

Czy szpital psychiatryczny jest (nadal) instytucją totalną?

Is a psychiatric hospital (still) a total institution?

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: dr hab. n. praw. Rafał Kubiak

Adres do korespondencji: Błażej Kmiecik, Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź, e-mail: blazej.kmiecik@umed.lodz.pl

Streszczenie

Pół wieku temu Erving Goffman sformułował koncepcję szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnej. Zdaniem badacza w miejscu tym personel w pełni panuje nad pacjentem: jego czasem, życiem prywatnym, możliwością poruszania się. Szpital psychiatryczny to miejsce szczególne. Na jego terenie leczone są schorzenia, których objawów często nie potrafimy dostrzec i właściwie ocenić. Jest to również placówka unikalna pod kątem prawnym. Do oddziału psychiatrycznego – w pewnych okolicznościach – można przyjąć pacjenta bez jego zgody; można tam także zastosować przymus bezpośredni. W Polsce od 20 lat funkcjonuje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, której zapisy stoją na straży praw człowieka chorego/zaburzonego psychicznie. Celem ustawy było wprowadzenie standardów broniących praw i wolności pacjenta oddziału psychiatrycznego. W dokumencie uwzględniono ponadto zasady stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób leczonych na oddziałach psychiatrycznych i pensjonariuszy domów pomocy społecznej, zasady przymusowego przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego, zasady ochrony praw pacjenta szpitala psychiatrycznego (w tym kompetencje sądu opiekuńczego i Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego) oraz zasady dotyczące tajemnicy informacji związanych z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych. Warto rozważyć, czy pojawienie się podobnych dokumentów sprawia, że szpital psychiatryczny traci charakter totalny. Być może kluczowe są raczej elementy promujące konkretne formy relacji między personelem a pacjentem. Jakże zatem aspekty prawno-społeczne powinna uwzględniać odpowiedzialna polityka ochrony zdrowia psychicznego?

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia psychicznego, polityka praw pacjenta, prawa człowieka, instytucje totalne, szpital psychiatryczny

Abstract

The concept of a psychiatric hospital as a total institution was formulated by Erving Goffman half a century ago. In this type of facility, the personnel has a full control over the patient (their time and private life, mobility). A psychiatric hospital is a special place. Diseases whose symptoms are often unnoticeable and difficult to properly assess are treated here. These hospitals are also unique in the legal context. Under certain circumstances, no patient's consent is necessary for admission to a psychiatric hospital; also direct coercion may be used in these institutions. The Mental Health Law, which protects the rights of patients affected by mental disorders, has been in force in Poland for 20 years now. The purpose of the Act was to introduce standards for defending the rights and freedoms of a psychiatric ward patient. The document also refers to the principles for the use of direct coercion in patients in psychiatric wards and residents of nursing homes, the principles for involuntary admission to a psychiatric hospital, the principle for the protection of the rights of psychiatric patients (including the competence of the guardianship court and the Ombudsman for Psychiatric Patients) as well as the principles for the confidentiality of information related to the patient experiencing mental disorders. At this point, it is worth considering whether the emergence of similar documents makes a psychiatric hospital lose its total nature. Perhaps elements that promote specific forms of relationships between the staff and the patient are of key importance. What socio-legal aspects should be included in a responsible mental health policy?

Keywords: mental health protection, patient's rights policy, human rights, total institution, psychiatric hospital

WPROWADZENIE

W sierpniu 2014 roku obchodzona była w Polsce 20. rocznica uchwalenia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, 1994). Pojawienie się tego dokumentu było szczególnie oczekiwane zarówno przez środowisko polskich psychiatrów, jak i przez prawników czy organizacje zajmujące się problematyką praw i wolności człowieka. W literaturze prawnomedycznej wskazuje się, że ww. ustawa w swoich zapisach realizuje zasady, które z jednej strony odnoszą się do aspektu poszanowania godności człowieka, a z drugiej wprowadzają mechanizmy pozwalające na zastosowanie działań przymusowych, gdy choroba bądź zaburzenie ograniczają danej osobie możliwość dokonania racjonalnej oceny sytuacji (Dąbrowski i Pietrzykowski, 1997). Podobne działania spotykają się z coraz większym zainteresowaniem. W praktyce bowiem dotyczą tak szczególnych zdarzeń, jak przymusowe przyjęcie pacjenta do szpitala, przymusowe pozostawienie danej osoby w szpitalu, zastosowanie przymusu bezpośredniego w postaci unieruchomienia, przytrzymania, przymusowego podania leków lub izolacji. Twórcy polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego podkreślali znaczenie praw pacjenta w tych trudnych sytuacjach. Warto dodać, że duża częstotliwość występowania podobnych zdarzeń skłoniła środowisko polskich psychiatrów do podjęcia kolejnych inicjatyw zmierzających do zwiększenia poziomu poszanowania praw pacjenta poddawanego terapii. W 2005 roku znowelizowano przepisy omawianej ustawy, w wyniku czego wprowadzona została instytucja Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. W myśl założeń tej noweli osoby wypełniające przywołaną funkcję miały stać się niezależnymi ekspertami, którzy na co dzień wykonują swoje obowiązki na terenie konkretnych oddziałów psychiatrycznych (Ciechorski, 2015).

W tym miejscu, odnosząc się do koncepcji polityki prawa w ujęciu Leona Petrażyckiego, należy wspomnieć, iż podobne modyfikacje polskiej „ustawy psychiatrycznej” dokonywane były z powodu dostrzeżonej – jak wskazuje Andrzej Kojder – „niezdatności prawa” (Kojder, online). Zwracano uwagę na niepokojący brak ustawowych przepisów dotyczących praw pacjenta poddawanego terapii niejednokrotnie w sposób przymusowy. W kolejnych latach wprowadzano ustawowe modyfikacje ze względu na takie szczególnie istotne zagadnienia, jak dylematy związane z przyjęciem pacjenta do szpitala na obserwację, problemy stosowania przymusu bezpośredniego w drodze do szpitala czy też kwestie związane z udzielaniem pacjentowi informacji na temat jego praw. Z całą pewnością należy stwierdzić, iż zmiany ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowiły realizację wpisanej w omawiany dokument zasady zobowiązującej personel do podejmowania terapii, która pozwala na powrót pacjenta do zdrowia w sposób jak najmniej uciążliwy (Kmieciak, 2011). Analizując formy prezentowania w mediach zarówno psychiatrii czy psychiatrów,

jak i pacjentów szpitali psychiatrycznych, można jednak dojść do wniosku, że hospitalizacja psychiatryczna jest nierozzerwalnie związana z pojawieniem się lęku. Także w literaturze przedmiotu znaleźć można opinie wskazujące na to, iż omawiane tu rodzaje szpitali i oddziałów mają charakter totalny, a więc w pełni panują nad pacjentem (Pużyński, 2015). Czy zatem instytucja szpitala psychiatrycznego musi mieć takie właśnie, totalne oblicze? Czy aktualnie podejmowane w szpitalach formy terapii są w stanie zmniejszyć uciążliwość hospitalizacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych? Być może kluczem jest promowanie przede wszystkim polityki praw pacjenta, w sposób bezpośredni odnoszącej się do godności człowieka?

INSTYTUCJA TOTALNA

Według Magdaleny Sokołowskiej każde przyjęcie do szpitala jest dla pacjenta czynnikiem stresogennym, wiąże się bowiem nieuchronnie z obawą dotyczącą własnego stanu zdrowia. Zdaniem wspomnianej nestorki polskiej socjologii medycyny stres ten można złagodzić poprzez bieżące informowanie chorego o potencjalnych konsekwencjach podejmowanych wobec niego czynności medycznych. Obniżenie poziomu stresu następuje również dzięki respektowaniu prawa pacjenta do godności oraz intymności. Należy podkreślić, że depersonalizacja chorego, rutynizacja zachowań i brak zaangażowania emocjonalnego ze strony personelu doprowadzić mogą do stanu, w którym pacjenci stają się ofiarami procesu instytucjonalizacji. Jak pisze Sokołowska, stan ten polega na wytworzeniu się u chorego swoistego uzależnienia od instytucji ochrony zdrowia. Pacjenci stają się apatyczni i niezdolni do decydowania, tracą swoje zainteresowania oraz umiejętność podejmowania prostych działań. Jak wskazuje w swoich pracach badaczka, podobne zjawiska pojawiają się niezwykle często w dużych i ubogo zorganizowanych szpitalach proponujących leczenie długoterminowe, do których zaliczyć można m.in. szpitale psychiatryczne (Klingemann, 2011; Sokołowska, 1986). Sokołowska określa placówki ochrony zdrowia psychicznego mianem szpitali opiekuńczych, jednak w literaturze przedmiotu ośrodki te nazywane są nierzadko instytucjami totalnymi.

Koncepcja instytucji totalnej powstała w latach 60. XX wieku, a jej autorem był Erving Goffman. Wedle jego definicji instytucja totalna jest miejscem, w którym w sposób formalny kieruje się życiem dużego skupiska osób znajdujących się na tym samym terenie. Goffman wyróżnił pięć kategorii instytucji tego rodzaju. Do kategorii pierwszej zaliczył organizacje niosące pomoc ludziom, którzy nie potrafią egzystować samodzielnie: domy opieki, domy dla osób starszych. Drugą grupę stanowią instytucje udzielające pomocy osobom, które ze względu na objawy chorobowe mogą być niebezpieczne dla siebie lub innych: szpitale psychiatryczne, oddziały dla chorych na gruźlicę. Do kolejnej kategorii należą miejsca odosobnienia przeznaczone dla sprawców czynów karalnych – zdaniem

Goffmana są to zarówno więzienia, jak i obozy koncentracyjne. Do czwartej grupy autor przyporządkował te organizacje, w których na rozległych terenach wykonuje pracę duża liczba pracowników: koszary, szkoły z internatem, obozy pracy. Grupę piątą tworzą instytucje określone przez Goffmana mianem miejsc „ucieczki od świata”. Ludzie szukają w nich schronienia, wyciszenia, możliwości odbywania ćwiczeń duchowych – są to klasztory, seminaria, opactwa itp. (Goffman, 2011). Autor omawianej koncepcji uważał, że w instytucjach o charakterze totalnym dostrzec można następujące cechy:

- perspektywa instytucjonalna – życie wewnątrz instytucji ma charakter sformalizowany, o czym świadczy fakt tworzenia kodeksów i regulaminów, które mają pomóc w osiągnięciu określonego celu, np. terapeutycznego;
- życie w grupie – wszelkie czynności (praca, wypoczynek, rekreacja) są wykonywane w gronie tych samych osób, przy czym ważne jest także to, że personel musi traktować te osoby w sposób identyczny i z góry narzucony;
- dwuczłonowe zarządzanie – występuje wyraźny podział na personel oraz pacjentów/pensjonariuszy, których pozycja w istotny sposób się różni, a kontakt między nimi ma charakter incydentalny.

Analizując funkcjonowanie szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnej, Goffman wskazał, że istnieją w ramach takiej organizacji trzy rodzaje oddziaływań, których celem jest zachowanie wewnętrznej dyscypliny. Pierwszy rodzaj to tzw. stripping, a więc obnażanie pacjentów, polegające m.in. na odbieraniu prywatnych ubrań i nakazie noszenia jednakowych piżam, nadawaniu numeru identyfikacyjnego, żądaniu informacji na temat intymnych aspektów życia oraz obowiązku uzyskiwania zgody na wszelkie działania, nawet podstawowe, takie jak palenie papierosów czy wysłanie listu. Zdaniem Goffmana celem strippingu jest usunięcie z pamięci pacjenta jego dawnej tożsamości. Kolejną techniką to kontrola posiadanych przez chorego środków oraz panowanie nad wszelkimi informacjami dotyczącymi zarówno pacjenta, jak i samej instytucji. Ostatnia forma oddziaływania polega na ograniczeniu ruchliwości chorego, a zatem możliwości opuszczania części oddziału, całego oddziału lub szpitala (Goffman, 2011). Magdalena Sokołowska zwraca uwagę, iż szpital psychiatryczny jako instytucja totalna to miejsce, gdzie dochodzi do częstych konfliktów, których źródłem jest brak poszanowania praw pacjenta. Personel z jednej strony ma doprowadzić do poprawy stanu zdrowia osoby chorej, czemu sprzyja jej humanitarne traktowanie, z drugiej musi nieustannie dbać o dobrą organizację szpitala. Konflikt tych celów może wywołać frustrację, co z kolei skutkuje wzajemną agresją (Kowalczyk *et al.*, 2011; Sokołowska, 1986).

Piotr Sztompka, który podjął się analizy koncepcji Goffmana, podkreślił jej interakcyjny charakter. Według Sztompki na szczególną uwagę zasługuje fakt, że totalność instytucji szpitala psychiatrycznego prowadzi do emocjonalnego wycofania się pacjentów. Autor zaznacza ponadto, że instytucja taka nie tylko całkowicie podporządkowuje sobie czas

pacjentów, lecz także ogranicza przestrzeń, na której przebywają. Działania te skutkują pojawieniem się u chorych zachowań konwersyjnych, a więc uległości wobec instytucji, co świadczy o tym, iż jej totalność powoduje destrukcję tożsamości (Sztompka, 2003). Sam Goffman zwrócił w tym kontekście uwagę, że pacjent już w momencie przybycia do szpitala niejako zderza się z zasadami obowiązującymi na oddziale. Bunt wobec nich, dezaprobata czy niezadowolenie mogą doprowadzić do nałożenia kary, której intensywność jest stopniowo wzmacniana. Poprzedzać to mogą upokarzające czynności inicjujące: obrażanie nowego pacjenta przez personel i/lub pensjonariuszy, nadawanie numeru (deprecjonowanie Ja) oraz wspomniane już odbieranie rzeczy prywatnych (Goffman, 2011).

Totalny charakter szpitala psychiatrycznego zdecydował się przeanalizować również Andrzej Borowski. Posługując się kryteriami stopnia izolacyjności, totalności instytucji i stopnia ubezwłasnowolnienia, zaklasyfikował on omawiane szpitale do kategorii miejsc o charakterze półotwartym. W aspekcie medycznym placówki te mają zdaniem Borowskiego totalny charakter, całkowicie ubezwłasnowolniają pacjentów. Osoba hospitalizowana uświadamia sobie, iż wszelkie jej role, decyzje, wykonywane funkcje oraz aktywności uzależnione są od zasad panujących w placówce i od indywidualnej oceny dokonywanej przez personel medyczny (Borowski, 2004; Goffman, 2011).

Goffmanowska koncepcja instytucji totalnej nadal budzi duże zainteresowanie, dlatego też warto krótko przeanalizować poglądy na ten temat przedstawione przez kilku zagranicznych autorów.

Christie Davies jest zdania, że założenia funkcjonowania instytucji totalnej niejako nie przystają do dzisiejszych realiów, czyli do czasów, w których działania takie jak praca i wypoczynek nie są ograniczone przestrzenią ani czasem oraz nie sprowadzają się do realizacji ogólnie i racjonalnie opracowanego planu. W instytucjach totalnych wszelkie działania muszą prowadzić do z góry określonego, racjonalnego celu. Zdaniem Davies nie pasuje to do społeczeństwa demokratycznego, w którego koncepcję wpisana jest zdolność do dokonywania fragmentaryzacji oraz specjalizacji (Davies, 1989). Jak się wydaje, sam Goffman podobnie oceniał specyfikę instytucji totalnych. Zwracał bowiem uwagę, że szpitale psychiatryczne, klasztory, więzienia czy obozy pracy są hybrydami społecznymi. Z jednej strony stanowią wspólnotę mieszkaniową, a z drugiej są całkowicie sformalizowanymi organizacjami (Goffman, 2011). Murray S. Davis podkreśla, iż instytucja totalna nie jest odseparowana jedynie fizycznie, ale również w rozumieniu fenomenologicznym. Odcięcie fizyczne polega na zamykaniu przed pacjentami drzwi i budowaniu wysokich murów ogradzających szpital, z kolei „odcięcie fenomenologiczne” ma na celu pozbawienie chorego obiektywnego spojrzenia na świat – w ten sposób staje się on członkiem grupy funkcjonującej w ramach instytucji totalnej (Davis, 1997).

Zdaniem Raymonda M. Weinsteina koncepcja Goffmana nadal ma ogromne znaczenie dla budowania odpowiedniej

polityki psychiatrycznej. Autor podkreśla, iż kształtowanie u pacjentów zachowań konwersyjnych służy nie tylko wywołaniu uległości, ale nade wszystko zdyscyplinowaniu i zmuszeniu do zachowań zgodnych z wyznaczoną rolą pacjenta. Weinstein podejmuje jednak krytykę koncepcji instytucji totalnej: zwraca uwagę, że pogląd, jakoby funkcjonowanie szpitali psychiatrycznych opierało się na rozbudzeniu antagonizmów między pacjentami a personelem medycznym, jest zbyt dużym uproszczeniem. Naukowiec zaznacza również, iż stawianie szpitali psychiatrycznych w jednym szeregu z obozami koncentracyjnymi i więzieniami to karygodne nadużycie. W przeciwieństwie bowiem do instytucji opresyjnych celem personelu przyjmującego pacjenta do szpitala psychiatrycznego jest przede wszystkim skłonienie go do dobrowolnego poddania się terapii. Weinstein zauważa, iż Goffman, budując zręby swojej koncepcji, zapomniał o fakcie, że w szpitalu psychiatrycznym leczone są osoby poważnie chore, często niepotrafiące samodzielnie funkcjonować, dlatego też czasowe ograniczenie ich praw jest w pełni uzasadnione. Weinstein zarzucił ponadto Goffmanowi, iż ten starał się niejako zanegować istnienie choroby psychicznej, a badania empiryczne podważają zasadność twierdzenia, że szpital psychiatryczny przyczynia się do destrukcji tożsamości pacjentów. Przykładem mogą być analizy przeprowadzone przez Madeline Karmel (1969), dowodzące, iż psychiatryczna hospitalizacja wpływa na wzrost poczucia własnej wartości i społecznej tożsamości. Co więcej, według Weinsteina pacjenci często podkreślają, że hospitalizacja psychiatryczna nie przyczyniła się *de facto* do utraty przez nich jednostkowych praw (Weinstein, 1982).

Powyższe zarzuty tylko częściowo wydają się uzasadnione. Istotnie, włączenie szpitali psychiatrycznych i obozów koncentracyjnych do jednej kategorii instytucji totalnych może budzić pewien opór. Co ciekawe, instytucja ta wywołała podobne skojarzenia Wandy Póltawskiej – polskiej lekarzki, pisarki i byłej więźniarki niemieckiego obozu koncentracyjnego w Ravensbrück. Badaczka ta opisała w swoich pamiętnikach doświadczenia z jednego z lekarskich staży, który odbyła w dużym szpitalu psychiatrycznym. Uderzał ją widok pacjentek chodzących w szeregu po terenie szpitala. Osoby te ubrane były w identyczne stroje (tzw. drelichy). Na Póltawskiej ogromne wrażenie robił także sposób usytuowania pawilonów szpitalnych, które przywodziły na myśl rzeczywistość obozową. Podobnych wrażeń dostarczała jej obserwacja tego, co działo się na oddziałach – lekarka zwróciła uwagę na rozległe sale chorych (mieszczące mniej więcej po 20 łóżek), drzwi zamykane na klucz oraz wykonywane na rozkaz personelu porządki (Póltawska, 2001).

Na osobną wzmiankę zasługuje w tym kontekście opinia Howarda S. Beckera. Ten amerykański socjolog, dyskutując z koncepcją Goffmana, stwierdził, iż jednym z jej najważniejszych błędów jest wspomniane już zrównanie instytucji szpitala psychiatrycznego, klasztoru, więzienia i obozu koncentracyjnego. Zdaniem Beckera instytucje te różnią się przede wszystkim w sensie moralnym i w żaden

sposób nie można porównywać specyfiki szpitala czy klasztoru ze specyfiką obozu koncentracyjnego. Według autora uogólnienie dokonane przez Goffmana, zamiast przełożyć się na negatywny stosunek wobec łamiącego prawo personelu (w tym wypadku: personelu medycznego), zepsuło wizerunek całej instytucji szpitala psychiatrycznego. Autor zaznacza – z czym należy się zgodzić – że choć szpital psychiatryczny ma cechy instytucji totalnej, to jednak jego celem jest udzielenie pomocy pacjentowi, a nie zdominowanie go (Becker, 1999).

SPÓŁCZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA, CZYLI „ODTOTALIZOWANIE” PSYCHIATRII

Omawiając koncepcję instytucji totalnej, trzeba podkreślić, że Erving Goffman zwrócił uwagę, iż szpitali psychiatrycznych nie można traktować jak więzień lub obozów koncentracyjnych. Zaliczył te szpitale do grupy instytucji totalnych świadczących usługi wobec osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji – aczkolwiek jednocześnie utrzymywał, że większość instytucji izolacyjnych ma charakter totalny. Specyfika ta ujawnia się nade wszystko w podziale na podwładnych i personel. Według Goffmana personel uważa, iż pacjenci nieustannie spiskują przeciwko porządkowi publicznemu. Z kolei pacjenci są zdania, że opiekujące się nimi osoby, wywyższając się, zachowują się w sposób pogardliwy. Goffman postawił tezę, iż osobowość pacjenta od momentu jego pojawienia się w szpitalu ulega degradacji, czemu mają służyć określone zabiegi personelu: choremu odbiera się rzeczy osobiste, a więc przedmioty, z którymi się on utożsamia; owe depersonalizujące praktyki często uzasadniane są koniecznością ochrony pacjenta przed nim samym. Ponadto ograniczane są prawa chorego: zabrania mu się swobodnego chodzenia po oddziale, jeśli wykazuje skłonności samobójcze, oraz bez jego zgody informuje się rodzinę o istotnych kwestiach dotyczących leczenia, co stanowi kolejne źródło konfliktu między pacjentami a personelem. Ci pierwsi odczuwają bowiem frustrację w związku ze stałym napięciem, w którym funkcjonują, a którego przyczyną są oczekiwania władz instytucji, wymagających, aby efektem procesu terapeutycznego było ukształtowanie nowego, zdrowego człowieka. W szpitalu dostrzegana jest permanentna kontrola ze strony tychże władz, jak również władz zewnętrznych (sądu) i rodziny pacjenta (Goffman, 1975).

Jednak Magdalena Sokołowska już pod koniec lat 80. XX wieku zauważyła, że w psychiatrii obecna jest bardzo silna (zapoczątkowana 20 lat wcześniej) tendencja do odrzucania opiekuńczej roli szpitala psychiatrycznego. W to miejsce proponuje się budowanie „rehabilitacyjnego klimatu”. Dochodzi także do przesunięcia akcentu terapii – propagowane jest leczenie pacjenta chorego psychicznie w obszarze pozaszpitalnym zamiast w placówkach psychiatrycznych. Sokołowska wskazuje, iż terapia psychiatryczna jest coraz bardziej zorientowana na nawiązywanie bliższej relacji z pacjentem, o czym świadczy przede wszystkim rozwój

idei społeczności terapeutycznej, a więc wewnątrzszpitalnej, ustrukturyzowanej grupy pacjentów danego oddziału, która współdecyduje o charakterze danej placówki. Autorka dostrzega też powszechne zjawisko odchodzenia od uniformizacji personelu medycznego. Wszystkie te działania mają stanowić próbę zdjęcia odium totalności z instytucji szpitala psychiatrycznego (Sokołowska, 1986). Czy można zatem dostrzec pozytywne zmiany na gruncie zarówno polskiej, jak i zagranicznej psychiatrii – zmiany, które łamią koncepcję totalności?

W latach 60. XX wieku zaczął się rozwijać nurt antypsychiatrii, którego głównym założeniem było zdekonstruowanie pojęcia choroby psychicznej. Autorzy tej koncepcji byli zdania, iż choroba psychiczna jest *de facto* wymysłem psychiatrów, a poglądy na ten temat pozbawione są naukowych podstaw. Wspomniany ruch, propagowany przez Thomasa Szasza, pozytywnie wpłynął na amerykańską i europejską psychiatrię, przyczyniając się do zmian systemowych. Te z kolei doprowadziły do upowszechniania psychoterapeutycznych metod leczenia i wprowadzenia powszechnego ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego oraz sprawiły, iż zaczęto odchodzić od utrzymywania dużych szpitali psychiatrycznych („fabryk obłądłu”). W szpitalach zaczęto też coraz częściej posługiwać się przywołaną wcześniej metodą społeczności terapeutycznych (Pużyński, 2007).

Pojęcie „społeczności terapeutycznej” wprowadzone zostało do psychiatrii w latach 40. XX wieku. Celem tej metody jest przede wszystkim kształtowanie pozytywnych wzorców zachowań. Jak wskazują Magdalena Poradowska-Trzos i Dominika Dudek, ten rodzaj działań zmierza w kierunku zniwelowania „negatywnego wpływu szpitala psychiatrycznego, takiego, w którym zadania nadzoru przesłaniają cele terapeutyczne, [uzyskania] zasobów wsparcia społecznego, tkwiących w osobach przebywających ze sobą przez większą część dnia, w celach terapeutycznych [oraz wykorzystania] faktu bycia częścią pewnego systemu społecznego jako doświadczenia ułatwiającego podjęcie podobnych ról w życiu poza oddziałem” (Poradowska-Trzos i Dudek, 2007). W ramach społeczności pacjenci traktowani są w sposób humanitarny i partnerski, mają możliwość rozwiązywania konfliktów na drodze porozumienia, a nie sporu. Zasadą nadrzędną obowiązującą w społeczności terapeutycznej jest okazywanie sobie wzajemnego szacunku przez personel i pacjentów. W działaniach tych przyjmuje się, iż ograniczenie praw pacjenta powinno być ostatecznością (Hoffmann i Priebe, 2005).

Adam Bilikiewicz zwraca w tym kontekście uwagę na ciekawą zagadnienie. Jego zdaniem charakterystycznym założeniem wszelkich działań socjoterapeutycznych jest wspólne przebywanie pacjentów w trakcie zabaw, terapii i pracy. Jednak Bilikiewicz, w przeciwieństwie do Goffmana, nie uznaje takiej strategii za przejaw zapanowania nad pacjentem. Wręcz przeciwnie – uważa, że jedynie w taki sposób u pacjentów psychiatrycznych mogą wytworzyć się prospołeczne postawy. Tak więc społeczność terapeutyczna jest istotnym wsparciem, wspólnotą, „w której pacjent staje się

współdecydem w procesie leczenia [...] w istotnych dla niego sprawach organizacji oddziału” (Bilikiewicz, 2006). Według Bilikiewicza społeczność terapeutyczna powinna kierować się zasadami demokratyczności, konsensusu oraz realizmu. Trzeba tutaj zaznaczyć, że do ich przestrzegania obliguje pacjenta indywidualny kontrakt podpisywany w trakcie terapii. Procedura ta polega na ustalaniu przez chorego i jego lekarza praw i obowiązków pacjenta. Co więcej, podczas spotkań społeczności terapeutycznej, które powinny być prowadzone przez samych pacjentów, często sporządza się odrębne kontrakty grupowe, określające wzajemne zobowiązania personelu i chorych. W omawianym przypadku takie reguły, jak zasada szacunku, nieprzerwywania, nieoceniania, mówienia do osoby, a nie o osobie, dotyczą nie tylko pacjentów (Goffmanowskich podwładnych) – w równym stopniu odnoszą się do lekarzy, terapeutów i pielęgniarek (Kandel, 2007). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że analizowana tu metoda pracy z osobami chorymi jest formą pośrednią między tradycyjną terapią psychiatryczną a funkcjonowaniem w środowisku otwartym i ułatwia powrót do tego środowiska (społeczności), gdyż podział obowiązków umożliwia stały trening społeczny. Opisywana metoda uwzględnia jeszcze jedną zasadę istotną z perspektywy praw pacjenta – mowa o tzw. demokratyzacji terapii, a więc o pewnym wzorcu prowadzenia spotkań społeczności, których celem jest przekazanie pacjentowi pełnej informacji związanej z jego pobytym w szpitalu. W trakcie spotkań dochodzi do wzajemnej wymiany informacji/komunikatów między lekarzami/terapeutami, pielęgniarkami i pacjentami (Frąckowiak, 2006). Należy podkreślić, że w tym przypadku lekarz szanujący prawo pacjenta do poufności powinien w niektórych sytuacjach zaproponować udzielenie informacji na osobności. Na uwagę zasługuje w tym kontekście także model społeczności terapeutycznej funkcjonujący w części ośrodków leczenia uzależnień. Jest to o tyle ciekawe, że w literaturze pojawiają się opinie sugerujące, iż leczenie uzależnień, np. zespołu zależności alkoholowej, powinno odbywać się na drodze wprowadzania ograniczających sankcji. W praktyce spotkać można oddziały i ośrodki odwykowe, w których obowiązują bardzo szczegółowe regulaminy i kontrakty terapeutyczne, organizujące większość czasu, jakim pacjent dysponuje w trakcie terapii. Choć wydawać by się mogło, że świadczy to o totalności praktyk czy o nieprzestrzeganiu fundamentalnych praw pacjenta, trzeba pamiętać o aspekcie pozytywnym, jakim jest aktywność osoby uzależnionej podczas terapii. W ośrodkach odwykowych każdy nowy pacjent ma status obserwatora – z pomocą swojego opiekuna powoli zapoznaje się z zasadami obowiązującymi w oddziale lub ośrodku. Na tym etapie nie ma prawa do odwiedzin, ponieważ jest to okres ochronny, wymagany do uzyskania krytycznego nastawienia wobec choroby. Później najczęściej następuje etap tzw. nowicjatu, kiedy pacjent włączany jest do społeczności, uczy się odpowiedzialności za samego siebie oraz poddawania się pod osąd społeczności – nie tylko personelu, lecz także

innych pacjentów. Na tym etapie otrzymuje też pewne obowiązki, np. sprzątanie. Ma również możliwość korzystania z prawa do głosowania i współpodjmowania istotnych decyzji. Ostatnim etapem terapii jest przeważnie czas, gdy pacjent zyskuje status tzw. domownika, czyli osoby, która może podjąć pracę na zewnątrz. Domownik ma ponadto prawo – a zarazem obowiązek – bycia opiekunem dla nowego pacjenta. Celem głównym omawianego momentu terapii jest nauczenie pacjenta odpowiedzialnego funkcjonowania w grupie, a zatem przywrócenie umiejętności, którą ten zatracił, popadając w uzależnienie. Powierzanie pacjentom odpowiednich funkcji ma kształtować w nich umiejętność wchodzenia w role społeczne. Jako ciekawostkę można potraktować fakt, że w niektórych społecznościach o wyborze personelu terapeutycznego decyduje ostatecznie nie dyrektor czy ordynator oddziału, ale właśnie cała społeczność pacjentów. Nowy terapeuta zostaje, podobnie jak pacjent – neofita, włączony do społeczności lub też społeczność go odrzuca (Program terapeutyczny I. Domostwo „San Damiano”, oddział rehabilitacyjno-readaptacyjny). Omówione powyżej koncepcje instytucji totalnej i społeczności terapeutycznej ukazują szpital psychiatryczny jako niezwykle dynamiczne środowisko. Trzeba pamiętać, że placówki te jeszcze niedawno, szczególnie w XX wieku, kojarzyły się z nieludzkim traktowaniem osób chorych psychicznie. Podobne opisy częstokroć przedstawiane są w znanych książkach i filmach (Jakima, 2014; Walewski, 2015). Z jednej strony więc analiza funkcjonowania instytucji totalnych dokonana przez Goffmana, niewątpliwie wnikliwa, zwróciła uwagę na niepokojące zjawiska. Z drugiej natomiast funkcjonująca i rozwijana od kilkudziesięciu lat idea społeczności terapeutycznej daje szansę na swoiste „odtotalizowanie” instytucji szpitala psychiatrycznego. W kontekście problematyki praw pacjenta warto zaznaczyć, że metoda oparta na społeczności daje choremu możliwość współdecydowania, wyrażania własnych poglądów i sprzeciwu oraz podejmowania konkretnych działań – czyli pozwala mu wpływać na zastaną sytuację. Społeczność terapeutyczna niejako burzy wizję instytucji totalnej. W trakcie spotkań pacjentów z personelem prowadzonych lub współprowadzonych przez osobę leczoną niwelowana jest zasada dwuczłonowego zarządzania, zgodnie z którą personel odgrywa rolę nadrzędną, a pacjenci są podwładnymi. W społeczności terapeutycznej powyższy podział traci rację bytu. Choć spotkania te mają zapewne różną formę organizacyjną, należy zaznaczyć, iż w większości przypadków obowiązuje zasada, że w trakcie spotkań (nierzadko prowadzone są one codziennie) pacjentom przysługują takie same uprawnienia jak personelowi. Co więcej, w społeczności terapeutycznej Goffmanowskie pojęcie „życia w grupie” zyskuje zupełnie inny wymiar – zamiast totalnego charakteru wyraźnie uwidacznia się walor terapeutyczny takich działań (szczególnie w grupowej terapii uzależnień). Jak wspomniano wcześniej, model społeczności terapeutycznej opiera się przeważnie na licznych regulaminach i kontraktach, normujących sposób funkcjonowania

grupy pacjentów, co niejako jest przejawem opisanej przez Goffmana perspektywy instytucjonalnej. Trzeba jednak zauważyć, że w tym przypadku treść regulaminów niejednokrotnie formułują sami pacjenci. To oni współdecydują o prawach i obowiązkach, z których część dotyczy także personelu medycznego. Co więcej, personel – zarówno lekarski, jak i pielęgniarski – edukując się w ramach specjalizacji, ma za zadanie poznać zasady organizowania społeczności terapeutycznej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia...).

Nie jest uprawnione stwierdzenie, iż wprowadzenie metody społeczności terapeutycznej całkowicie zdjęło odium totalności z instytucji szpitala psychiatrycznego. Może wszak zdarzyć się, że spotkania moderowane będą w sposób arbitralny, bez poszanowania podmiotowości pacjenta. Jest to jednak metoda, która w większości przypadków sprawdza się w terapii, umożliwiając pacjentowi zabranie głosu czy wyrażenie poglądu. Trzeba zatem podkreślić, że prognozowane przez Piotra Sztompkę ryzyko utraty tożsamości przez chorego zostaje ograniczone do minimum.

PRAWA PACJENTA SZPITALA PSYCHIATRYCZNEGO – PERSPEKTYWA POLSKA

Tak jak wspomniano we wstępie, szczególnym działaniem mającym na celu zniwelowanie totalności funkcjonowania szpitali psychiatrycznych było wprowadzenie w Polsce przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Analizy prowadzone po 1989 roku nie wykazały, by na terenie naszego kraju wykorzystywano psychiatrię do celów politycznych (Puzyński, 2015). Niemniej należy podkreślić, iż w okresie powojennym stopień zabezpieczenia praw i wolności omawianej grupy pacjentów był niewystarczający. Do momentu wprowadzenia ww. ustawy, a więc do 1994 roku (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, 1994), jedynym aktem prawnym regulującym kwestię hospitalizacji psychiatrycznej była Instrukcja Ministra Zdrowia z 10 grudnia 1952 r. w sprawie przyjmowania oraz wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Dokument ten w żaden sposób nie gwarantował jednakże respektowania praw osób kierowanych do oddziałów psychiatrycznych. W instrukcji mowa była wyłącznie o możliwości umieszczenia danej osoby w szpitalu – nie określono natomiast żadnych trybów kontroli, możliwości składania skarg lub odwoływania się do niezależnego sądu (Boratyńska i Konieczniak, 2003).

Jak podkreślają Stanisław Dąbrowski i Janusz Pietrzykowski, prace nad polską „ustawą psychiatryczną” trwały blisko 70 lat. Działania mające na celu doprowadzenie do uchwalenia ostatniej wersji ustawy zajęły z kolei 22 lata. Należy dodać, że do jej uchwalenia dążyło przede wszystkim środowisko polskich psychiatrów (Dąbrowski i Pietrzykowski, 1997). Warto także pamiętać, iż pomimo braku stosownych

regulacji prawnych w powojennej historii polskiej psychiatrii nie odnotowano przypadków drastycznych nadużyć wobec osób chorych psychicznie, podobnych np. do tych, które miały miejsce na terenie byłego ZSRR. Zdaniem Jacka Bomby ów korzystny stan możliwy był dzięki samoregulacyjnej mocy psychiatrii. Ten krakowski psychiatra, badając sytuację powojenną, doszedł do wniosku, że polscy lekarze, pamiętając zbrodnie II wojny światowej, byli mniej skłonni do łamania praw człowieka chorego psychicznie. W omawianym kontekście często podkreśla się kluczową rolę Antoniego Kępińskiego – wybitnego lekarza i humanisty, którego publikacje odegrały po wojnie istotną rolę we „właczaniu” do psychiatrii wartości humanistycznych. Bazując na powyższych spostrzeżeniach, Bomba zaznacza, że prawa człowieka mogą być skutecznie chronione na gruncie medycznym nawet pomimo braku stosownych regulacji, o ile w odpowiedni sposób kształtowany będzie wysoki poziom moralny pracowników medycznych (Bomba, 1993).

Nieco inne zdanie wyraził Stanisław Dąbrowski – współtwórca ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Badacz ten zwrócił uwagę, iż na gruncie polskiej psychiatrii przed 1994 rokiem niestety dało się dostrzec istotne nieprawidłowości, a wprowadzenie „ustawy psychiatrycznej” było niezbędne ze względu na incydenty łamania praw człowieka w takich sferach, jak: „a) kierowanie pacjentów do szpitala bez zgody i kontroli organu zewnętrznego; b) działania terapeutyczne wykonywane wobec pacjentów przyjętych bez ich zgody; c) wykorzystanie pacjentów szpitala do celów gospodarczych; d) naruszanie godności pacjenta; e) kontrolowanie jego korespondencji; f) wykorzystanie psychiatrii do celów niemedyycznych (oraz politycznych – przyp. B.K.)” (chodzi tu np. o unieruchamianie chorych za karę albo stosowanie bolesnych zastrzyków) (Dąbrowski, 1995).

Polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oparta została na kilku fundamentalnych zasadach, które umożliwiają lekarzom podjęcie leczenia (także przymusowego), a jednocześnie gwarantują poszanowanie kluczowych praw pacjentów. Mowa tutaj o zasadach:

- wydawania zaświadczenia o stanie zdrowia psychicznego wyłącznie po osobistym zbadaniu danej osoby (art. 11);
- prawa pacjenta do swobodnego oraz niekontrolowanego kontaktu z bliskimi (art. 13);
- wymogu świadomej zgody pacjenta na leczenie (art. 3 pkt 4);
- powrotu do zdrowia w sposób najmniej uciążliwy (art. 12);
- dostępu do przepustki (czasowego pobytu poza szpitalem) (art. 14);
- szczególnej ochrony tajemnicy psychiatrycznej (art. 51 i 52) (Dąbrowski, 1995).

Odnosząc się do problemu przymusu bezpośredniego, ustawa wprowadza przede wszystkim przywołaną już wyżej zasadę najmniejszej uciążliwości. Działania siłowe kierowane w stronę pacjenta mogą polegać jedynie na unieruchomieniu, przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków oraz izolacji. Zlecić i zastosować przymus ma prawo

wyłącznie lekarz bądź pielęgniarka, w sytuacji gdy osoba hospitalizowana dopuszcza się zamachu przeciwko: „a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby, lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub 2) w sposób gwałtowny niszczyć lub uszkadzać przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki” (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, 1994). Przed podjęciem podobnych działań pacjent – bez względu na stan psychofizyczny – musi być o nich uprzedzony. Przepisy szczegółowe wydane do ustawy stanowią ponadto, iż pielęgniarka ma obowiązek sprawdzać stan pacjenta poddanego przymusowi nie rzadziej niż co 15 minut. Następnie wyniki kontroli powinny być zapisywane w dokumentacji. Przymus może być przedłużany przez lekarza (wyjątkowo również przez pielęgniarkę) i trwać do momentu ustania przyczyn jego zastosowania (art. 18) (Kmiecik, 2010b).

Analizując znaczenie polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, należy wskazać także rozwiązania prawne dotyczące możliwości poddania chorego przymusowemu leczeniu. Wszelkie tego typu działania podlegają ścisłej kontroli sądu opiekuńczego (wydział rodzinny i nieletnich danego sądu rejonowego). Jeżeli dana osoba zostanie przyjęta do szpitala bez swojej zgody, ordynator obowiązany jest zawiadomić o tym sąd. Do pacjenta w ciągu maksimum pięciu dni przybywa sędzia, zobowiązany do wysłuchania osoby niewyrażającej zgody na leczenie. W dalszej kolejności sędzia powołuje niezależnego biegłego, lekarza psychiatrę, który ma ocenić zasadność przyjęcia do szpitala. Omawianą procedurę kończy posiedzenie sądu (powinno się ono odbyć w ciągu dwóch tygodni od wizyty sędziego w oddziale), w trakcie którego sędzia, bazując na opinii biegłego, podejmuje decyzję odnośnie do dalszej hospitalizacji. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje również możliwość przyjęcia pacjenta na 10-dniową obserwację, podczas której nie można podawać mu żadnych leków bez jego zgody (art. 24). Działanie to może zostać podjęte w momencie, kiedy dana osoba zagraża sobie lub innym. Jednocześnie nie ma jednak pewności, czy konkretne niebezpieczne działania spowodowane są występowaniem objawów choroby psychicznej.

Istnieje ponadto możliwość zgłoszenia wniosku do sądu o przymusową hospitalizację psychiatryczną dla bliskiej osoby chorej psychicznie, która nie potrafi zaspokajać podstawowych potrzeb życiowych (art. 29) (Duda, 2006). Co istotne, ta ostatnia forma przymusowego leczenia wielokrotnie spotykała się z krytyką. Zwracano uwagę, iż przepisy z 1994 roku nie gwarantowały pacjentowi możliwości skutecznej obrony przed łamiącymi prawa człowieka działaniami, np. gdy rodzina dążyła do przymusowego leczenia osoby, która nie wymagała podobnej interwencji. Podkreślano, że pacjenci nie mają możliwości odwołania się od decyzji lekarza wzywającego ich do poradni zdrowia psychicznego. Co szczególnie niepokojące, omawiane przepisy utrzymywały stan, w którym rodzina pacjenta dowiadywała się o jego stanie zdrowia z otrzymanego od lekarza

zaświadczenia, wydanego bez wyraźnej zgody samego chorego. Podobne praktyki naruszały prawa pacjenta do poufności informacji związanych ze stanem jego zdrowia (Kmieciak, 2010c).

W 2011 roku wprowadzono przepisy, które pozwalają pacjentowi w każdej chwili odmówić zgody na badanie lekarskie – w ramach procedury wnioskowej przewidzianej przez art. 29. Ponadto przymusowe doprowadzenie danej osoby na badanie przez policję może odbyć się wyłącznie na podstawie postanowienia sądu; wcześniej wystarczyła decyzja lekarza poradni zdrowia psychicznego (Kmieciak, 2010b). Omawiane w tym miejscu zmiany można uznać za kolejny dowód występowania pozytywnej samoregulacji na gruncie polskiej psychiatrii.

POLITYCZNE PODSUMOWANIE

Pokróćce przedstawiona w niniejszym artykule historia wprowadzenia polskich przepisów dotyczących zasad leczenia psychiatrycznego wskazuje, iż działania przymusowe podejmowane wobec osób doświadczających zaburzeń psychicznych nie należą do przeszłości. Warto jednak dodać, że nie każda forma przymusu musi być z definicji utożsamiana z łamaniem praw i wolności człowieka. Z całą pewnością wśród polskich psychiatrów dostrzec można podejście określane mianem miękkiego paternalizmu. Oznacza to, iż wszelkie ingerencje medyczne wykonywane bez zgody pacjenta podejmowane są w ostateczności i ze względu na spodziewane obiektywne dobro możliwe do uzyskania dla danego chorego, który z uwagi na stan zdrowia nie ma możliwości dokonania racjonalnej oceny (Bujny, 2007). Nie ulega wątpliwości, że w polskiej polityce ochrony zdrowia psychicznego dominujące znaczenie ma zjawisko samoregulacji. Nie odnosi się ono wyłącznie do kwestii kształtowania zachowań personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) opartych na wzorcach moralnych – samoregulacja ma bowiem szczególne odniesienie również do konkretnych propozycji legislacyjnych oraz działań psychiatrów zmierzających do poprawy sytuacji pacjenta na terenie szpitala. Kluczowym przykładem podobnego działania jest powołanie w Polsce stanowiska Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Osoby pełniące tę funkcję w poszczególnych placówkach są niezależnymi od władz szpitala ombudsmenami. Dysponują formalnymi narzędziami potrzebnymi do tego, aby na miejscu, czyli w konkretnym oddziale, interweniować w sytuacji naruszenia praw ubezwłasnowolnionego, małoletniego czy unieruchomionego pacjenta (Kmieciak, 2010a).

W polskiej literaturze prawnomedycznej wątek praw pacjenta szpitala psychiatrycznego bywa łączony z totalnym charakterem szpitali, w których leczone są osoby doświadczające zaburzeń psychicznych. Zdaniem Juliusza Dudy „dochodzenie praw (...) jest utrudnione ze względu na powszechne poczucie zależności od totalnej instytucji i lęk przed represjami ze strony personelu”, co „dotyczy nie tylko pacjentów, lecz także ich rodzin” (cyt. za Ciechorski, 2015).

Warto jednak się zastanowić, czy dostrzegalny totalny charakter szpitala psychiatrycznego przekreśla możliwość promowania polityki praw pacjenta opartej przede wszystkim na zasadzie poszanowania jego godności i autonomii.

Jak zaznaczał Leon Petrażycki, uzyskanie „racjonalnych dyrektyw polityczno-prawnych” możliwe jest wyłącznie przez poznanie mechanizmów, które sprawiają, że prawo może działać w sposób motywacyjny i wychowawczy (Kojder, 1995). W odniesieniu do rzeczywistości psychiatrycznej efekt ten może zostać zrealizowany poprzez wprowadzenie zasad odpowiedzialnej polityki ochrony zdrowia psychicznego. Mowa tu o takich zasadach, jak uczestnictwo, korzyści terapeutyczne, wybór rodzaju terapii, walka z dyskryminacją, dostępność, bezpieczeństwo, autonomia, szacunek, unikanie restrykcyjnych działań, opieka prawna i odpowiedzialność (Thornicroft i Tansella, 2010). Analizując rzeczywistość polskich szpitali psychiatrycznych, z całą pewnością stwierdzić należy, iż działania podejmowane przez personel nierzadko mają totalny charakter. To lekarze i pielęgniarki częstokroć decydują, czy dana osoba będzie mogła opuścić szpital. To oni w pewnych sytuacjach mają prawo użyć siły wobec pacjenta bądź zabronić mu kontaktu z osobą bliską. Niemniej podobne działania można podjąć wyłącznie w chwili, gdy dostrzegane jest obiektywne dobro, które powinno być chronione. Z perspektywy pacjenta lub zewnętrznego obserwatora użycie pasów unieruchamiających zawsze może się kojarzyć z interwencją *ex definitione*, z łamaniem praw człowieka. Czy jednak faktycznym naruszeniem owych praw nie byłaby bierność personelu, kiedy pacjent z powodu doświadczanych objawów psychotycznych podejmuje działania niebezpieczne dla siebie lub innych? Psychiatria jest specjalnością medyczną o charakterze szczególnym. Analizując funkcjonowanie oddziałów psychiatrycznych, nie można zapominać, iż choroba i zaburzenia psychiczne w wielu obszarach nadal stanowią dla nauki tajemnicę. Lekarze potrafią zniwelować określone objawy, lecz w większości przypadków nie znają przyczyn, które bezsprzecznie mogą prowadzić np. do halucynacji. W omawianym typie oddziałów zachowania agresywne i autoagresywne pojawiają się częstokroć w związku z wystąpieniem konkretnych objawów chorobowych. W takiej sytuacji personel niejednokrotnie zmuszony jest podjąć natychmiastowe działanie, które zabezpieczy dobro pacjenta. Jak wspomniano, odpowiedzialna polityka ochrony zdrowia psychicznego musi opierać się na szacunku, a także na respektowaniu godności i autonomii pacjenta. Do podobnych zasad odwołuje się treść polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Elementy te w sposób szczególny ukazywane są w procedurach kontrolnych, które z założenia mają uniemożliwić naruszenie praw osoby leczonej w szpitalu. Wskazane tu działania są w stanie istotnie ograniczyć totalny charakter omawianych placówek. Prawdą jest, iż personel medyczny ma prawo stosować przymus fizyczny, lecz jego zastosowanie musi być obiektywnie wyjaśnione i odnotowane w dokumentacji medycznej. Polityka ochrony zdrowia psychicznego odnosi się również do sytuacji pacjentów

przez dłuższy czas przebywających na terenie oddziału. Od wielu lat w psychiatrii dominuje metoda społeczności terapeutycznej, a dzięki niej pacjenci mogą stać się istotnymi współuczestnikami procesu leczenia. Podobne formy działań sprawiają, że istnieje szansa na pojawienie się relacji i dialogu między personelem a pacjentami.

Jerzy Lande, analizując znaczenie pojęcia polityki prawa, porównał ją do medycyny. Według naukowca wymienione dyscypliny łączy to, że ich zadaniem jest zalecanie stosowania określonych działań w celu doprowadzenia do społecznie pozytywnego efektu. Efekt taki pojawi się w momencie, gdy dojdzie do uchwalenia przepisów, które będą wywoływać pozytywne skutki (Motyka, 1993). Tym samym zasady tworzenia prawa muszą uwzględniać konsekwencje jego wprowadzenia. Obecnie z perspektywy społecznej, medycznej, prawnej i etycznej kluczowe wydaje się ujednoczenie polskiego „prawodawstwa psychiatrycznego”. W krajowych ustawach, kodeksach, rozporządzeniach oraz przyjętych przez Polskę międzynarodowych konwencjach obecnych jest bowiem wiele pojęć, które w sposób niejednoznaczny – a niekiedy także wykluczający – ukazują problemy, z jakimi na co dzień stykają się specjaliści zajmujący się ochroną zdrowia psychicznego. Warto w tym miejscu wspomnieć, iż polskie prawo, opisując szeroko rozumiane zaburzenia psychiczne, używa takich terminów, jak „upośledzenie umysłowe”, „niepełnosprawność intelektualna”, „choroba psychiczna”, „niedorozwój umysłowy”, „pijaństwo” itd. Zwroty te są w odmienny sposób prezentowane w konkretnych kontekstach dotyczących tak szczególnych instytucji i terminów prawnych, jak ubezwłasnowolnienie, internacja/detencja, niepoczytalność, poczytalność ograniczona lub przymusowa hospitalizacja psychiatryczna. Z perspektywy polityki prawa konieczna jest dziś debata zmierzająca do wypracowania wniosków, które pozwolą na ujednoczenie terminologii psychiatrycznej używanej w polskim prawie (Lisowska, 2016).

Powracając do głównego wątku rozważań, należy podkreślić, że pojawienie się ustawy o ochronie zdrowia psychicznego miało na celu m.in. zmianę społecznego postrzegania osób korzystających z pomocy psychiatrów. Z całą pewnością w społeczeństwie nadal istnieje lęk przed chorobą psychiczną oraz szeroko pojętą psychiatrią. Wydaje się, iż najlepszym sposobem na pokonanie wszelkich obaw jest dokładne poznanie problemu. Często usłyszeć można opinie, że szpitale psychiatryczne mają totalny charakter. Aby jednak ukazać pełny obraz tych miejsc, trzeba zaznaczyć, iż to właśnie na ich terenie od wielu lat funkcjonują społeczności terapeutyczne, które są realnym narzędziem pozwalającym na powstanie pożądanej w terapii relacji partnerskiej, bazującej na zasadzie wzajemnego poszanowania praw.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Artykuł powstał w ramach realizacji tematu badawczego „Prawno-społeczne wyzwania ochrony zdrowia psychicznego”, finansowanego ze środków Uniwersytetu Medycznego w Łodzi – nr 502-03/6-074-06/502-64-103.

Piśmiennictwo

- Becker HS: The politics of presentation: Goffman and total institutions. Referat wygłoszony podczas konferencji nt. Ervinga Goffmana i jego koncepcji *total institutions*, Grenoble, November 1999: 30. Available from: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/BeckerArt.pdf> [cited: 27 September 2016].
- Bilikiewicz A: Słownik terminologiczny. In: Bilikiewicz A (ed.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 725.
- Bomba J: Wartości humanistyczne a poszanowanie praw człowieka w trudnych warunkach. *Psychiatr Pol* 1993; 27: 225–238.
- Boratyńska M, Konieczniak P: *Prawa pacjenta*. Difin, Bydgoszcz 2003: 390–392.
- Borowski A: Rola instytucji totalnych w zapewnieniu bezpieczeństwa jednostce i społeczeństwu. In: Kowalski D, Kwiatkowski M, Zduniak A (eds.): *Edukacja dla bezpieczeństwa. Wybrane perspektywy*. O'CHIKARA, Lublin 2004: 313–358.
- Bujny J: *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*. C. H. Beck, Warszawa 2007.
- Ciechorski J: Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna. *Prawo i Medycyna* 2015; 17: 113–134.
- Dąbrowski S: Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. In: Siwiak-Kobayashi M, Leder S (eds.): *Psychiatria i etyka*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1995: 67–77.
- Dąbrowski S, Pietrzykowski J: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997: 17.
- Davies C: Goffman's concept of the total institution: criticisms and revisions. *Hum Stud* 1989; 12: 77–95.
- Davis MS: Georg Simmel and Erving Goffman: legitimators of the sociological investigation of human experience. *Qual Sociol* 1997; 20: 369–388.
- Duda J: *Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego*. LexisNexis, Warszawa 2006.
- Frąckowiak M: Status społeczny osób chorych psychicznie w perspektywie socjologiczno-histerycznej. *Zeszyty Naukowe Instytutu Socjologii UAM* 2006; 0: 5–30.
- Goffman E: Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011: 14–15.
- Goffman E: Charakterystyka instytucji totalnych. In: Derczyński A, Jasińska-Kania J, Szacki J (eds.): *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*. PWN, Warszawa 1975: 151–177.
- Hoffmann K, Priebe S: Socjoterapia. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD (eds.): *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 327–332.
- Jakima S: Obraz psychiatrii w filmie polskim. *Psychiatria. Pismo dla Praktyków* 2014; (7): 33–35.
- Kandel I: Program terapeutyczny dla pacjentów z podwójną diagnozą, nadużywających substancji psychoaktywnych. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 727–736.
- Karmel M: Total institution and self-mortification. *J Health Soc Behav* 1969; 10: 134–141.
- Klingemann JI: Magdalena Sokołowska – inspiracje i kontynuacje. *Stud Socjol* 2011; 202: 217–222.
- Kmiecik B: Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna. *Psychiatr Psychol Klin* 2011; 11: 31–36.

- Kmieciak B: Poszanowanie praw małoletniego pacjenta w szpitalu psychiatrycznym a doświadczenie choroby psychicznej. In: Płonka-Syroka B, Skrzypek M (eds.): Doświadczenie choroby w perspektywie nauk humanistycznych, społecznych i medycznych. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław 2010a: 263–287.
- Kmieciak B: Przymusowa hospitalizacja psychiatryczna w trybie wnioskowym, w kontekście poszanowania praw pacjenta poradni zdrowia psychicznego. *Psychiatr Psychol Klin* 2010b; 10: 282–287.
- Kmieciak B: Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego jako strażnik ładu społecznego. In: Moczuk E, Sagan B (eds.): III Forum Socjologów Prawa „Prawo i ład społeczny”. Ius et Administratio, zeszyt specjalny, *Facultas Iuridica Universitatis Resoviensis, Rzeszów* 2010c: 211–231.
- Kojder A: Godność i siła prawa: szkice socjologiczno-prawne. Oficyna Naukowa, Warszawa 1995.
- Kojder A: Idee społeczno-prawne Leona Petrażyckiego i ich współczesne kontynuacje. Uniwersytet Warszawski: 13, 16. Available from: http://www2.wpia.uw.edu.pl/files/Idee_spoleczno-prawne_LP.pdf?short [cited: 12 September 2016].
- Kowalczyk K, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E *et al.*: Teorie agresji – fakty czy mity? *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19: 396–400.
- Lisowska A: Zasadność oceny poczytalności w odwołaniu do jej stopnia na gruncie przesłanek prawnych i psychologicznych. In: Kmiecik B (ed.): *Prawo – psychiatria – społeczeństwo*. Wydawnictwo Naukowe Sophia, Katowice 2016: 85–97.
- Motyka K: Wpływ Leona Petrażyckiego na polską teorię i socjologię prawa. Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993.
- Poradowska-Trzós M, Dudek D: Sieci społeczne pacjentów z chorobami afektywnymi. *Psychoterapia* 2007; (2): 29–39.
- Półtawska W: Stare rachunki. Edycja Świętego Pawła, Częstochowa 2001: 54–61.
- Program terapeutyczny I. Domostwo „San Damiano”, oddział rehabilitacyjno-readaptacyjny. Chęciny k. Kielc. Available from: <http://terapia.franciszkane.biz/wp-content/uploads/2013/04/osrodek.pdf> [cited: 13 September 2016].
- Pużyński S: Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 299–308.
- Pużyński S: Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne. Eneteia, Warszawa 2015.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych. Załącznik nr 15. Ramowy program bloku specjalistycznego specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek: 2. Available from: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=9&ma=2135> [cited: 28 September 2016].
- Sokołowska M: *Socjologia medycyny*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
- Sztompka P: *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Znak, Kraków 2003: 77.
- Thornicroft G, Tansella M: W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
- Walewski P: Władza nad Psyche. Rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem. *Niezbędnik Inteligenta. Bioetyka. Spory na śmierć i życie (Seria tygodnika Polityka)* 2015; 3 (3): 50–55.
- Weinstein RM: Goffman's asylums and the social situation of mental patients. *Journal of Orthomolecular Psychiatry* 1982; 11: 267–276.