

Błażej Kmiecik

Terapeutyczne działanie prawa



Błażej Kmiecik

Absolwent Resocjalizacji (2005, UE), doktorant w Katedrze Socjologii Prawa i Praw Człowieka Instytutu Socjologii KUL. Absolwent Szkoły Praw Człowieka organizowanej przez Helsińską Fundację Praw Człowieka. Od 6 lat Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Obecnie pracuje także jako redaktor ds. bioetyki w portalu biotechnologia.pl. Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Sekcji Polskiej Międzynarodowego Stowarzyszenia Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej. Autor kilkunastu recenzowanych publikacji naukowych. Główne obszary zainteresowań to: prawa człowieka, bioetyka, socjologia prawa i medycyny, teoria wychowawczego działania prawa, katolicka nauka społeczna, psychiatria.

Therapeutic Function of Law

The main objective of the proposed consideration is to show apparent relationship that exists between a patient application of legislation and the process of his recovery. About the therapeutic action of the law in significant way, says the concept of therapeutic jurisprudence (TJ). This theory points out that legal action of the individual actors: judges, prosecutors, lawyers, etc. directly may have effect on the "Temida customer" therapeutically or antitherapeutically. In the following text TJ concept will be applied clearly to the issue of the rights of a patient receiving the psychiatric hospital's services. In this approach, it will be possible to analyze activities performed only by the family judges. Therefore, this approach will be supplemented by the nomotherapy conception drawing attention to specific elements that show the existing relationship between the respect for patient's rights and the dynamics of the sick person's return to health. This concept will be presented with examples drawn from practice of the Psychiatric Hospital Patient Ombudsman. At the end there will be shown specific therapeutic procedures that use legal norm as a tool to motivate patients to active treatment.

Wstęp

Czym są prawa pacjenta? Pojęcie to zawsze odnosi się do relacji co najmniej dwóch osób: chorego oraz najogólniej rzecz ujmując, zajmującego się nim lekarza. Występujący od drugiej połowy XX w. dynamiczny rozwój nauk medycznych wywołał konieczność wprowadzania regulacji prawnych, które jak najbardziej kompleksowo objęłyby kontrolą m.in. sposób, w jaki wobec pacjentów podejmowane są, głównie przez

lekarzy, działania terapeutyczne o coraz bardziej skomplikowanym charakterze. Można więc rzec, iż z biegiem lat wytworzyła się sytuacja, w której to zarówno pacjent, jak i lekarz lub pielęgniarka coraz bardziej świadomi są własnych praw oraz obowiązków. W tym momencie możemy już dostrzec, że powiązany z rozwojem medycyny rozwój prawa medycznego spowodował, iż prawo np. w szpitalu odgrywa coraz istotniejszą funkcję.

Szpital jest rodzajem instytucji, w której powierzamy specjalistom nasze zdrowie i życie, stanowiące zawsze jedną z najcenniejszych wartości. Prze-

¹ Artykuł jest fragmentem pracy doktorskiej pisanej pod opieką prof. K. Motyki, kierownika Katedry Socjologii Prawa i Praw Człowieka KUL.

strzeżenie lub łamanie prawa ma w tym kontekście jeszcze donioślejsze znaczenie, zjawiska te bowiem wpływać mogą bezpośrednio na jakość powrotu do zdrowia. Dalsza część rozważań będzie zatem skoncentrowana przede wszystkim na ukazaniu zjawiska potencjalnego, terapeutycznego działania prawa, które określić możemy mianem nomoterapii (gr. *nomos* – prawo, *therapeia* – leczyć).

Polskie prawo medyczne, odnosząc się do osoby pacjenta, nie wskazuje nam działań jedynie „aktorów medycznych”. Analizując np. zapisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, dojść możemy do wniosku, iż w procesie leczenia osoby chorej działanie terapeutyczne oraz antyterapeutyczne może być prezentowane nie tylko przez lekarzy, ale również przez jurystów. Zgodnie bowiem z zapisami polskiej „ustawy psychiatrycznej” stały kontakt z pacjentem dotkniętym chorobą lub zaburzeniem psychicznym posiada sędzia sądu opiekuńczego oraz Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego (dalej: RPPSP). Ukazując zatem cechy charakterystyczne nomoterapii, podejmiemy w pierwszej próbie przedstawienia założeń koncepcji *Therapeutic Jurisprudence*, która wyjaśni, jak istotną rolę leczniczą odnaleźć możemy w działaniach sądu. W dalszej części rozważań dokładnie przedstawiona zostanie koncepcja terapeutycznego działania prawa w szpitalu, zwłaszcza szpitalu psychiatrycznym. Działanie to ukazane zostanie nie tylko poprzez prezentację czynności wykonywanych przez sędziego lub rzecznika, ale również poprzez prezentację konkretnych programów terapeutycznych, które wykorzystując normy prawne, przyczyniają się do poprawy stanu zdrowotnego konkretnych grup pacjentów. Powyższych analiz nie można jednak poprowadzić bez wcześniejszego ukazania relacji pomiędzy ludzkimi emocjami a prawem.

Emocje i prawo

„Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do kontaktu osobistego, (...) z innymi osobami”². Przywołany przepis ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w sposób

2 Art. 33 ustawy z 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417).

wyraźny powoduje powstanie pewnych emocji oraz przemyśleń – zarówno wśród pacjentów, jak i personelu medycznego. Pacjent, czytając przywołany przepis, odczuwać może np. radość w związku z faktem, iż uświadamia sobie, że w trakcie kilkudniowego pobytu w szpitalu będzie miał możliwość, by odwiedzały go osoby mu bliskie. W tym miejscu pojawić się może jednak pytanie: czy mam prawo do kontaktu z mężem (żoną) w każdej chwili? Wśród personelu medycznego pojawić się może z kolei refleksja, będąca jednocześnie pytaniem: czy prawo do odwiedzin ma charakter absolutny? kiedy można ograniczyć wspomniane prawo? Dyrekcja szpitala lub władze oddziału mogą, analizując przywołany przepis, dojść do wniosku, iż wymaga on wprowadzenia odnoszących się do niego zapisów szczegółowych, które umieszczone w regulaminie mówiłyby o miejscu spotkań, ilości osób odwiedzających oraz o godzinach odwiedzin. Widać zatem, iż przepis prawa wywołuje konkretne reakcje emocjonalne. Ta krótka psychologiczno-prawna analiza konkretnego zapisu ustawowego kieruje nas wprost do postaci Leona Petrażyckiego, ojca polskiej myśli socjologiczno-prawnej.

Petrażycki zwrócił uwagę, iż podejście psychologiczne stanowić powinno podstawę, na której opierać się winna analiza przepisów prawnych. Jako uzasadnienie dla powyższego poglądu podawał, że prawo oraz moralność są przeżyciami emocjonalnymi, które w chwili ich doznawania ulegają aktualizacji. By zatem móc stwierdzić, iż prawo działa w określony sposób, należy w pierwszej kolejności zdefiniować, czym są emocje etyczne oraz przeżycia prawne.

Emocje etyczne stanowią niezwykle istotny element, który powoduje, iż jesteśmy skłonni postępować w określony sposób lub też powstrzymujemy się od określonej formy działania. W pierwszym przypadku pojawiają się tzw. emocje apulsywne, a więc pozytywne, w drugim zaś emocje repulsywne, czyli negatywne³. Petrażycki zwracał uwagę, iż analizując emocje, które pojawiają się w chwili doświadczania prawa, dokonać możemy kolejnych istotnych podziałów. Podkreślał, że przeżycia natu-

3 M. Pieniżek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa – zarys wykładu*, Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 2003, s. 154.

ry moralnej oraz prawnej zaliczyć możemy do tzw. emocji blankierowych, które wiążą się z nakazami, zakazami, prośbami oraz radami. Emocje te wpływają na nasze życie w równym stopniu jak tzw. emocje specjalne, a więc te związane z reakcjami biologicznymi: popęd, wstyd, głód itd. Powstanie emocji zachęcających do działania lub zaniechania związane jest według Petrażyckiego z pojawieniem się tzw. motywacji uczuciowo-emocjonalnej. Opierając się na wymienionej koncepcji charakteru moty-

W sytuacji, które stanowią przeżycie intelektualne. Powiązanie powyższego przeżycia z określonymi emocjami skłania nas lub powstrzymuje od działania. Konkretnie działanie może tu się pojawić z racji na widok określonego celu, doświadczenie przeszłości lub teraźniejszości, chęć posiadania lub też wyrażone wyobrażenie danej sytuacji oraz konsekwencji zdarzeń. Ostatni motywator działań określany jest mianem motywacji akcyjnej (niezależnej). To dzięki zawartej w niej możliwości odwoływania się do

Z przeżyciem o prawnym charakterze mamy do czynienia wówczas, gdy doświadczając określonych wyobrażeń skłonni jesteśmy podjąć konkretne postępowanie lub powstrzymać się od niego. Przywołane wyobrażenia stanowią przedmioty lub podmioty, które posiadają moc domagania się od nas określonego postępowania.

wacji, możemy stwierdzić, iż życie człowieka składa się z dokonywania wyboru pomiędzy zjawiskami powodującymi radość i zjawiskami powodującymi smutek. Każde doświadczenie wiąże się z wystąpieniem u jego adresata określonych uczuć. To dopiero uczucie przyjemności wywołuje w nas pojawienie się emocji apulsywnych, co prowadzi z kolei do wystąpienia działań hedonistycznych skierowanych na zaspokojenie potrzeb. Uczucia przyjemności mogą nas skłaniać jednak także do pojawienia się działań antyhedonistycznych wywołanych emocjami repulsywnymi. Z kolei uczucia przykrości również działają w podobny dwójaki sposób, przy czym w tym przypadku emocje apulsywne kierują do powstrzymywania się od przyjemności, a repulsywne motywują do działań hedonistycznych.

Należy także wspomnieć, iż do określonego działania lub też powstrzymania się od aktywności skłaniać nas mogą także wyobrażenia określonej

sądów normatywnych możemy wyjaśniać zjawiska moralne oraz prawne. Pojawienie się terminu „wyobrażenie” kieruje nas w stronę niezwykle ważnego dla dalszych rozważań pojęcia „przeżycie prawne”⁴.

Przeżycie prawne zdaniem przywoływanego już powyżej L. Petrażyckiego stanowi część przeżycia etycznego. Z przeżyciem o prawnym charakterze mamy do czynienia wówczas, gdy doświadczając określonych wyobrażeń skłonni jesteśmy podjąć konkretne postępowanie lub powstrzymać się od niego. Przywołane wyobrażenia stanowią przedmioty lub podmioty, które posiadają moc domagania się od nas określonego postępowania. Jak wspomniano,

4 Por. A. Kojder, *Godność i siła prawa*, Warszawa 1955 r., s. 84–89. W powyższym akapicie zwrócona została uwaga na zjawisko motywacji intelektualno-emocjonalnej, którą podzielić można na motywację: teleologiczną (celowościową), podstawową, przedmiotową i akcyjną.

postępowanie to może mieć charakter działania lub też powstrzymania się od niego. Czynności te w tym zakresie traktujemy jako nasze obowiązki, które są jednocześnie uprawnieniami adresata naszych działań. Brak naszych działań lub też podejmowanie nieuprawnionych czynności prowadzi do pojawienia się szkody u drugiej osoby. Norma prawna, która pojawia się jako rezultat przeżycia prawnego, ma charakter imperatywno-atrybutywny, a więc zobowiązująco-nakazujący. Co istotne, przeżycie prawne odwołując się może do konkretnego zapisu praw, kodeksu czy też ustawy – i wówczas określamy je mianem przeżycia prawa pozytywnego. W chwili, kiedy odwołujemy się do szeroko rozumianego poczucia sprawiedliwości, bez odnoszenia się do konkretnego podmiotu – wówczas mamy do czynienia z przeżyciem prawa intuicyjnego⁵.

giej – powstrzymujemy się przed nim, przewidując konkretne konsekwencje.

Wychowawcze działanie prawa ma na celu ukształtowanie w psychice adresata normy prawnej takich śladów, które powodować będą, iż dana osoba postępować będzie zgodnie z prawem. Prawo w tym sensie działa poprzez wzbudzanie pewnych motywów działania, a tłumienie tych, które wywoływać mogłyby niepożądane konsekwencje. W ten sposób prawo rozwija cechy, które przyczyniają się do respektowania normy. Poprzez swoje wychowawcze działanie prawo tworzy ślady nie tylko w psychice pojedynczej osoby, ale również w społeczeństwie. Petrażycki zaznaczał, że normy właściwego postępowania wchłaniają się niejako w społeczny krwiobieg. Ślady społeczne i psychiczne łączą się w pewnym sensie ze sobą, gdyż jednostka często decyduje

...obowiązkiem sędziego jest wpierw zadać sobie pytanie: jakie konsekwencje będzie mieć moje działanie, czy istnieje możliwość uniknięcia sytuacji, które wywołać mogą destruktywny efekt?

W przedstawianych analizach zwracał Petrażycki uwagę, że rozumienie oraz tworzenie prawa wymaga uwzględnienia jego wychowawczej oraz motywacyjnej funkcji⁶. Funkcja ta, wpływająca na pojawienie się konkretnych działań, związana jest z występowaniem opisanych powyżej dwustronnych impulsji. To emocje, mogące mieć charakter etyczny, a więc moralno-prawny⁷, powodują, iż odczuwamy z jednej strony przyzwolenie na określone działanie, a z dru-

się podjąć dane działanie lub go zaniechać nie tylko z racji na doświadczenie osobiste, ale ze względu na konkretne doświadczenia innych osób lub też całych społeczeństw. Prawo w tym ujęciu z czasem uczy jednostki oraz społeczeństwa, jak postępować zgodnie z jego zapisami. Z postępowaniem tym nieodzownie łączą się pozytywne skojarzenia (nagroda, uniknięcie kary), które coraz silniej motywują do poprawnego postępowania.

Therapeutic Jurisprudence (TJ)

Analizując koncepcję TJ należy zwrócić uwagę, iż w sposób wyraźny stanowi ona realizację skierowanego do prawników apelu byłego prezydenta USA, Abrahama Lincolna. W opinii wspomnianego słynnego amerykańskiego przywódcy zadaniem prawników jest dążenie do zgody oraz kompromisów. Ich obowiązkiem jest poszukiwanie wśród „sąsiadów”

5 M. Pieniążek, M. Stefaniuk, *Socjologia prawa...*, s. 154–156.

6 Szersza analiza zjawiska motywacyjnego działania prawa zamieszczona zostanie w części poświęconej zjawisku nomoterapii.

7 K. Motyka, *Petrażycki Leon*, hasło encyklopedyczne (w:) *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, t. 8, Polskie Towarzystwo Tomasza z Akwinu, Lublin 2007, s. 4, www.ptta.pl/pef/pdf/p/petrażycki.pdf (dostęp: 22 marca 2012).

sposobów do rozwiązania sporu. Działanie to wprost powoduje, iż obowiązkiem sędziego jest wpiąć sobie pytanie: jakie konsekwencje będzie mieć moje działanie, czy istnieje możliwość uniknięcia sytuacji, które wywołać mogą destruktywny efekt?⁸

William G. Schma dla ukazania znaczenia koncepcji TJ proponuje prawnikom udzielenie odpowiedzi na kilka pytań. Przywołany wieloletni sędzia i akademik prosi kolegów, by zastanowili się: co czują, gdy do biura lub na salę sądową wchodzi nowy klient?

Zdaniem Ch. Slobogina koncepcja *therapeutic jurisprudence*, wykorzystując zdobycze nauk społecznych, analizuje, w jaki sposób praktyka prawnicza wpływa na pozytywne kształtowanie się sfery psychicznej określonych osób.

Koncepcja TJ stanowi bardzo młode spojrzenie na zjawisko, jakim jest prawo z perspektywy jego oddziaływania na ludzką psychikę. Samo pojęcie „*therapeutic jurisprudence*” po raz pierwszy zostało użyte w 1987 r. przez profesora prawa D. Wexlera w liście skierowanym do Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego w USA. Autor ten wraz z B. Winickiem na początku odnosili to pojęcie jedynie do zagadnienia prawnych aspektów ochrony zdrowia psychicznego. Zwracano przy tej okazji uwagę, iż pomimo tego, że prawa osób chorych psychicznie posiadają pozycję ugruntowania konstytucyjnego, to jednak w ostatnich czasach doszło do pojawienia się w tym zakresie niepokojących zjawisk. Pierwsze założenia koncepcji TJ miały na celu ukazanie roli, jaką odgrywają procedury prawne, sędziowie oraz inni prawnicy w zakresie terapeutycznego lub też antyterapeutycznego wpływu na osoby zaangażowane w proces sądowy. Zdaniem Ch. Slobogina koncepcja TJ, wykorzystując zdobycze nauk społecznych, analizuje, w jaki sposób praktyka prawnicza wpływa na pozytywne kształtowanie się sfery psychicznej określonych osób⁹.

czy pragną jedynie ukazać konkretne zjawiska prawne danej sprawy, czy też dostrzegają, iż prawo jest tutaj jedynie narzędziem do łączenia zerwanych więzi?

Zdaniem omawianego autora wiele kwestii w konkretnych sporach prawnych jest nierozwiązanych z racji braku kształtowania w adeptach prawa podejścia etycznego do klienta. Sytuacja ta powoduje, iż możemy dziś mówić o pojawieniu się tzw. błędu jurygenicznego. Określenie to utworzone zostało na wzór terminu „błąd jatrogenny” i odnosi się do negatywnego wpływu na ludzką psychikę destruktywnych działań personelu medycznego. W tym wypadku efektem głoszenia koncepcji TJ jest ukazanie niezwykle istotnego związku, jaki istnieje pomiędzy podejmowaniem przez sędziego decyzji prawnych a samopoczuciem odbiorcy wymienionych działań. Tym samym błędne decyzje sędziego lub też prezentowanie np. przedmiotowego podejścia do „klienta wymiaru sprawiedliwości” wpływają na powstanie u niego konkretnej szkody.

Bruce Winick, odnosząc się do koncepcji TJ, zaznaczył, że prawo winno być elementem, który stanowi wsparcie w powrocie do zdrowia. Co ciekawe, przy tej okazji pojawiły się głosy mówiące, że wymaganie od prawników „terapeutycznego spojrzenia” kłóci

8 W.G. Schma, *Therapeutic Jurisprudence*, The National Center for State Courts, Williamsburg 2000, s. 2.

9 P.F. Hora, W.G. Schma, J.T.A. Rosenthal, *Therapeutic Jurisprudence and the Drug Treatment Court movement: Revolutionizing*

the criminal justice systems response to drug abuse and criminal In America, „Notre Dame Law Review” 1999, nr 1, s. 3.

się z ich profesją i stanowi niejako żądanie bycia pracownikiem socjalnym. obrońcy terapeutycznej jursprudence zaznaczają z kolei, iż w spojrzeniu tym nie ma nic nieprawidłowego i nieprawdziwego, z racji na fakt, iż około 80% spraw, jakimi zajmuje się przeciętnie prawnik, np. zrzeszony w palestrze stanu Michigan, dotyka właśnie zagadnień socjalnych¹⁰.

pracownicy socjalni, mediatorzy, psychologowie itd. Zdaniem tego autora sędzia, chcąc działać w sposób leczniczy, musi być przygotowany na sytuację, w której zostanie postawiony przed licznymi dylematami etycznymi. Jako przykład zostaje tu podana sytuacja, kiedy to sędzia w postępowaniu dotyczącym kierowania nieletniego na przymusowe lecze-

...koncepcja *therapeutic jurisprudence* nie ma na celu zaznaczania, iż jedynym słusznym elementem prawa ma być jego działanie terapeutyczne. Istotą jej jest raczej zwracanie uwagi, że prawo nie może ignorować skutków, jakie wywołuje w życiu konkretnej osoby.

Wspomniany już W. Schma zaznacza, iż konstrukcja prawa nierzadko prowadzi do sytuacji, w której to sędzia nie posiada możliwości, by zadziałać terapeutycznie. Jako przykład podaje sytuację, kiedy pacjent poszkodowany przez określonego przedstawiciela służby zdrowia oczekuje od niego w procesie sądowym jedynie przeprosin, tym samym nie walcząc o finansowe odszkodowanie. Efekt wspomnianego działania z całą pewnością miałby charakter leczniczy zarówno dla pacjenta, który doświadczył szkody, jak i dla medyka, który potencjalnie się do niej przyczynił. Niestety, zastosowanie takich działań jest niemożliwe, gdyż firmy ubezpieczające w USA kategorycznie zabraniają lekarzom spotkań z poszkodowaną stroną w trakcie procesu¹¹.

Andrew Cannon dla ukazania praktycznej roli koncepcji TJ zwraca uwagę, że sędzia może przewidzieć terapeutyczne skutki swoich działań jedynie współpracując z innymi specjalistami, takimi jak

nie odwykowe decyduje się nie wszczynać śledztwa w sprawie podejrzenia o molestowanie seksualne tej osoby. Decyzję tę sędzia, po konsultacji z pracownikiem socjalnym, podejmuje w związku z obawą, iż dodatkowe postępowanie mogłoby przyczynić się do wywołania traumy, która uniemożliwiłaby skuteczne leczenie odwykowe¹².

David Wexler, analizując stworzoną przez siebie koncepcję, doszedł do wniosku, iż prawo określić możemy mianem „elementu terapeutycznego”. W tym sensie, działając w sposób pozytywny, element ten jest swoistym lekarstwem. Lekarstwo to działa poprzez wchodzenie w pożądane role przez sędziów, adwokatów, biegłych itd. Objawia się to także w analizie skutków funkcjonowania danego przepisu. Autor ten podkreśla tym samym, że koncepcja TJ nie ma na celu zaznaczania, iż jedynym słusznym elementem prawa ma być jego działanie terapeutyczne.

¹⁰ W.G. Schma, *Therapeutic Jurisprudence*, „Michigan Bar Journal” 2003, nr 1, s. 25–26.

¹¹ W.G. Schma, *Therapeutic Jurisprudence*, *The National Center for State Courts*, Williamsburg 2000, s. 2.

¹² A. Cannon, *Therapeutic Jurisprudence in the Magistrates Court: Some Issues of Practice and Principle* (w:) G. Reinhardt, A. Cannon (ed.), *Transforming Legal Processes in Court and Beyond*, The Australasian Institute of Judicial Administration, Melbourne 2007, s. 130.

Istotą jej jest raczej zwracanie uwagi, że prawo nie może ignorować skutków, jakie wywołuje w życiu konkretnej osoby¹³. W tym celu musi ono korzystać ze zdobyczy, jakie oferują nauki, takie jak psychiatria, psychologia, socjologia czy antropologia. Choć przedstawiciele wymienionych dyscyplin na początku niechętnie patrzyli na zaangażowanie prawników w obszar ich badań, to jednak w tym momencie, po dwudziestu latach współpracy, zdaniem Wexlera wyraźnie widać wspólną linię porozumienia, która ukazuje wartość nie tylko terapeutycznej, ale również profilaktycznej roli prawa¹⁴.

Nomoterapia

Gdy mówimy o koncepcji TJ, musimy pamiętać, że na samym początku dotyczyła ona zagadnień związanych z opieką nad osobami chorymi psychicznie. To właśnie analizując sposób opieki nad tą grupą, w sposób dokładny przeanalizować możemy polskie realia terapeutycznego działania prawa. Doskonale pokazuje to przykład ustawy o ochronie zdrowia psychicznego¹⁵ (dalej: u.o.z.p.), która zaznacza, że w procesie powrotu do zdrowia pacjenta szpitala psychiatrycznego istotną rolę odgrywa nie tylko personel medyczny, ale również „personel prawny”, który reprezentują sędzia sądu opiekuńczego oraz Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.

Zgodnie z badaniami W. Langiewicz oraz M. Pasiorowskiej w 2006 r. ponad 15 tys. razy do szpitali psychiatrycznych przyjmowane były osoby bez ich zgody. Przyjęcie to odbywało się na podstawie przepisów ustawy: art. 23 u.o.z.p. – nagłe przyjęcie agresywnej lub autoagresywnej osoby chorej psychicznie; art. 24 u.o.z.p. – nagłe przyjęcie na dziesięciodniową obserwację osoby, wobec której istnieje podejrzenie występowania choroby psychicznej, a której zachowanie wskazuje, iż stwarza ona zagrożenie dla siebie lub innych; art. 28 u.o.z.p.

– podjęcie działań przewidzianych w art. 23, a kierowanych wobec osoby, która już wyraziła zgodę na leczenie.

Analizując dokładniej powyższe dane, możemy stwierdzić, iż w 2006 r. w polskich szpitalach psychiatrycznych osobę sędziego można by było spotkać dokładnie 15 194 razy¹⁶. Zgodnie bowiem z treścią art. 45 ust. 2 u.o.z.p. „Sędzia wizytujący szpital wysłuchuje osobę przyjętą do szpitala psychiatrycznego w trybie art. 23, 24 lub 28 nie później niż w terminie 48 godzin od otrzymania zawiadomienia”. Powyższe zawiadomienie szpital ma obowiązek wysłać do sądu w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia. Co istotne, w powyższej kwestii zawiadomienie sądu, a następnie przyjęcie do szpitala sędziego stanowi jeden z najistotniejszych elementów poszanowania praw człowieka chorego psychicznie. Zgodnie bowiem z komentarzami twórców polskiej ustawy psychiatrycznej akt ten stanowi połączenie modelu medycznego oraz prawnego. Z jednej strony dopuszcza się do podejmowania działań przymusowych jedynie w sytuacjach, gdy pacjent nie posiada świadomości swoich czynów (lub ma ją istotnie ograniczoną), a stwarzać może zagrożenie dla siebie lub innych. Z drugiej zaś strony w działaniach tych jako fundament uznaje się zasadę najmniejszej uciążliwości, szanującą przyrodzone oraz niezbywalne prawa człowieka¹⁷. Na strażnika owych praw polskie przepisy wskazują właśnie osobę sędziego sądu opiekuńczego (dla celów postępowania są to wydziały sądów rejonowych – rodzinne oraz nieletnich). To sędzia obdarzony został nie tylko uprawnieniami związanymi z postępowaniem sądowym, ale udzielono mu prawa do kontroli legalności oraz czuwania nad przestrzeganiem praw osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi¹⁸.

13 D.B. Wexler, *Therapeutic Jurisprudence in Clinical Practice*, „The American Journal of Psychiatry” 1996, nr 4, s. 453–454.

14 D.B. Wexler, *Two decades of Therapeutic Jurisprudence*, „Touro Law Review” 2008, vol. 24, s. 26, 28.

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

16 W. Langiewicz, M. Pasiorowska, *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2008, nr 17 (2), s. 130.

17 A. Gruszczyńska-Młodożeniec, K. Pierzgałska, *Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii*, „Wiadomości Psychiatryczne” 2004, nr 4, t. VII, s. 295.

18 Art. 43 ust. 1 u.o.z.p.

W tym jednak miejscu przyjrzyjmy się nieco dokładniej sytuacji, kiedy to osoba sędziego przybywa do szpitala w celu odbycia rozmowy z pacjentem.

Oceniając znaczenie spotkania sędziego z osobą chorą psychicznie (lub też doświadczającą zaburzeń psychicznych o niejasnym obrazie), nie można zapomnieć, iż odbywa się ono w szczególnych warunkach. Pacjent, do którego wzywany jest sędzia, najczęściej neguje zasadność hospitalizacji. Nie akceptuje nie tylko konieczności leczenia, ale podważa również treść diagnozy oraz opinie mówiącą o rzekomym zagrożeniu sobie lub otoczeniu. Pacjent w dalszym ciągu może w takiej sytuacji wykazywać zachowania agresywne wynikające z choroby¹⁹. Sędzia zaprezentować może tutaj dwie postawy.

Z drugiej strony powyższe informacje może przedstawić, próbując jednocześnie zdobyć zaufanie pacjenta, okazując mu zainteresowanie, wzbudzając nadzieję co do poprawy zdrowia oraz zachęcając do podejmowania otwartych rozmów z lekarzami.

Pierwszą z opisanych powyżej postaw określić możemy mianem błędu jurygenicznego. Pojęcie to, jak już wspomniano, zapożyczono z *therapeutic jurisprudence*. Oznacza ono, iż działanie sędziego, skupionego jedynie na chłodnej analizie zdarzeń, bez jakiegokolwiek emocjonalnego zaangażowania w sytuację osoby chorej, przyczynia się do utrwalenia się takich stanów jak lęk, obawa, frustracja oraz agresja²⁰. Sędzia w takim stanie rzeczy, przekazując informację prawną w tzw. sposób profesjonalny, za-

Pierwszą z opisanych powyżej postaw określić możemy mianem błędu jurygenicznego.

Pojęcie to, jak już wspomniano, zapożyczono z *therapeutic jurisprudence*. Oznacza ono, iż działanie sędziego, skupionego jedynie na chłodnej analizie zdarzeń, bez jakiegokolwiek emocjonalnego zaangażowania w sytuację osoby chorej, przyczynia się do utrwalenia się takich stanów jak lęk, obawa, frustracja oraz agresja.

Po pierwsze, w sposób chłodny, rzeczowy, z zasady bezstronny może przekazać pacjentowi formalną informację: dotyczącą jego przymusowej hospitalizacji, jego podstawowych praw oraz procedury dalszego działania.

czyna jednocześnie używać zwrotów, które są całkowicie niezrozumiałe dla pacjenta. Tym samym taka forma ukazywania sytuacji prawnej utrwała w osobie hospitalizowanej patologiczne objawy choroby, a co więcej – wzmacnia może zachowania agresywne wynikające z frustracji.

¹⁹ A. Araszkiewicz i inni, *Biała Księga – Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce – raport*, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2011, s. 8.

²⁰ W.G. Schma, *Therapeutic Jurisprudence*, „Michigan Bar Journal”, s. 25.

Drużga z omawianych postaw stanowi z kolei zupełnie inny rodzaj działania, który określić można mianem nomoterapii. Sędzia poprzez czuwanie na straży

zumianej terapii pacjenta. Rzecznik więc w każdym kontakcie z pacjentem musi wejść w relację terapeutyczną.

...każda działalność rzecznika stanowi element szeroko rozumianej terapii pacjenta. Rzecznik więc w każdym kontakcie z pacjentem musi wejść w relację terapeutyczną.

praw człowieka oraz ukazywanie postawy psychoterapeutycznej²¹ w sposób wyraźny wzbudza zaufanie u osoby pacjenta, jednocześnie daje mu kolejną płaszczyznę, na której ten ma możliwość doświadczenia bezpieczeństwa psychicznego. Nie łamiąc zasady bezstronności, stara się być aktywnym „aktorem” działań związanych z przymusowym przyjęciem lub też wycofaniem przez osobę chorą zgody na leczenie. Sędzia w tym wypadku wskazać może konkretne prawa, jakie posiada pacjent, jednocześnie przedstawiając realne negatywne skutki łamania przepisów określonych przez regulamin szpitala.

Mówiąc jednak o nomoterapii w szpitalu psychiatrycznym, nie możemy zapomnieć o RPPSP²², a więc drugim jurystycznym aktorze sceny, jaką jest szpital psychiatryczny. Zgodnie z art. 10c ust. 2 u.o.z.p. rzecznik nie może podejmować działań terapeutycznych, jako świadczeniodawca usług medycznych. Niemniej, analizując liczne czynności, jakie wykonuje RPPSP, przy uwzględnieniu specyfiki miejsca, w którym pracuje, dojść można do wniosku, iż każda działalność rzecznika stanowi element szeroko ro-

Zarówno zwolennicy, jak i krytycy omawianej tu młodej instytucji zgodnie twierdzą, iż stanowi ona połączenie z jednej strony działań o charakterze doradczym-prawnym, a z drugiej w sposób jasny jest ona istotnym elementem mogącym mieć wpływ na powrót do zdrowia pacjenta. Pierwsza ze wspomnianych grup w roli rzecznika widzi przede wszystkim prawnika, mediatora, edukatora oraz terapeutę²³. Część z kolei psychiatrów, krytycznie oceniających dotychczasową praktykę RPPSP, widzi w tej roli przede wszystkim prawnika radcę oraz psychologa terapeutę²⁴.

Wyżej opisane stanowiska zwracają uwagę, iż rzecznik pomimo wykonywania obowiązków związanych z czuowaniem na straży poszanowania praw pacjenta, nie uniknie jednak wejścia w relację terapeutyczną z omawianą osobą. Ukażmy zatem specyfikę owej relacji na linii rzecznik – pacjent, podkreślmy: relacji, w której temat prawa odgrywa fundamentalną rolę.

Gdy przyjrzymy się rodzajom spraw, jakie kierowane są do RPPSP²⁵, dojść możemy do wniosku, iż bez

21 Zob. szerzej: J.C. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa 2000, s. 176–180.

22 Rzecznik ten jest zatrudnionym przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta niezależnym ombudsmanem, który pracując na terenie konkretnego szpitala ma za zadanie: udzielanie pomocy w dochodzeniu swoich praw przez pacjentów, współpracę z rodziną pacjenta, wyjaśnianie pisemnych i ustnych skarg, organizowanie działalności edukacyjnej w szczególności dla pacjentów konkretnego zakładu opieki zdrowotnej.

23 B. Kmiecik, *Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego* (w:) E. Moczek, B. Sagan (red.) *III Forum Socjologów Prawa*, „Ius et Administratio”, zeszyt specjalny, *Facultas Iuridica Universitatis Ressoviensis*, Rzeszów 2010 s. 230

24 B. Łoza, R. Wójcik, *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy*, „*Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*” 2010 nr 1, s. 38.

25 Szerzej na temat specyfiki składanych skarg oraz wniosków (w:) Rzecznik Praw Pacjenta, *Sprawozdanie z realizacji zadań*

względu na to, czy rzecznik podejmuje się kontroli przestrzegania konkretnych praw osoby chorej, czy wyjaśnia jej zawile terminy prawnicze, czy też podejmuje się działalności *stricte* edukacyjnej, zawsze postawiony zostaje w sytuacji, w której to, podobnie jak wymieniony sędzia, z jednej strony w sposób formalny może „wykładać” zagadnienia prawa medycznego, a z drugiej strony może w sposób świadomy współuczestniczyć w niezwykłym procesie powrotu pacjenta do zdrowia.

Przywoływani już w tekście B. Łoza i R. Wójcik w swej krytycznej analizie stanowiska RPPSP zwracają uwagę na przykład, w którym działania rzecznika w trakcie zajęć edukacyjnych doprowadziły do wyraźnego pogorszenia się stanu zdrowia jednej z pacjentek. Zauważają oni, że po jednym ze spotkań pacjentka oddziału stwierdziła, iż doszło u niej do silnego pogorszenia się nastroju. Dokonując krytyki funkcjonowania omawianej instytucji, autorzy zwracają uwagę, że w sposób niedostateczny dostrzega się wpływ działań owego ombudsmana na kondycję psychiczną pacjenta. Zdaniem Łoży i Wójcika brak przygotowania terapeutycznego rzeczników powodować może, iż w sposób błędny interpretować będą treść skargi pacjenta, która wprost powiązana może być z doświadczanymi przez niego objawami psychotycznymi. Działanie takie tym samym prowadzić może do szkody²⁶.

Powyższą antyterapeutyczną korelację należy rozwinąć o pogląd dotyczący błędów terapeutycznych, którego autorem był A. Kępiński. Zdaniem wspomnianego krakowskiego psychiatry w każdej relacji leczniczej dojść może do pojawienia się ze strony terapeuty błędu: arbitralności, pseudoprofjonalizmu oraz „maski”. Zdaniem Kępińskiego w pierwszym przypadku mówimy o sytuacji, kiedy „specjalista dostrzega swoją wyjątkowość”: wie, że posiada wiedzę oraz władzę, które dają mu silną pozycję w relacji z chorym. O kolejnych wadach owej

wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Obejmuje okres od dnia 21 maja 2009 r. do dnia 31 grudnia 2009 r., s. 9, 10 oraz 131–155.
26 B. Łoza, R. Wójcik, *Rzecznik praw pacjenta...*, s. 38, 39.

relacji mówi drugi błąd, kiedy to dany specjalista skupiony jest na ciekawym kazusie, a nie na realnym dobru danej osoby. Błąd ten wiąże się również z trzecią z wymienionych postaw. W tej sytuacji dany „profesjonalista pomagacz” rozmawia z chorym, niejako odgrywając rolę mędrca oraz wszechstronnego znawcy danej materii²⁷.

Również osoby wykonujące funkcję RPPSP mogą działać w opisany błędny sposób. Mogą np. poczuć, iż z racji na ich urzędniczą afiliację to od nich zależy zdefiniowanie, co stanowi naruszenie sfery praw pacjenta, a co owym naruszeniem nie jest. Omawiany ombudsman może w swej profesjonalnej i obiektywnej roli skupić się na tym, by osiągnąć w szpitalu stan *lege artis*. Tym samym może zdarzyć się sytuacja, w której to RPPSP skupi się na podjęciu działań zmierzających do wypisu pacjenta bez jakiegokolwiek obiektywnego spojrzenia na jego stan zdrowia. Najważniejsze w tej postawie stanie się zatem, by móc stwierdzić, że „działania podjęte zostały zgodnie z ustawą”. Opinia taka kieruje nas w stronę trzeciego błędu. Wypowiadając owo sformułowanie, rzecznik może przybrać niepokojącą maskę arbitra, sędziego lub też niedostępnego (emocjonalnie obojętnego) obrońcy²⁸.

Dokonując jednak bardziej dogłębnej analizy działań podejmowanych przez omawianą młodą instytucję, dojść możemy do wniosku, iż działania rzeczników z całą pewnością przyczyniać się mogą do realnej poprawy stanu zdrowia pacjenta. Co istotne, działania te w sposób jasny ukazują istniejącą korelację pomiędzy odpowiednim, odpowiedzialnym oraz „troskliwym” ukazywaniem pacjentowi jego praw, a realną poprawą stanu zdrowia osoby chorej.

Zdaniem M. Załuski obecność w oddziale psychiatrycznym rzecznika praw pacjenta powoduje wystąpienie dwóch wyraźnie pozytywnych zjawisk. Po pierwsze, osoba rzecznika stanowi jeden z kilku elementów, które pozwalają na stworzenie dla pacjenta szerszej przestrzeni bezpieczeństwa, tym samym zmniejszają poziom odczuwanego przez niego lęku. Autorka zaznacza, że poza tworzeniem społeczności

27 A. Kępiński, *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001, s. 340–342.

28 B. Kmiecik, *Rzecznik Praw Pacjenta...*, s. 224.

terapeutycznych oraz organizacją przeznaczonych dla personelu szkoleń dotyczących kontaktu z pacjentem, obecność RPPSP stanowi tzw. instytucjonalno-społeczny aspekt powrotu do zdrowia. W tym sensie „Zdrowienie to nie tylko kontrolowanie objawów, przezwyciężanie deficytów, akceptacja zmian i ograniczeń, jakie wiążą się z chorobą, ale także budzenie nadziei i poszukiwanie nowych satysfakcjonujących dążeń, pragnień i celów życiowych”²⁹. Warto w tym miejscu przypomnieć, że budzenie nadziei, poza okazywaniem empatii, wzbudzaniem zaufania oraz zachęcaniem do poddania się leczeniu, stanowi jeden z elementów procesu terapeutycznego³⁰.

Przywoływany już w rozważaniach A. Kępiński zaznaczał, że „każdy lekarz chcąc, nie chcąc jest lepszym lub gorszym psychoterapeutą? wzajemny bowiem stosunek dwóch osób (...) jest z konieczności stosunkiem psychoterapeutycznym”.³¹ Słynny krakowski psychiatra zaznacza ponadto, że każdy chory, szukając pomocy u specjalisty, cofa się w pewnym sensie do czasu dzieciństwa. W tym sensie oddaje się on pod opiekę lekarza, pielęgniarki, terapeuty etc. Osoba rzecznika jest kolejnym specjalistą, do którego od kilku lat mogą zgłaszać się pacjenci szukający pomocy.

Zgodnie z zapisami art. 10b ust. 2 pkt 1 u.o.z.p. do zadań RPPSR należy „pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego”. Każda z powyższych spraw dotyka zagadnienia *stricto* prawnego. Rzecznik, jak już wspomniano, musi w sposób kompetentny ukazać pacjentowi jego prawa, jednocześnie informując o uprawnieniach personelu. Nie możemy jednak patrzeć na przywołane unormowanie dostrzegając jedynie „prawną stronę medalu”. Każda ze spraw związanych z przyjęciem, leczeniem lub wypisaniem ze szpitala w sposób oczywisty odwołuje nas do zagadnień o charakterze medycznym. Tym samym RPPSP, udzielając porady prawnej, zawsze, jak słu-

nie zauważył to A. Kępiński, „znajduje się w relacji terapeutycznej”. Jaka jest zatem specyfika owej, prawnoterapeutycznej relacji?

Zarówno w trakcie indywidualnych spotkań, jak i regularnych zajęć edukacyjnych RPPSP ma możliwość kształtowania u pacjentów szpitala psychiatrycznego tzw. bezpośredniej, zasadniczej motywacji prawnej, aktywnej³². Oznacza to, że pacjent uzyskuje od rzecznika konkretną wiedzę dotyczącą swoich praw oraz uprawnień, które w danej sytuacji posiada także lekarz. „Wyjaśniając praktyczne znaczenie głównie u.o.z.p. wspomniana osoba ma możliwość kształtowania u pacjentów świadomości, iż prawo uprawnia do: wychodzenia na przepustkę, do kontaktu z bliskimi, do otrzymania lekarstw etc.”³³ W tym jednak miejscu zasadnym jest, by zwrócić uwagę, iż działania te zapobiegają zjawisku, w którym to prawa pacjenta mogłyby stać się czynnikiem demoralizującym chorych. Łatwo bowiem w takiej optyce dojść może do sytuacji, w której to pacjenci uznają, iż jedynie oni posiadają prawa. Z kolei personel w ich opinii posiada jedynie obowiązki. Podobnie zjawisko przełożyć można na kształtowanie przez RPPSP odpowiednich postaw u personelu medycznego. Poprzez stały kontakt z lekarzami oraz pielęgniarkami rzecznik ma sposobność, by pokazywać nie tylko uprawnienie do np. zastosowania przymusu bezpośredniego. Rzecznik może w podobny sposób zaznaczać, iż są sytuacje, kiedy to personel do powyższych działań jest zobligowany. Jak podkreśla się w dotychczasowych analizach dotyczących aktywności RPPSP, „Wspomniane działania dążą również do ukształtowania się bezpośredniej motywacji prawnej o charakterze pasywnym. Zarówno pacjenci, jak i personel dzięki stałemu dopływowi informacji na temat wzajemnych praw kształtują w sobie przekonanie dotyczące wzajemnych zobowiązań”³⁴. Warto w tym miejscu dodać, że zdaniem A. Kojdera „[p]ołączone działanie motywacji bezpośredniej aktywnej (...) i pasywnej jest czynnikiem sprawczym skoordynowanego, ujednoliconego postępowania indywidualnego i maso-

29 M. Załuska, *Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej” 2009, tom 2, nr 3, s. 161, 162.

30 J.C. Czabała, *Czynniki leczące...*, s. 176–180.

31 A. Kępiński, *Rytm życia...*, s. 322.

32 Por. A. Kojder, *Godność i siła...*, s. 91–93.

33 B. Kmiecik, *Rzecznik Praw Pacjenta...*, s. 227.

34 *Ibidem*, s. 230.

wego, na którym opiera się każda organizacja społeczna...”³⁵.

Działając w ramach określonej organizacji społecznej, RPPSP jako strażnik ładu społecznego dąży do ukształtowania (głównie u pacjentów) postawy legalistycznej. To ona daje znaczny procent pewności, że pacjent szanujący prawo będzie poddawał się „poleceniom” personelu medycznego. Ów szacunek

dysproporcję praw. Prawo traci swój autorytet z racji na fakt, iż służy – w opinii chorego – jedynie personelowi, nakładając tym samym obowiązki jedynie na pacjentów. Chory w takiej optyce aktywnie może się buntować przeciwko decyzjom np. lekarza, może podburzać innych pacjentów, wystąpić mogą zachowania agresywne, które na terenie szpitala psychiatrycznego spotykają się z reakcją w postaci

„Wspomniane działania dążą również do ukształtowania się bezpośredniej motywacji prawnej o charakterze pasywnym. Zarówno pacjenci, jak i personel dzięki stałemu dopływowi informacji na temat wzajemnych praw kształtują w sobie przekonanie dotyczące wzajemnych zobowiązań”.

może się jednak pojawić dopiero w chwili, kiedy pacjent doświadczy troski ze strony medyków, gdy dostrzeże w czynnościach np. pielęgniarek wyraźne zainteresowanie jego osobą. W takiej sytuacji prawdopodobne jest, że nawet osoba doświadczająca silnych zaburzeń psychicznych, odczuwając szczerze zainteresowanie, podda się opiece specjalistów. Tym samym proces terapii stanie się mniej uciążliwy dla chorego i w sposób realny może trwać krócej niż wówczas, kiedy pacjent prezentować będzie postawę nonkonformistyczną. Zwykle pacjent doświadcza uczucia buntu wobec sytuacji, w której się znalazł. Stan ten pojawić się może jako konsekwencja braku postawy terapeutycznej w działaniach wprost odnoszących się do pojęcia praw pacjenta. W momencie, w którym chory nie jest informowany o przysługujących mu prawach, bagatelizowana jest jego osoba oraz traktowany jest w sposób przedmiotowy, uświadamia sobie tym samym istniejącą

zastosowania wobec chorego środków przymusu bezpośredniego. Stan ten w sposób obiektywny przyczyni się do wydłużenia się procesu terapii. Opisana powyżej postawa określana jest mianem nonkonformizmu negatywnego. By pokazać pełnię tego zjawiska, należy przedstawić również pozytywne oblicze powyższej postawy.

W rzeczywistości prawno-medycznej pozytywny nonkonformizm to postawa, w której pacjent jest świadom swoich praw. Dostrzegając wyraźne ich łamanie, zaczyna działać, ale działanie to odbywa się w granicach prawa. Tym samym chory upomina się np. o godne traktowanie, możliwość uzyskania przepustki lub też dostęp do pełnej informacji o swoim zdrowiu. Prawo w takiej chwili nie traci dla niego autorytetu. Pacjent w takiej optyce jest zarówno legalistą, jak i „pozytywnym nonkonformistą”³⁶. W kształtowaniu

³⁵ Por. A. Kojder, *Godność i siła...*, s. 93.

³⁶ B. Kmiecik, *Poszanowanie praw małoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym a doświadczenie choroby psychicznej* (w:) B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.) *Doświadczenie choroby*

takich postaw doniosłą rolę odgrywa właśnie RPPSP. Pamiętajmy, iż w szerokim ujęciu postawa taka jest elementem świadomości prawa. Na ową świadomość składają się również: wiedza o prawie, jego ocena oraz wyrażane wobec niego postulaty³⁷. Rzecznik poprzez podejmowanie działań edukacyjnych, rozmowy z pacjentami i personelem, a także podejmowanie interwencji wyjaśniających – nieustannie kształtuje

w sposób ewidentny przyczynia się do poprawy zdrowia pacjenta³⁸.

Owa nomoterapia nie może jednak przebiegać jedynie na poziomie poznawczym. Przy udzielania wsparcia prawnego pacjentowi lub też w działaniach edukacyjnych RPPSP będzie skuteczny jedynie wówczas, gdy jego aktywności będzie towarzyszyło przeświadczenie, iż w sytuacji pomagania stanowi on

W rzeczywistości prawno-medycznej pozytywny nonkonformizm to postawa, w której pacjent jest świadom swoich praw. Dostrzegając wyraźne ich łamanie, zaczyna działać, ale działanie to odbywa się w granicach prawa.

świadomość prawną u adresatów swoich działań. Oczywiście od jego postawy oraz aktywności zależy, w jaki sposób owa świadomość wpłynie na krystalizowanie się poszczególnych postaw. Działanie nomoterapeutyczne RPPSR polega w tym miejscu na uświadamianiu pacjentom „jakie korzyści, nagrody oraz realne zyski mogą osiągnąć dzięki respektowaniu np. wewnątrzszpitalnego regulaminu – szybszy powrót do zdrowia, możliwość uzyskania przepustki, a tym samym perspektywy szybszego powrotu do domu. Nie chodzi w tym miejscu o kształtowanie umiejętności skutecznej manipulacji. Rzecznik w swojej pracy ma za zadanie ukazywać stałą relację pomiędzy przepisami prawa a powrotem do zdrowia. Unikanie zachowań agresywnych, świadome i regularne przyjmowanie leków, regularne branie udziału w zajęciach, a więc wypełnianie zapisów «wewnątrzszpitalnego prawa»

dla chorego swoiste lekarstwo³⁹. W innym wypadku trudny kontakt pacjenta z omawianym ombudsmannem lub też ze wspomnianym sędzią sądu opiekuńczego wynikać może czasem nie tyle z problemów pacjenta, ile raczej z postawy owych jurystów⁴⁰.

Nomoterapia – przykładowe techniki

Analizując zjawisko terapeutycznego działania prawa, nie można jednak ograniczyć się jedynie do postaw prezentowanych przez poszczególnych „aktorów sceny działań medycznych”. Postawy te odgrywają kluczową rolę w pomaganiu pacjentowi. W praktyce terapeutycznej polskich szpitali możemy odnaleźć jednak również formy działań, które w sposób bezpośredni łączą zjawisko działania prawa z procesem powrotu do zdrowia. Także w tym przypadku zjawisko to obserwujemy na terenie szpitali psychiatrycznych oferujących poza pomocą farmakologiczną wsparcie psychoterapeutyczne. Wsparcie to odgrywa niezwykle ważną rolę w złożonym procesie

w perspektywie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych, Wydawnictwo AM im. Piastów Śląskich, Wrocław 2010, s. 280–284.

37 Krytyczną analizę kwestii dotyczącej postawy wobec prawa jako elementu świadomości prawnej przedstawił Z. Cywiński, *Kilka uwag o ujęciach świadomości prawnej*, „Studia Iuridica” 1996, nr 31, s. 12.

38 B. Kmiecik, *Rzecznik Praw Pacjenta...*, s. 227.

39 A. Kępiński, *Rytm życia...*, s. 256.

40 Ma temat powyższego zjawiska szerzej A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Państwowy Zakład Wyd. Lekarskich, Warszawa 1989, s. 8–9.

udzielania pomocy pacjentowi doświadczającemu m.in. zaburzeń zachowania lub też odżywiania. Do przedstawionych powyżej zaburzeń zaliczamy anoreksję oraz bulimię. Wymienione schorzenia, choć dotyczą zagadnienia związanego ze sferą fizyczną pacjenta (wagą jego ciała), leczone są najczęściej za pomocą technik psychoterapeutycznych, do których zaliczamy zarówno psychoterapię indywidualną⁴¹, jak i terapię grupową.

warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii pacjent w tzw. pierwszej fazie ma kontrolowane rzeczy pod kątem posiadania ukrytego jedzenia, godzinę po zakończeniu posiłku pilnowany jest przez personel, ma ograniczoną możliwość opuszczania oddziału oraz jest zobowiązany do określonego tygodniowego przyrostu masy ciała. W kolejnych fazach następuje stopniowe zwiększenie czasu, w którym pacjent może przebywać poza oddziałem (także na przepu-

Przeście do kolejnych stadiów leczenia szpitalnego powoduje, że pacjent zaczyna nabierać uprawnień do kontaktu z bliskimi, w tym do przyjmowania odwiedzin oraz pobytu na przepustce. Wraz z postęпами w terapii pacjenci niejako odzyskują pełnię prawa do poszanowania ich intymności.

W tym miejscu warto dodać, że głównym elementem omawianej terapii jest przestrzeganie przez pacjentów precyzyjnie skonstruowanego kontraktu, na który składają się zasady funkcjonowania w oddziale zaburzeń odżywiania. Kontrakt ten odgrywa niezwykle istotną rolę, składa się on bowiem najczęściej z tzw. stadiów, w których to w sposób szczególny określa się prawa, jakich pacjent nabywa w chwili, kiedy to następuje poprawa jego stanu zdrowia. Innymi słowy: pacjent, który nie przybiera na wadze lub też nie kształtuje w sobie odpowiednich nawyków jedzeniowych, nie ma możliwości np. wychodzenia na przepustkę czy do domu oraz nie posiada prawa do spożywania posiłku bez nadzoru personelu lekarskiego. Co istotne, chory w każdym kolejnym stadium doświadcza coraz mniej ograniczeń. Na przykład w Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży

stce w domu) oraz zmniejszenie czasu restrykcyjnej kontroli sprawowanej przez personel⁴². Jako element porównawczy warto przedstawić w tym momencie zasady podobnego programu terapeutycznego proponowanego przez łódzki ośrodek leczenia zaburzeń odżywiania. Zgodnie z zapisami kontraktu behawioralnego przeznaczonego dla pacjentów Kliniki Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pacjent na początku terapii nie posiada prawa do przepustek, wolnych wyjść poza oddział, uczestnictwa w zajęciach szkolnych oraz kontaktu osobistego, telefonicznego lub listowego z bliskimi. Ponadto pacjenci leczeni z powodu bulimii kontrolowani są w trakcie pobytu w toalecie (korzystanie z toalety przy uchylonych drzwiach). Poza

41 D. Bąk, *Zaburzenia odżywiania się u mężczyzn*, „Psychiatria Polska” 2008, tom 42, nr 2, s. 174.

42 C. Żechowski i inni, *Program leczenia zaburzeń odżywiania w oddziale psychiatrycznym dla młodzieży – refleksje i dylematy po 20 latach doświadczeń*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczne” 2010, nr 1, s. 28.

tym wszystkie osoby hospitalizowane są codziennie ważne. Przejście do kolejnych stadiów powoduje, że pacjent zaczyna nabierać uprawnień do kontaktu z bliskimi, w tym do przyjmowania odwiedzin oraz pobytu na przepustce. Wraz z postępami w terapii pacjenci niejako odzyskują pełnię prawa do poszanowania ich intymności, w kolejnych bowiem stadiach mają oni prawo do pobytu w toalecie przy zamkniętych drzwiach, a także mogą spożywać posiłki bez nadzoru personelu⁴³.

Przedstawione powyżej programy opierają się na tzw. zasadzie przywracania przywilejów. Jak podkreślają znawcy tematu, program leczenia zaburzeń odżywiania na początku odbywał się na zasadzie całkowitego ograniczania praw pacjenta. Głównym celem personelu było doprowadzenie do wzrostu masy ciała. Działanie to stosowane było poprzez wprowadzenie metod restrykcyjnych, takich jak przymusowe karmienie pacjenta. W chwili obecnej dominuje filozofia, według której personel stara się pogodzić: z jednej strony obiektywny interes zdrowotny pacjenta, często nakazujący ratowanie nie tylko zdrowia, ale i życia chorego, a z drugiej także prawa osoby hospitalizowanej, by powrót do zdrowia odbywał się w sposób jak najmniej dla niej uciążliwy. Karmienie siłą występuje także dzisiaj, ale stanowi ono:

- element działań ostatecznych,
- wykonywane jest w ramach przymusu bezpośredniego, którego procedura zastosowania w sposób dokładny została opisana w u.o.z.p.,
- pacjent jest informowany o treści regulaminu i przed rozpoczęciem leczenia wyraża zgodę na objęcie go wspomnianymi zasadami⁴⁴.

Co ciekawe, podejście do zagadnienia praw pacjenta jest nieco inne w dwóch powyżej przywołanych ośrodkach. W Łodzi dominuje pogląd, w wyniku którego występuje akceptacja dla ograniczenia głównych praw pacjenta, także tych szczególnie

istotnych, jak prawo do poszanowania intymności, prywatności oraz życia rodzinnego. Z kolei warszawscy specjaliści nie dopuszczają ograniczeń w zakresie korzystania z prawa do intymności czy też do kontaktu z bliskimi. Bez względu na istniejące różnice oba programy opierają się na zasadzie, zgodnie z którą prawa pacjenta, po wcześniejszym ograniczeniu, zostają pacjentowi przywrócone. Wspomniane przywrócenie praw następuje w chwili osiągnięcia bardzo konkretnych sukcesów terapeutycznych i stanowi element motywujący do dalszego leczenia⁴⁵. Odwołując się do poglądów przywoływanego już w rozważaniach L. Petrażyckiego, warto zauważyć, że działanie to ukazuje nam wychowawczy charakter prawa. W takiej sytuacji prawo „wzbudza lub tłumi pobudki do pewnych działań i zaniechań”. Opisana sytuacja powoduje, że zgodzić się należy z M. Szyszkowską, która zwraca uwagę, iż prawo wychowujące prowadzi do utrwalenia oraz rozwinięcia konkretnych cech charakteru przy jednoczesnym osłabieniu innych jego elementów⁴⁶.

Na koniec tej części rozważań wypada wspomnieć o jeszcze jednej „technice” oddziaływań prawno-terapeutycznych. Mowa tutaj o tzw. treningu wnioskowania moralnego, który stanowi jeden z trzech elementów treningu zastępowania agresji ART (*Aggression Replacement Training*). Trening ten wykorzystywany jest w Polsce w znacznej większości wypadków na terenie placówek resocjalizacyjnych⁴⁷. Jego skuteczność dostrzega się jednak również w pracy z młodzieżą dotkniętą zaburzeniami zachowania, leczoną na terenie omawianych już szpitali psychiatrycznych⁴⁸.

W trakcie podejmowania działań mających na celu rozwinięcie sfery moralnej człowieka, główne dzia-

43 Opis programu behawioralnego zaczerpnięty ze strony internetowej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, <http://www.csk.lodz.pl/index2.php?section=r&mod=articles&akcja=show&id=6> (dostęp 21 listopada 2011).

44 C. Żechowski i inni, *Program leczenia zaburzeń...*, s. 26–27.

45 *Ibidem*, s. 26.

46 M. Szyszkowska, *Zarys filozofii prawa*, Wydawnictwo Temida 2, Białystok 2006, s. 207.

47 Zob. M. Herwart, *Wybrane metody resocjalizacyjne w pracy pedagoga z młodzieżą niedostosowaną społecznie w młodzieżowym ośrodku wychowawczym w Szerzawach*, <http://www publikacje.edu.pl/pdf/6505.pdf> (dostęp 21 listopada 2011).

48 B. Kmiecik, *Fenomen uzależnienia od agresji* (w:) M. Kowalczyk, S. Cudak (red.) *Innowacyjność. Studia – badania – egzemplifikacje*, Leader-Great Publishers, Łódź 2011 s. 171–172.

łania podejmowane są w celu odkrycia „wyższych pokładów świadomości, odpowiadając na pytanie, jaka wartość stoi u podstaw każdego ludzkiego zachowania”. Istota treningu opiera się na rozwiązywaniu przez grupę konkretnego dylematu moralnego. Prowadzący ukazują osobom biorącym udział w zajęciach podstawy mówiące o etapach rozwoju człowieka i w oparciu o nie mogą następnie zakwalifikować

etapy: moralności prekonwencjonalnej – wykonują działania lub się od nich powstrzymują, by uniknąć kary, lub dla uzyskania konkretnej korzyści; moralności konwencjonalnej – podejmują działanie dla uzyskania w środowisku dobrej opinii o samym sobie oraz z racji na szacunek dla autorytetów; moralności postkonwencjonalnej – działam, szanując normę prawną. Za najwyższy poziom rozwoju moralnego

Prawdziwy rozwój moralny człowieka, dążący do ukształtowania się dojrzałej osobowości, musi uwzględniać aspekt poszanowania norm prawnych będących istotnym elementem troski o ład społeczny.

uczestników do odpowiedniego stadium rozwoju moralnego⁴⁹. Koncepcję stadiów rozwoju moralnego opracował L. Kohlberg, zdaniem którego „rozwój moralny odbywa się na drodze przechodzenia z jednego do drugiego etapu, w kierunku osiągnięcia najwyższej formy, jaką jest autonomia moralna. Osiągnięcie określonego etapu z pominięciem etapów wcześniejszych jest raczej niemożliwe”⁵⁰. W praktyce rozwiązanie przez wychowanków lub pacjentów danych dylematów moralnych przybiera postać odnoszenia się do sytuacji, w której rozstrzygnięcie danego problemu zawsze wiąże się z wyborem konkretnego dobra, kosztem innego przedstawiającego taką samą wartość. Dane osoby dokonują wyboru na podstawie informacji przekazanych przez trenera, jednocześnie mając świadomość, iż zawsze będzie to wybór niedoskonały. Rozwiązywanie owych dylematów służy niejako zdobywaniu przez pacjentów kolejnych etapów w rozwoju moralnym. Rozróżniamy

uznaje się stan, w którym dana osoba, dążąc do uniwersalności i spójności wyznawanych zasad moralnych, podejmuje przede wszystkim działania zgodne z własnym sumieniem. Internalizując normy prawne, analizuje je i przyjmuje te elementy, które są zgodne z systemem wyznawanych wartości. Zdaniem J. Morawskiego głównym celem powyższego treningu jest kształtowanie u jego odbiorców poczucia sprawiedliwości oraz umiejętności uwzględniania praw oraz potrzeb innych osób⁵¹.

Konkludując, należy zatem zauważyć, że „trenowanie” moralności człowieka w sytuacjach szczególnych, jakimi nazwać należy pobyt w instytucjach np. resocjalizacyjnych, ma na celu stworzenie swoistego fundamentu wzorcowych zachowań. Podkreśla się, iż zachowania te muszą być oparte na szacunku dla drugiej osoby. W przedstawionym ujęciu norma

49 E. Morawska, J. Morawski, *Trening Zastępowania Agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty*, Instytut Amity, Warszawa 2004, s. 24.

50 D. Baksik, *Wybrane psychologiczne teorie rozwoju człowieka*, „Seminare” 1997, t. 13, s. 16.

51 J. Morawski, *Trening Zastępowania Agresji ART – materiały szkoleniowe*, Instytut Amity, Warszawa 2003, s. 60–66. Szerzej na temat zjawiska internalizacji normy prawnej zob. M. Borucka-Arctowa, G. Skąpska, *Teoretyczne problemy socjalizacji prawnej* (w:) M. Borucka-Arctowa, Ch. Kourilsky (red.), *Socjalizacja prawa*, Polska Akademia Nauk, Warszawa 1993, s. 11–27.

prawna jest czynnikiem, który w ramach treningu ma stanowić element będący autentyczną wartością dla danej osoby. Prawo nie stanowi zatem w tym ujęciu formy represyjnej i nakazowej. Prawdziwy rozwój moralny człowieka, dążący do ukształtowania się dojrzałej osobowości, musi uwzględniać aspekt poszanowania norm prawnych będących istotnym elementem troski o ład społeczny.

Konkluzja

Na koniec rozważań należy zaznaczyć, że w prezentowanym ujęciu prawo nie jest lekarstwem. Podkreślanie jednak prawdziwej wartości oraz kształtowanie szacunku do sprawiedliwych norm powoduje, iż dana osoba skłonna jest działać proprawnie lub

ny wpływ na przyszłość zdrowotną pacjenta. Omawiani specjaliści w pewnym sensie „leczą prawem”. Kształtując świadomość prawną, edukując pacjentów oraz interweniując w ich sprawie, pokazują, że prawo posiada realną wartość. Owo kształtowanie szacunku do przepisów prawa powoduje, że osoby chore są niejako motywowane do przestrzegania norm ustawowych oraz zasad określonych w regulaminach szpitala. Motywowanie odnoszące się, jak zaznaczono, zarówno do pacjentów, jak i personelu, może przybrać formę aktywną lub pasywną. Kształtowanie u pacjentów i personelu świadomości wzajemnych praw i obowiązków odgrywa tym samym rolę edukacyjną i wychowawczą. Z jednej strony zapobiega to pojawieniu się zjawiska, kiedy to prawa pacjenta

...refleksyjne i empatyczne podejście osób stosujących prawo powoduje, iż oddziałuje ono w sposób pozytywny na ludzką psychikę.

też szanując prawa i wolności innych osób, gotowa jest podjąć działania zmierzające np. do modyfikacji niesłusznych zasad⁵². Zgodzić się należy zatem ze wspomnianym na wstępie D.B. Wexlerem, który określił prawo mianem „terapeutycznego elementu”. W opinii twórcy koncepcji *Therapeutic Jurisprudence* refleksyjne i empatyczne podejście osób stosujących prawo powoduje, iż oddziałuje ono w sposób pozytywny na ludzką psychikę⁵³. W tym zatem ujęciu osoby takie, jak przedstawieni powyżej sędziowie opiekuńczy lub też rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego podczas spotkania z osobą chorą nie są jedynie „dostawcami wiedzy prawniczej”, czy też nawet istotnymi strażnikami praw człowieka. Osoby te w sposób dosłowny stanowią istotny element procesu terapii. Znaczenie owych aktorów dla przyszłości pacjenta, możliwości ich działania oraz przysługujące im uprawnienia powodują, iż sposób, w jaki podejmują daną interwencję, może mieć istot-

w pewnym sensie demoralizują osobę chorą – mówiąc jedynie o jej przywilejach. Z drugiej zaś strony, wspomniane motywowanie prowadzi do obniżenia się poziomu wzajemnej agresji, która w ostatnich czasach w sposób wyraźny zaczyna pojawiać się w relacji pacjenta i lekarza.

Nomoterapia jest, jak podkreślono, działaniem, kiedy to zwłaszcza aktorzy prawni, poprzez swoje empatyczne podejście ukierunkowane na wsparcie pacjenta, przyczyniają się do jego powrotu do zdrowia. Wsparcie to występuje zwłaszcza w sytuacji udzielania porady prawnej. Ponadto osoby te w sposób bezpośredni promują prawo – poprzez ukazanie pacjentowi, iż jego respektowanie lub też zgodne z zasadami społecznymi upominanie się o jego egzekwowanie wpływać może na osiągnięcie realnego sukcesu w terapii.

Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że opisane powyżej motywowanie lub też wychowywanie prawem posiada często w szpitalu bardzo formalny charakter. Prawo wykorzystywane jest z powodzeniem w terapii osób uzależnionych, a także do-

52 B. Kmieciak, *Poszanowanie praw...*, s. 283.

53 D.B. Wexler, *Two decades of Therapeutic...*, s. 28.

tkniętych zaburzeniami zachowania lub odżywiania. Norma prawna jest konkretnym przywilejem, do którego dąży pacjent. Owo dążenie jest czasem, w którym chory ma możliwość nabrania krytycyzmu do własnego stanu zdrowia. Prawo jest konkretną wartością, o którą pacjent zabiega. Działanie takie, co należy podkreślić, ma wartość terapeutyczną: po

pierwsze w chwili, gdy pacjent na nie dobrowolnie wyraża zgodę, po drugie zaś – określone w regulaminie prawa (np. do kontaktu z bliskimi) stanowią dla chorego cenną wartość. Konkludując zatem, należy uznać, że kształtowanie wysokiej rangi owego zjawiska z całą pewnością uznać należy za istotny element kultury praw pacjenta.