznane za swoisty punkt startowy do dyskusji na temat coraz bardziej skomplikowanych sytuacji klinicznych. Owe sytuacje, bezpośrednio odnoszące się do prawa, z jed-

Dokonując jednak dalszej analizy swoistego konfliktu społeczno-prawnego, jaki pojawił się na linii reprezentantów środowisk psychiatrycznych oraz prawnych, należy wskazać, iż dla ekspertów medycznych kluczowy zarzut formułowany w odniesieniu do omawianego aktu prawnego dotyczy zakresu zaburzeń, wobec których lekarze zobowiązani zostają do terapii. Tak jak wspomniano powyżej, w opinii medy-



Skonstruowanie aktu prawnego w całości poruszającego tematykę przymusowej hospitalizacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych winno być uznane za swoisty punkt startowy do dyskusji na temat coraz bardziej skomplikowanych sytuacji klinicznych.

nej strony nie wypełniają dotychczasowych przesłanek ustawowych uprawniających do stosowania przymusowego leczenia szpitalnego, z drugiej zaś prezentują zdarzenia niepozwalające personelowi medycznemu na przyjęcie postawy biernej, której konsekwencją może być sytuacja zagrożenia dla zdrowia i życia konkretnych osób²³.

23 Z całą pewnością najbardziej wyrazistą w powyższym kontekście jest sytuacja pacjentek, które przyjmowane są do szpitali w stanie wyniszczenia organizmu związanego z zaburzeniami typu anoreksji. Niejednokrotnie mówimy tu o sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Podobne stany nie są jednak chorobą psychiczną. Są trwałym zaburzeniem psychicznym, zaburzeniem obrazu własnego ciała. W praktyce jednak najczęściej w podobnej sytuacji lekarze decydują się przyjmując pacjentkę w podobnym stanie bez jej zgody, z jednej strony bazując na zapisach wspomnianego art. 23 u.o.z.p., a z drugiej odwołując się do zapisów art. 33 ustawy o zawodzie lekarza, który stanowi, że „[b]ądanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem

ków zobowiązanie ich do poddania terapii osób, które wykazują stałą skłonność do podejmowania działań aspołecznych, jest w istocie wykorzystaniem lekarzy do działań nie w pełni medycznych. W podobnych wypowiedziach wskazywano, że osoby, o których mowa, kierowane do specjalnych ośrodków terapii osobowości, winny być poddane resocjalizacji, a nie terapii medycznej podejmowanej przez lekarzy i pielęgniarki²⁴.

W tym miejscu kluczowe wydaje się wyjaśnienie następującego istotnego problemu prawnomedycznego. Jak już wspomniano, dotychczasowe przepisy wynikające z zapisów kodeksu karnego oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pozwalały stosować przymusowe leczenie psychiatryczne wobec osób, u których zdiagnozowano chorobę psychiczną. Z per-

faktycznym” – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. nr 26, poz. 1943 z późn. zm.). Zob. także: A. Tylec, M. Olajossy, H. Dubas-Ślęmp, *Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku*, „Psychiatria Polska” 2013, t. XLVII, nr 3, s. 535.
24 Z. Semprich, *Gorący kartofel rzucony psychiatrom*, „Medical Tribune” 2013, nr 8, s. 11.

spektywy prawnokarnej, o czym wspomnieli obszernie w swoim tekście M. Królikowski i A. Sakowicz, istnieje obecnie możliwość, by bazując na zapisach art. 95a k.k.²⁵, kierować na przymusową terapię również sprawcę, u którego stwierdzono występowanie silnych zaburzeń w odniesieniu do preferencji seksualnych.

W tym miejscu należy jednak wskazać, iż generalna zasada, jaka przyjęta została w polskim prawie karnym – związana z możliwością zastosowania środka zastępczego – odwołuje się do pojęcia niepoczytalności. Jak wskazuje Rafał Kubiak, „niepoczytalność jest uznawana za okoliczność wyłączającą winę, a tym samym wyłączającą odpowiedzialność, w myśl zasady *nullum crimen sine culpa*. Osoba, która w chwili czynu jest niepoczytalna, nie może zatem popełnić przestępstwa (dopuszcza się jedynie czynu zabronionego), a w konsekwencji nie jest możliwe orzeczenie wobec niej kar i środków karnych”²⁶. Pozostawiając z boku dyskusję dotyczącą ewentualnego karnego charakteru omawianych w tym miejscu propozycji Ministerstwa Sprawiedliwości, warto rozważyć, czy w odniesieniu do osób, które potencjalnie podlegać mają ww. przepisom, można mówić o świadomości popełnianego czynu.

Zarówno w odniesieniu do przywoływanych już zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak i ukazywanych rozwiązań przewidzianych przez kodeks karny, pojawienie się możliwości przymusowego leczenia istnieje w chwili, gdy sąd na podstawie opinii biegłych dochodzi do wniosku, że dana osoba nie potrafiła w danym momencie pokierować swoim postępowaniem. W wypadku analizowanej problematyki nie ma wątpliwości co do poczytalności osób, które objąć ma omawiana ustawa. W przywoływanym już art. 1 u.p.o.z.p. mowa jest o osobach, które nie zostały uznane za niepoczytalne w chwili dokonywania czynu. W tym miejscu mówimy zatem o sprawcach, którzy doświadczają stanu określanego mianem psychopatii. Zwróćmy uwagę, iż omawiany stan kliniczny nadal dla psychiatrów oraz psychologów pozostaje tajemnicą.

Jako interesujące należy uznać, że wszelkie typowe objawy psychopatii pojawiać się mogą w przebiegu zaburzeń układu neurologicznego. Przykładem może

być pojawienie się nowotworu w obszarze płatów czołowych mózgu danej osoby. Stan ten powodować może wystąpienie zachowań agresywnych, zaskakujących niejednokrotnie samych pacjentów. Z drugiej jednak strony dokładne analizy biologiczne oraz neurologiczne sprawców ciężkich przestępstw często nie są w stanie wykazać określonej patologii składającej do podejmowania działań antyspołecznych. Wybuchy nagłej i niekontrolowanej agresji pojawiają się u osób ze zdiagnozowaną psychopatią, ale dostrzec je można również u pacjentów cierpiących na sporadyczne ataki padaczki skroniowej. Podłoże organiczne może stanowić podstawę nieliczenia się ze skutkami własnego postępowania. Podobnie brak krytycyzmu, aż do zaprzeczania chorobie zwanego anosognozją, pojawić się może w przebiegu nowotworów mózgu oraz postępującego paraliżu, które wpływają również na doświadczenie przez chorego silnego zapotrzebowania na stymulację, brak odczuwania empatii itd. Zdaniem Kazimierza Pospiszyla, dokonującego psychologicznej analizy omawianego zjawiska, u osób, u których podobne antyspołeczne zachowania występują z racji konkretnych zaburzeń somatycznych, bez trudu dostrzec można pojawienie się wyrzutów sumienia. Osoby te nie akceptują swojego zachowania, mają skłonności do samokarania, a działania, jakie podejmują, stanowią dla nich źródło silnego zaskoczenia. Poza tym w obu grupach istnieje również trudność dotycząca możliwości podjęcia terapii. Jak wskazuje w swoich analizach K. Pospiszyl, w wypadku „prawdziwych psychopatów” nie odnaleziono dotychczas skutecznych form terapii. Wiadome jest, iż na tzw. skłonność do czynienia zła nieskuteczne są zarówno elektrowstrząsy, jak i środki farmakologiczne, które jedynie wspomagać mogą działanie terapeutyczne²⁷.

Odnosząc się do możliwości korekty psychologicznej podobnych zachowań, brak jest w chwili obecnej jednoznacznych wyników, co spowodowane jest mnogością podejść do pacjenta (czy klienta) reprezentowaną przez poszczególne szkoły psychoterapii. Od pewnego jednak czasu stosowana jest powszechnie, m.in. w systemie penitencjarnym USA, metoda Treningu Zastępowania Agresji ART – ang. *Aggression Replacement Training* – opierająca się na kształtowaniu umiejętności

25 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

26 R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 414.

27 K. Pospiszyl, *Psychopatia*, Warszawa 2000, s. 75–79, 149.

ści kontroli zachowań antyspołecznych, przy jednoczesnym odbudowywaniu systemu moralnego danego sprawcy. Zdaniem Jacka Morawskiego, aplikującego podobne rozwiązanie w polskim systemie resocjalizacyjnym, skuteczność omawianego treningu w grupie poddawanej mu młodzieży dochodzi do 70–80 procent. Jak podkreśla jednak przywołany kryminolog, na terenie USA prezentowana działalność podejmowana jest z funduszy Departamentu Sprawiedliwości²⁸.

Czy sprawcy będą powtórnie karani?

Zapoznanie się z treścią analizowanego aktu prawnego w sposób jednoznaczny wskazuje, iż Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym będzie instytucją leczniczą podlegającą bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia (art. 4 ust. 2 u.p.o.z.p.). W ośrodku tym zatrudnienie znajdą zapewne tacy specjaliści medyczni, jak: psychiatry, psycholodzy, specjaliści resocjalizacji (pedagodzy specjaliści), so-



Proponuje się poddanie sprawców interwencjom terapeutycznym, którym *nota bene* poddawani byli przez co najmniej kilka lat pobytu w zakładzie karnym, w ramach odbywania kary w systemie terapeutycznym. Czy to oznacza, iż działania terapeutyczno-resocjalizacyjne kierowane w więzieniu okazały się nieskuteczne?

Reasumując zatem powyższe refleksje, zasadnym jest, by wskazać, iż przepisy u.p.o.z.p. odnosić się będą do osób zaburzonych, lecz w pełni świadomych popełnianych przez siebie czynów. Omawiane działania związane będą z propozycją poddania sprawców interwencjom terapeutycznym, którym *nota bene* poddawani byli przez co najmniej kilka lat pobytu w zakładzie karnym, w ramach odbywania kary w systemie terapeutycznym. Czy to oznacza, iż działania terapeutyczno-resocjalizacyjne kierowane w więzieniu okazały się nieskuteczne? W jaki sposób ustawodawca zamierza skorygować zachowania omawianych sprawców w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym? Czy będą się one różnić czymkolwiek od działań podejmowanych w więzieniu? Postawienie podobnych pytań wydaje się kluczowe, by wyjaśnić kolejną główną wątpliwość pojawiającą się w głosach krytycznych w stosunku do zapisów komentowanej ustawy.

²⁸ J. Morawski, *Trening Zastępowania Agresji*, Warszawa 2003, s. 5.

cjoterapeuci oraz pielęgniarki. Także sama procedura przyjęcia przyszłego pacjenta do tego typu placówki odwołuje się do praktyk procedury przymusowej hospitalizacji psychiatrycznej opartej na przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, kierowania sprawców na tzw. internację na podstawie przepisów kodeksu karnego, orzekania ubezwłasnowolnienia osoby doświadczonej choroby lub ciężkiego zaburzenia uniemożliwiających jej samodzielną egzystencję²⁹.

²⁹ Mowa w tym miejscu o dostrzegalnych w poszczególnych przepisach zasadach: kierowanie przez sąd do szpitala osoby zagrażającej własnemu życiu lub zdrowiu na podstawie opinii biegłych, wydawanie decyzji przez niezależny organ sądowy, wprowadzeniu możliwości korzystania z pomocy adwokata (w przypadku omawianej ustawy istnieje obowiązek zapewnienia obrony), uczestnictwo prokuratora w trakcie postępowania sądowego (podobnie jak w przypadku procedury ubezwłasnowolnienia), zob. art. 546 § 2 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. nr 167, poz. 1398), zob. także art. 16 u.o.z.p.

Medyczny charakter ustawy dostrzec można również we wprowadzeniu możliwości skorzystania przez przyszłych pacjentów z pomocy rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Przypomnijmy w tym miejscu, iż mowa o niezależnych ekspertach będących pracownikami Bura Rzecznika Praw Pacjenta, wykonujących jednocześnie swoje obowiązki na terenie szpitala psychiatrycznego³⁰. Instytucja ta wprowadzona została do polskiego prawa na początku 2006 r., a jej celem było stworzenie pacjentom możliwości kierowania szczególnie trudnych spraw – przyjęcie bez zgody, zakaz wypisu, przymus bezpośredni – do niezależnych ombudsmenów, mogących natychmiast podjąć interwencję m.in. w sytuacji, gdy pacjent znajduje się w stanie, w którym sam nie ma możliwości złożenia skargi³¹.

W tym miejscu pojawić się może pogląd, że rozwiązania ustawowe wychodzą naprzeciw zasadzie najmniejszej uciążliwości wyrażonej w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego: „Przy wyborze rodzaju i metod

nym dokumencie, „Trybunał zwraca [na to] uwagę m.in. w orzeczeniu *M przeciwko Niemcom*. Sposób i miejsce wykonywania pozbawienia wolności to obok celu i dolegliwości orzeczonego środka – zasadnicze elementy odróżniające ten środek prewencyjny od kary. Rozróżnienie tych dwóch postaci pozbawienia wolności jest szczególnie istotne z punktu widzenia zgodności z art. 7 Konwencji, który określa zakaz wstecznego stosowania kar na niekorzyść oskarżonego. Z projektowanych przepisów jednoznacznie wynika, że pozbawienie wolności orzekane na podstawie przepisów rozdziału 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego nie jest karą w rozumieniu nadanym temu określeniu w orzecznictwie Trybunału”³².

Dokonując dokładnej analizy treści omawianej ustawy, podejmowanej przy pomocy ogólnej metody analizy dokumentów³³ oraz bardziej szczegółowej metody dogmatycznoprawnej³⁴, dojść można do wniosku, iż obawy osób krytykujących omawiane w artykule M. Królikowskiego i A. Sakowicza przepisy posiada-

” Rozwiązania ustawowe wychodzą naprzeciw zasadzie najmniejszej uciążliwości wyrażonej w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy” (art. 12 u.o.z.p.). Także autorzy uzasadnienia do projektu komentowanej tu ustawy wskazywali, iż terapeutyczny charakter omawianych ośrodków ma na celu zmniejszenie – w sposób proporcjonalny do konieczności zapewnienia bezpieczeństwa – stopnia dolegliwości odczuwanej w trakcie stosowania podobnego środka zabezpieczającego. Jak czytamy w przywoła-

ją w wielu miejscach słuszny charakter. Już w tytule artykułu dostrzec można stanowisko, że obaj karniści w sposób jednoznaczny wskazują, iż sądowe kierowanie byłych sprawców do izolacyjnych instytucji ochrony zdrowia zdejmuje punitivny ciężar prezentowanych rozwiązań ustawowych. Wskazano ponadto, iż wszelkie proponowane działania dotyczyć mają obec-

30 J. Duda, *Komentarz...*, dz. cyt., s. 51–52.

31 D. Sikora, *Prawa pacjentów w szpitalach psychiatrycznych*, <http://www.dps.pl/radar/psychiatria/prawa.php> (dostęp 20 marca 2014 r.).

32 Uzasadnienie do projektu, druk sejmowy nr 1577, <http://sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/druk.xsp?documentId=8FAC382EE3488066C1257BAC004796F3> (dostęp 18 lutego 2014 r.), s.15.

33 A. Sulek, *Ogród metodologii socjologicznej*, Warszawa 2002, s. 105–106.

34 Szerzej o metodzie dogmatycznoprawnej zob. A. Bator (red.), *Wprowadzenie do nauk prawnych. Leksykon tematyczny*, Warszawa 2008, s. 24–25.

nego stanu klinicznego sprawców. Badania powołanych przez sąd biegłych mają odnosić się do aktualnej sytuacji zdrowotnej danej osoby. Nie podważając podobnych poglądów, zasadne jest, by dostrzec, iż omawiana ustawa wprowadza rozwiązanie niewystępujące do tej pory w polskim prawie medycznym, nieznanie ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. Warto zatem zatrzymać się nad powyższym spostrzeżeniem.

Jak wielokrotnie wspomniano, zarówno w artykule obu karnistów, jak i w medialnych wypowiedziach twórców analizowanej ustawy, wprowadzone na początku 2014 r. przepisy mają na celu z jednej strony izolację osób mogących stanowić zagrożenie, a z drugiej – udzielenie kompetentnego wsparcia osobom, które doświadczają silnych zaburzeń psychicznych. W wypowiedziach tych również często dostrzec można odniesienie do zapisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak i do polskich przepisów prawnych dotyczących internacji (detencji). Dokładne zapoznanie się z treścią komentowanej ustawy wskazuje jednak, iż zawarte w tym dokumencie propozycje dotyczące stosowania środków przymusu bezpośredniego nie znajdują odpowiedników w innym, podobnym akcie prawnym. Należy w tym miejscu wspomnieć, że uchwalona w połowie 2013 r. ustawa o środkach przymusu bezpośredniego³⁵ (dalej: u.s.p.b.), wymienia w art. 12 takie m.in. środki, jak kajdanki, pałka służbowa, ręczny miotacz substancji obezwładniających³⁶. Przypomnieć również należy, iż w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym podobne formy działań podejmować może tzw. służba ochrony (art. 36 ust. 1 pkt 5 u.p.o.z.p.). Jak stanowi jednak art. 3 u.s.p.b., przepisów owego dokumentu nie stosuje się m.in. do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego³⁷ i ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi³⁸. Tym samym

podobne formy działania są niedozwolone w trybach przymusowej hospitalizacji przewidzianych w ww. aktach prawnych. Jako podstawowe w powyższym kontekście należy uznać formy przymusu, jakie dopuszcza art. 18 u.o.z.p., a więc: unieruchomienie, przytrzymanie, izolacja oraz przymusowe zastosowanie leków. Tytułem uzupełnienia warto także zwrócić uwagę na sposób, w jaki przepisy dotyczące internacji odnoszą się do problematyki stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. Zgodnie z zapisami kodeksu karnego wykonawczego³⁹ (dalej: k.k.w.): „Wobec sprawcy umieszczonego w zamkniętym zakładzie psychiatrycznym lub w zakładzie leczenia odwykowego można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego” (art. 204a k.k.w.). Także przepisy wykonawcze ukazujące zasady postępowania z pacjentami poddany mi detencji⁴⁰ w żaden sposób nie wskazują na możliwość stosowania wobec owych pacjentów innych form przymusu niż przywołane działania opisane w art. 18 u.o.z.p.⁴¹ Reasumując: wydaje się niezrozumiałym, a nade wszystko systemowo sprzecznym, wprowadzenie możliwości podejmowania przez służbę ochrony tak drastycznych i dolegliwych dla pacjenta form działania. Nie ulega wątpliwości, iż kierowane do ośrodka osoby stwarzając potencjalnie mogą trwale niebezpieczeństwo m.in. dla pracowników medycznych. Podobny stan – dolegliwości – zaobserwować można jednak nie tylko na oddziałach psychiatrycznych o wzmocnionym lub maksymalnym stopniu zabezpieczenia, ale wydaje się on również realny w każdej tzw. zamkniętej części

35 Ustawa z dnia 24 maja 2013 r. o środkach przymusu bezpośredniego i broni palnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 628 z późn. zm.).

36 Art. 12 ust. 1 u.s.p.b.

37 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r. poz. 1356).

38 Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).

39 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. nr 90, poz. 557 z późn. zm.).

40 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz.U. nr 170, poz. 1148).

41 W podobnych sytuacjach możliwe jest zastosowanie np. kajdank jedynie w chwili doprowadzenia sprawcy do szpitala psychiatrycznego przez policję, jak również w momencie podjęcia przez omawiany organ działań związanych z tzw. trybem wnioskowym kierowania do szpitala psychiatrycznego, w sposób szczególnie osoby wykazującej zachowania agresywne lub autoagresywne.

oddziały psychiatrycznego, na terenie której leczenia są pacjenci na pierwszym etapie choroby, w którym objawy psychotyczne stanowią podstawę niebezpiecznych zachowań kierowanych przez pacjenta wobec siebie lub innych osób.

W aktach prawnych dotyczących podobnych sytuacji nie znajdziemy również spotykanych w treści analizowanej ustawy zapisów:

- dokładnie opisujących użycie wobec pacjenta pałki służbowej (art. 36 ust. 1, pkt 5 lit. b);
- okazujących sytuacyjny scenariusz na wypadek ciężkiego uszczerbku na zdrowiu pacjenta lub jego śmierci jako następstwa zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego (art. 43 ust. 3 u.p.o.z.p.).

Warto w tym miejscu przypomnieć cytowaną w wstępie maksymę Leona Petrażyckiego: „Prawo jest psychicznym czynnikiem życia społecznego i działa psychicznie”. Lektura omawianych przepisów wiązać się może z pojawieniem się konkretnych reakcji psychicznych, w tym istotnych obaw. Z całą pewnością na początku 2014 r. liczne relacje medialne budziły oraz utrwały w społeczeństwie postawy lękowe dotyczące potencjalnych pacjentów projektowanych ośrodków zapobiegania zachowaniom dyssocjalnym. Sama już jednak treść ustawy powodować może, jak wskazano powyżej, podobne konsekwencje. W ustawie w sposób ewidentny skorzystano z rozwiązań nie tyle znanych z dotychczasowych form stosowania izolacyjnego, ile raczej sięgnięto do wypróbowanych działań znanych z jednostek typu penitencjarnego. Z całą pewnością nie ma niczego negatywnego w zdecydowaniu się przez ustawodawcę na wprowadzenie możliwości zatrudnienia specjalnej służby ochrony, mającej na celu zapewnienie bezpieczeństwa pracowników, osób odwieczających, a pośrednio także społeczeństwa – chronione przed osobami stwarzającymi zagrożenie. Już dzisiaj coraz częściej szpitale psychiatryczne decydują się na formalną współpracę z firmami ochroniarskimi, których grupy interwencyjne podejmują działania w szczególnie trudnych momentach na terenie placówek psychiatrycznych⁴². W zaistniałych jednak sytuacjach zatrudniona ochrona może podjąć jakiegokolwiek

działania jedynie na postawie decyzji lekarza lub pielęgniarzki. Przepisy u.p.o.z.p. wprowadzają nieznaną w polskim prawie medycznym regulację, kiedy to o zastosowaniu siły wobec pacjenta decyduje nie pracownik medyczny, lecz pracownik służby ochrony (art. 38 ust. 2 u.p.o.z.p.). Konkludując, należy zaznaczyć, że choć z perspektywy formalnej sprawcy kierowani do ośrodka nie będą podlegać wtórnemu karaniu, to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż proponowane przepisy w znacznej mierze posiadać mogą – niewystępujący w innych podobnych dokumentach – charakter punitivny, w sposób istotny zwiększający dolegliwość pobytu w omawianej placówce⁴³.

Czy istnieje alternatywa?

Dokonując oceny okoliczności wprowadzania przepisów ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, dojść można do wniosku, iż znaleźliśmy się w szczególnie trudnej i złożonej zarazem sytuacji. Pojawiła się bowiem w polskim systemie prawnomedycznym uznawana za kontrowersyjną możliwość postpenalnego izolowania sprawców, w związku z wynikłym na podstawie badań przekonaniem o istnieniu trwałego zagrożenia ze strony tych osób. Z całą pewnością omawiane przepisy powstawały z towarzyszącą im świadomością, iż od 2014 r. zakłady karne zaczęły opuszczać osoby, które jeszcze w okresie PRL-u skazane zostały na karę śmierci. W tym miejscu dotykamy swoistego drama-

43 M. Cieślak, *Wstęp do nauki polskiego prawa karnego*, Gdańsk 1985. Według tego autora kara kryminalna to „celowa dolegliwość stosowana przez władzę państwową wobec człowieka z powodu jego zachowania uznanego przez tę władzę za społecznie naganne i zasługujące na taką dolegliwość” (s. 12). Zob. też J. Śliwowski, *Wykonanie kary w warunkach ograniczonej wolności*, „Studia Iuridica” 1964, t. 5, s. 22. Treść dolegliwości nieodłącznie zdaniem Jerzego Śliwowskiego związanej z karą „wypełnia konieczność zorganizowania własnej egzystencji w narzuconym, przymusowym środowisku, konieczność zrzęgowania ze swojej suwerennej osobowości i niemożność dowolnego kształtowania wyboru działań, postawy i wrażeń”, cyt. za M. Nielączna, *Postępowanie ze skazanymi przy przyjęciu w celu odbycia kary pozbawienia wolności. Raport z monitoringu*, „Analizy, Raporty i Ekspertyzy – Stowarzyszenie Interwencji Prawnej” 2010, nr 2, s. 2 i 4.

42 B. Kmieciak, *Możliwość uczestnictwa pracowników niemedycznych w odprawach lekarskich*, Warszawa 2012, s. 9.

tu omawianej ustawy. Mamy do czynienia z sytuacją, w której prawdopodobieństwo popełnienia niedozwolonych czynów przez konkretne osoby jest wyraźnie dostrzegane, zarówno przez zwolenników, jak i przeciwników ustawy. Mówimy w tym miejscu o osobach, których czyny zostały w przeszłości uznane za szczególnie haniebne. Z drugiej strony mamy świadomość, iż proponowane przepisy tworzone są w atmosferze obawy i lęku. Poza tym omawiane rozwiązania prawne tworzą w istocie nieznaną do tej pory w polskim prawie swoistą „cywilną formę internacji”, która dotyczy ma na wstępie osób, które odbyły już karę. Omawiany sytuacyjny konflikt dostrzegł prokurator generalny Andrzej Seremet, który wskazał, że obecnie znaleźliśmy się w sytuacji, „w której na jednej szali stawia się stworzenie ustawy, która budzi konstytucyjne wątpliwości, a na drugiej bezpieczeństwo ludzi. Wybierając którąś z tych wartości, podjęto decyzję o uchwaleniu tej ustawy”⁴⁴. Jako interesujące w całej debacie na ten temat uważa należy nieprzedstawienie przez przeciwników przyjętych rozwiązań – ewentualnych kontrpropozycji, które wychodziłyby naprzeciw realnemu problemowi, jaki dostrzec można w opuszczeniu więzienia przez osobę, wobec której istnieje duże prawdopodobieństwo, iż nie została zresocjalizowana⁴⁵.

Wracając w tym miejscu do treści artykułu M. Królikowskiego i A. Sakowicza, a także odnosząc się do wyżej przeanalizowanych przepisów ustawy, dojść można do wniosku, że omawiane propozycje ustawowe wprowadzają szczególnie dolegliwą (być może konieczną) formę izolacji – bez alternatywnej możliwości poddania się terapii w warunkach wolnościowych. Jak wskazali obaj autorzy, omawiana ustawa – poza środkami izolacyjnymi – dopuszcza możliwość zastosowanie nadzoru prewencyjnego wobec byłych więźniów. Także autorzy uzasadnienia do ustawy kilkakrotnie podkreślali, iż przywołany nadzór ma być realną propozycją dla osób, które wymagają wspar-

cia w procesie powrotu do społeczeństwa. Jak czytamy w dokumencie dołączonym do projektu ustawy, „przy ocenie, czy zachodzi wysokie lub bardzo wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego przez osobę, której dotyczy wniosek, sąd weźmie pod uwagę uzyskane opinie biegłych, a także wyniki dotychczasowej terapii i możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę terapii na wolności”⁴⁶. Także w treści samej ustawy, w części poświęconej nadzorowi terapeutycznemu, dostrzec można zwrócenie uwagi przez ustawodawcę (wcześniej projektodawcę) na kluczową rolę terapii w warunkach wolnościowych. Artykuł 16 u.p.o.z.p. stanowi: „1. Orzekając o zastosowaniu nadzoru prewencyjnego, sąd może nałożyć na osobę stwarzającą zagrożenie obowiązek poddania się odpowiedniemu postępowaniu terapeutycznemu. W postanowieniu sąd wskazuje podmiot leczniczy, w którym postępowanie terapeutyczne ma być prowadzone. 2. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, informuje sąd i komendanta Policji sprawującego nadzór prewencyjny o uchyłaniu się od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu przez osobę stwarzającą zagrożenie”⁴⁷. W tym miejscu dostrzec można fundamentalny problem w postaci nieistnienia w polskim systemie psychiatrii środowiskowej wyspecjalizowanych ośrodków oraz poradni, które udzielałyby świadczeń resocjalizacyjno-terapeutycznych⁴⁸. Pojawia się bowiem swoisty pa-

46 Uzasadnienie do projektu, cyt. wyżej, s.10.

47 Zob. również art. 14 ust. 1, zgodnie z którym przy ocenie, czy jest konieczne zastosowanie wobec osoby stwarzającej zagrożenie nadzoru prewencyjnego albo umieszczenie jej w ośrodku, sąd „bierze pod uwagę całokształt okoliczności ustalonych w sprawie, a w szczególności uzyskane opinie biegłych, a także wyniki prowadzonego dotychczas postępowania terapeutycznego oraz możliwość efektywnego poddania się przez tę osobę postępowaniu terapeutycznemu na wolności”, a także art. 21 ust. 1, który stanowi, że sąd może orzec o umieszczeniu w ośrodku osoby stwarzającej zagrożenie, wobec której zastosowano nadzór prewencyjny, jeżeli „osoba ta uchyła się od obowiązku poddania się postępowaniu terapeutycznemu lub od obowiązków wynikających ze sprawowanego nad nią nadzoru prewencyjnego”.

48 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego odnosi się w kwestiach psychiatrii sądowej jedynie do problematyki leczenia stacjonarnego. Zob. Rozporządzenie Rady Ministrów

44 Wypowiedź Andrzeja Seremeta, Prokuratora Generalnego RP, „Fakty po Faktach” TVN, Warszawa 23.01.2014: <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/seremet-w-moim-przekonaniu-pan-trynkiewicz-wyjdzie-na-wolnosc,390702.html> (dostęp 27 marca 2014 r.).

45 B. Kmiecik, *Psychuszek nie będzie?*, „Medical Tribune” 2014 nr 2, s. 32.

radoks. Osoba poddana nadzorowi prewencyjnemu w trakcie pobytu w oddziale terapeutycznym określonego zakładu karnego poddana była specjalistycznym działaniom psychoterapeutyczno-wychowawczym⁴⁹. W warunkach wolnościowych w chwili obecnej nie ma powszechnie stosowanych programów terapeutycznych, z których mogą skorzystać osoby opuszczające więzienia. Analiza propozycji, które pojawiają się np. na terenie województwa łódzkiego, wskazuje, iż państwowe poradnie zdrowia psychicznego nie podejmują inicjatyw w tych kwestiach. Działania takie na wspomnianym obszarze podejmują w przeważającej większości organizacje pozarządowe: stowarzyszenie „Abakus” oraz fundacja „Uwolnienie”⁵⁰. Reasumując zatem, należałoby wskazać, iż dostrzegalnym problemem nie jest wyłącznie kwestia zagwarantowania społecznego bezpieczeństwa w sytuacji, gdy więzienia opuszczają nadal niebezpieczne osoby. Wydaje się, że równie istotne jest zagadnienie stworzenia prawnych (instytucjonalnych) oraz terapeutycznych rozwiązań umożliwiających kontynuowanie działań korekcyjnych w warunkach wolnościowych⁵¹.

z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz.U. z 2011 r., nr 24, poz. 128), § 3 ust. 1, pkt 1, 2, 4 i 5 (cele szczegółowe).

49 Na ten temat zabrał głos m.in. Mariusz T., w sprawie którego dyrekcja zakładu karnego w Rzeszowie złożyła wniosek do sądu okręgowego o uznanie go za osobę stwarzającą dla społeczeństwa niebezpieczeństwo: „Ja przez 21 lat mojego wyroku przebywałem na oddziale terapeutycznym w zakładzie karnym w Strzelcach Opolskich, gdzie pracowałem z psychologami, uczyłem się na terapię i tu do Rzeszowa zostałem przewieziony w celu odbycia terapii, którą odbyłem podczas 12-miesięcznych zintensyfikowanych zajęć”, *Mariusz Trynkiewicz przerywa milczenie*. „25 lat to za mało?”, „Gazeta Wyborcza Rzeszów” z 13 stycznia 2014 r., http://rzeszow.gazeta.pl/rzeszow/1,34962,15264324,Mariusz_Trynkiewicz_przerywa_milczenie___25_lat_to.html#ixzz2tlwFuMS9 (dostęp 19 lutego 2014 r.).

50 Zob. *Stowarzyszenie Samopomocowego „Abakus”*, <http://lodz.zsawl.pl/> oraz *Informacje o Fundacji „Uwolnienie”*, <http://www.uwolnienie.pl/go.php/pl/informacjeofundacji.html> (dostęp 24 marca 2014 r.).

51 Jako interesujący przykład podobnych działań uznać można aktywność podejmowaną w województwie łódzkim przez kuratorskie ośrodki pracy – z młodzieżą zagrożoną wykluczeniem społecznym. Realizowany tam jest projekt „Szansa”, w ramach

Podsumowanie

W ostatniej części proponowanych rozważań wokół lektury zapisów komentowanej ustawy oraz artykułu M. Królikowskiego i A. Sakowicza konieczne jest sformułowanie wniosków *de lege ferenda*, odnoszących się zarówno do przywołanego aktu prawnego, jak i do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, która, jak powyżej wykazano, stanowi istotne odniesienie do analizowanych przepisów.

Analizowane postpenalne rozwiązania określić można mianem pierwszego polskiego dokumentu w randze ustawy, w którym ustawodawca stara się w sposób kompleksowy uregulować kwestię przymusowej hospitalizacji osób stwarzających zagrożenie (dla siebie lub innych) w związku z występowaniem u nich niepsychotycznych zaburzeń psychicznych. Zarówno doświadczenie w stosowaniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, jak i nowe odkrycia w zakresie ludzkiej psychopatologii, każą na nowo podjąć dyskusję dotyczącą fundamentalnych zasad stosowania przymusowego leczenia wobec osób, których zaburzenia – doświadczane przez nich – powodować mogą u nich wystąpienie zachowań niebezpiecznych, niewynikających jednakże z pojawienia się objawów wytwórczych, np. omamów lub urojeń. Obecnie nie ma możliwości podjęcia takiej formy terapii wobec omawianych osób. Analizując ponadto zagadnienie praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, warto zwrócić uwagę, iż formy działań kontrolnych ukazane w ustawie o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób spotkać można również w powszechnej praktyce psychiatrycznej. Jest to przede wszystkim:

- korzystanie przez placówkę medyczną ze wsparcia pracowników firm ochroniarskich (w żaden formalny sposób niezobowiązanych do zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych o pacjencie szpitala psychiatrycznego);
- podejmowanie przez personel medyczny takich działań, jak przeszukanie osobistych rzeczy pa-

którego podjęta została współpraca z fundacją „Gajus”, specjalizującą się w pomocy dzieciom chorym na raka, <http://lodz.sr.gov.pl/index.php?id=150&id2=112> (dostęp 19 lutego 2014 r.).

cjenta, np. w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, iż dana osoba planuje zamach samobójczy.

Przepisy stworzonego przez Ministerstwo Sprawiedliwości aktu prawnego wprowadzają w odniesieniu do powyższych problemów regulację, którą można by zaaplikować do praktyk podejmowanych w szpitalach psychiatrycznych. Mowa w tym miejscu o:

- ustawowym zobowiązaniu pracowników firm współpracujących ze szpitalem do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych o chorych leczonych na terenie szpitala,
- wprowadzeniu katalogu sytuacji, w których możliwe jest przeszukanie osobistych rzeczy pacjenta, gdy nie dotyczy to działań zakazanych przez prawo (np. kradzieży, posiadania broni), lecz gdy odnosi się to do obaw związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta lub innych osób poddanych hospitalizacji (np. posiadanie leków, środków przeczyszczających, przedmiotów mogących posłużyć do dokonania samobójstwa).

W tym miejscu warto przypomnieć, że personel w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym posiada prawo do podjęcia tego typu działań (podobną możliwość przewidują także przepisy kodeksu karnego wykonawczego odnoszące się do detencji); o zastosowaniu działań decyduje dyrektor ośrodka. Pacjent posiada z kolei prawo do zaskarżenia takiej decyzji do sądu.

Pozostając w tym miejscu w temacie ww. Ośrodka, przypomnieć należy, iż osoby tam leczone posiadają prawo do kontaktu z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Obserwując dotychczasową działalność tego rodzaju ombudsmenów, dostrzec można ich istotną rolę jako niezależnych instytucji, wzmacniających możliwość terapeutycznego oddziaływania prawa⁵². Gdy jednak zestawiamy ze sobą m.in. wyżej opisane szerokie uprawnienia służby ochrony oraz miękki charakter ustawowych kompetencji przywołanych rzeczników, dojść można do wniosku, iż:

- realna ochrona praw pacjenta będzie w istocie niemożliwa (rzecznik nie ma prawa czegokolwiek żądać, nie może zająrzeć do dokumentacji medycznej bez zgody pacjenta);

52 B. Kmiecik, *Terapeutyczne działanie prawa*, „Forum Prawnicze” 2012, nr 2 (10), s. 69.

- pojawić się mogą kompetencyjne oraz interpretacyjne spory dotyczące np. zastosowania wobec pacjenta szczególnie uciążliwych form przymusu bezpośredniego, dojść więc może do istotnego zaburzenia wewnątrzszpitalnego ładu społecznego.

Z całą pewnością podobne obawy znikną w chwili, gdy rzecznicy wyposażeni zostaną w uprawnienia o twardym charakterze, jak np. możliwość dokonania wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta, szczególnie tych jej elementów, które odnoszą się do problematyki przymusu.

Przedstawione powyżej wnioski, analizy i refleksje – powstałe po lekturze komentowanego artykułu – pozostawiać mogą sprzeczne wrażenia. Z jednej strony ukazują pozytywy proponowanych nowych form oddziaływań postpenalnych, z drugiej strony wielokrotnie wskazują na problemy, jakie pojawić się mogą w związku z wprowadzeniem w życie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Owa rozbieżność – wydaje się, iż nade wszystko ukazuje trudności w pełnej ocenie analizowanego aktu prawnego. Należy zgodzić się z autorami artykułu w kwestii możliwości kontroli omawianych przepisów przez Trybunał Konstytucyjny lub Europejski Trybunał Praw Człowieka. Z perspektywy proceduralnej z całą pewnością podjęto działania, by w całości totalnej instytucji, jaką mogą okazać się projektowane ośrodki, zachować jak najwyższe standardy poszanowania praw człowieka⁵³. Nie ulega jednak wątpliwości, iż jednocześnie obserwujemy pojawienie się ośrodków, które w sensie formalnym określane mianem szpitali, z perspektywy praktycznej przypominają będą przede wszystkim więzienia. Patrząc na omawiane przepisy z perspektywy psychiatrycznej, można mieć obawy, czy wprowadzanie

53 Szerzej na temat szpitali psychiatrycznych jako instytucji totalnych:

E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, przeł. O. Waśkiewicz, J. Łaszcz, Gdańsk 2011, s. 14–15; A. Borowski, *Rola instytucji totalnych w zapewnieniu bezpieczeństwa jednostce i społeczeństwu* (w:) D. Kowalski, M. Kwiatkowski, A. Zduniak (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa*, Lublin 2004, s. 355–356; P. Sztompka, *Socjologia – analiza społeczeństwa*, Kraków 2003, s. 77.

zmian dotyczących hospitalizacji przymusowej osób doświadczających niepsychotycznych zaburzeń psychicznych nie nastąpiło zbyt szybko. Perspektywa legalna skłania do zadania w tym miejscu fundamentalnego pytania: Czym jest prawo? Korzystając z definicji zaproponowanej przez św. Tomasza z Akwinu, pra-

tego uprawnione. Jednakże nadal otwarte pozostaje pytanie dotyczące możliwości zastosowania przymusowej terapii wobec osób, których nie możemy określić mianem chorych. Innymi słowy, czy praktykę wypracowaną w odniesieniu do niepoczytalności możemy odnieść do osób istotnie zaburzonych, ale jednocześ-



Można mieć obawy, czy wprowadzanie zmian dotyczących hospitalizacji przymusowej osób doświadczających niepsychotycznych zaburzeń psychicznych nie nastąpiło zbyt szybko.

wem określamy racje rozumowe ogłoszone dla dobra społeczeństwa przez organ do tego uprawniony. Analizowana ustawa odwołuje się do konkretnych, realnych problemów związanych z potencjalnym zachowaniem sprawców opuszczających więzienia. Przepisy odwołują się do bezpieczeństwa polskich obywateli i przygotowały je – a następnie ogłosiły – organy w pełni do

nie poczytalnych? Pewne jest, że omawiana ustawa to w istocie eksperyment prawny, który, być może konieczny do przeprowadzenia, zobowiązuje do podejmowania przejrzystych działań, które niejednokrotnie wymagać będą kontroli sprawdzającej, czy aplikowane lekarstwo pomaga, czy też szkodzi społecznemu organizmowi.