

Małgorzata Szwejkowska, Beata Kędzierska

Przymusowe leczenie nieletnich w zakładach psychiatrycznych

Studia Prawnoustrojowe nr 15, 31-39

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Małgorzata Szwejkowska

Katedra Prawa Karnego Materialnego

Beata Kędzierska

Katedra Prawa Administracyjnego i Nauki o Administracji

Wydział Prawa i Administracji UWM

Przymusowe leczenie nieletnich w zakładach psychiatrycznych

Wstęp

Zagadnienie przymusowego leczenia psychiatrycznego wdrażanego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi może być rozpatrywane dwutorowo, tj. w kontekście uregulowań prawnych ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹, normującej m.in. zasady prowadzenia leczenia, terapii i rehabilitacji pacjentów placówek psychiatrycznych, oraz przepisów o charakterze *legi specialis* w stosunku do przedmiotowej ustawy, w postaci odpowiednich regulacji kodeksu karnego i kodeksu karnego wykonawczego, a także ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich². W odniesieniu do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego należy stwierdzić, że przewidziany tam reżim postępowania wobec pacjentów zaburzonych psychicznie, jakkolwiek powstał w toku czasochłonnej procedury legislacyjnej i z uwagi na kontrowersyjny zakres regulowanej problematyki budził wiele emocji, ma charakter jednolity i spójny. Druga grupa przepisów, łącząca przymus leczenia psychiatrycznego ze sprawstwem czynu bezprawnego, różni się znacząco w zależności od tego, czy adresatem środków leczniczych jest sprawca dorosły (lub odpowiadający jak dorosły), czy też nieletni. Podkreślenia przy tym wymaga brak jednoznacznego uregulowania zakresu i sposobu prowadzenia leczenia psychiatrycznego wobec

¹ Dz.U. nr 111, poz. 535 ze zm. Należy przypomnieć, że do czasu wejścia w życie przedmiotowej ustawy w analizowanym zakresie obowiązywała instrukcja Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 1952 r. (nr 120/52), która m.in. nie przewidywała sądowej kontroli w zakresie ograniczeń wolności pacjentów placówek psychiatrycznych.

² Dz.U. z 2010 r., nr 33, poz. 178 ze zm.

osób poddanych stosowaniu środków leczniczych, których prawa i wolności obywatelskie podlegają surowszym ograniczeniom niż pacjentów objętych przymusowym leczeniem psychiatrycznym w trybie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Nadmienić także trzeba, że zakres możliwych do zastosowania sposobów leczenia psychiatrycznego w warunkach stosowania przymusu różni się istotnie w wielu państwach europejskich³.

Analizując szczególne podstawy prawne przewidujące możliwość przymusowego leczenia psychiatrycznego osób internowanych, także z uwzględnieniem przepisów wykonawczych⁴, nie można nie zauważyć, iż ustawodawca zaakcentował, odmiennie niż na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, potrzebę izolacji tych osób, marginalizując kwestie leczniczo-terapeutyczne i rehabilitacyjne. Tymczasem osoba, wobec której stosowany jest środek leczniczy, jest nie tylko „obiektem zainteresowania” ze strony organów wymiaru sprawiedliwości, lecz także pacjentem zakładu zamkniętego wymagającym adekwatnej pomocy medycznej, odpowiadającej co najmniej standardom stosowanym wobec innych pacjentów placówek psychiatrycznych. W aktualnym stanie prawnym owa podwójna rola internowanych jest niedostatecznie uwzględniona. Zabezpieczenie społeczeństwa przed atakami na dobra prawne, których mogą się dopuścić osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi, wobec których stosowany jest dany rodzaj środka leczniczego, nie może prowadzić do naruszenia chociażby przepisu art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, zapewniającego każdemu równe prawo do ochrony zdrowia. Prawo to powinno zostać zbilansowane wymogami zabezpieczenia społeczeństwa przed naruszeniami prawa przez osoby zaburzone psychicznie. Należałoby przy tym wręcz rozważyć, czy przymusowo internowanym, na mocy wskazanych powyżej przepisów szczególnych, nie powinno przysługiwać prawo do opieki medycznej na szczególnie wysokim poziomie, tj. przekraczającym przeciętny standard stosowany w ramach lecznictwa psychiatrycznego realizowanego w oparciu o przepisy dotyczące ochrony zdrowia. Za podwyższeniem standardów leczniczo-terapeutycznych przemawia w takich wypadkach nie tylko bezpośredni interes osób poddanych internacji psychiatrycznej, lecz także wspomniany już interes społeczny. Potrzebne zatem jest zrozumienie, iż bezpośredni interes społeczny leży nie w izolacji czy też nie tylko w izolacji sprawców czynów bezprawnych z zaburzeniami psychicznymi, lecz przede wszystkim w leczeniu i terapii tych osób. Kierując się tymi względami, niektóre państwa europejskie, w szczególności Anglia i Walia oraz Holandia,

³ „Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders. Legislation and Practice in EU Member States” – projekt badawczy opracowany z inicjatywy Komisji Europejskiej, Mannheim 2005 r., s. 66 i nast.

⁴ Por. np. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2005 r., nr 79, poz. 692).

wprowadziły regulacje prawne zapewniające najlepszy standard usług medycznych znajdujących zastosowanie wobec sprawców-pacjentów placówek psychiatrii sądowej⁵.

Zbieg nieletniości i niepoczytalności

Począwszy od 1932 r., tj. od czasu wejścia w życie rozporządzenia Prezydenta RP – Kodeks karny, komentatorzy przepisów ówczesnej kodyfikacji podnosili konieczność precyzyjnego odróżniania niepoczytalności od nieletniości sprawcy jako dwóch zasadniczo odmiennych przesłanek nieodpowiedzialności karnej, podkreślając jednocześnie, iż nie można sprowadzać ich do wspólnego mianownika⁶. Podstawą do przypisania sprawcy winy jest bowiem bezsporne ustalenie, że w czasie czynu był on podmiotem zdolnym do zawnienia z uwagi na osiągnięcie odpowiedniego wieku, na stan poczytalności, świadomość co do bezprawności czynu itp. Tym samym stan poczytalności oraz wiek to dwie odrębne i niezależne od siebie przesłanki zawnienia.

W nauce prawa karnego i orzecznictwie przywiązuje się szczególną wagę do oceny nieletniego z punktu widzenia jego poczytalności, której odgraniczenie od zwykłej niedojrzałości związanej z wiekiem jest dość skomplikowane. Niewątpliwie stopień „poczytalności” nieletniego należy badać odmiennie na każdym etapie niezwykle dynamicznego procesu, jakim jest dojrzewanie człowieka. Powyższe oznacza konieczność odniesienia konkretnego przypadku do zobiektywizowanego przeciętnego wzorca społecznie dostosowanego młodego człowieka. Ten wzorzec zaś będzie kształtował się różnie w zależności od wieku czy etapu dojrzewania. W przypadku, gdy u nieletniego stwierdza się jedynie brak dojrzałości społecznej, któremu nie towarzyszy występowanie choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego rodzaju zaburzeń psychicznych, problemem jest wyłącznie niedostatecznie ukształtowany system etycznego (moralnego) postępowania, skutkujący koniecznością stosowania odpowiednich środków poprawczych i wychowawczych⁷. Przeciwnie oznacza zaś konieczność zastosowania środków leczniczych. W stosunku jednak do nieletniego odpowiadającego na zasadzie art. 10 § 2 k.k. mogą znaleźć przy tym zastosowanie także środki zabezpieczające, w tym internacja psychiatryczna opisana w dyspozycji art. 94 k.k.

Zbieg niepoczytalności i nieletniości jest nieistotny z punktu widzenia ustawy Kodeks karny, gdy nie zachodzą przesłanki wymienione w treści art. 10 § 2 k.k. W przypadkach, gdy niezdolność nieletniego do ponoszenia odpowie-

⁵ Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders...

⁶ W. Makowski, *Kodeks karny – komentarz. Część ogólna*, Warszawa 1932, s. 205.

⁷ K. Gromek, *Komentarz do ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*, LexisNexis, Warszawa 2004, s. 236.

działności karnej za swój czyn wynika nie tylko z braku dostatecznego rozwoju psychospołecznego, lecz także z choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego rodzaju zakłóceń psychicznych, a także nałogowego używania alkoholu lub innych środków w celu wprawienia się w stan odurzenia stosować należy w miejsce środków poprawczych środki o charakterze leczniczo-wychowawczym, przewidziane w art. 12 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich⁸. Nie sposób nie zauważyć, że w sytuacji, w której nieletni z zaburzeniami psychicznymi dopuścił się czynu karalnego⁹, orzekane wobec niego środki lecznicze mają *de facto* charakter środków zabezpieczających, analogicznych do tych, które przewiduje kodeks karny wobec dorosłych sprawców czynów zabronionych oraz sprawców nieletnich odpowiadających w warunkach objętych dyspozycją art. 10 § 2 k.k. Niemniej, zgodnie z obowiązującym brzmieniem u.p.n., środki lecznicze mogą znaleźć swoje zastosowanie także w sytuacji innej niż sprawstwo czynu karalnego, tj. gdy sąd rodzinny stwierdzi przejawy demoralizacji nieletniego. Zachowania nieletniego wskazujące na możliwość demoralizacji powinna cechować powtarzalność, trwałość, o czym świadczą takie zwroty ustawowe (art. 4 u.p.n.), jak „systematyczne”, „uprawianie”, „używanie”¹⁰. Dopiero drastyczność pojedynczego zachowania pozwala wnioskować o stanie demoralizacji jako o wewnętrznej jego przyczynie¹¹. W nauce kryminologii zakłada się, że demoralizacja – pojmowana jako niewynikający z przyczyn chorobowych lub rozwojowych stan struktur poznawczych – prowadzi do nierespektowania norm moralnych i sprzyja naruszeniom przez nieletniego norm prawa¹².

Posługując się wskazaną powyżej analogią ze środkami zabezpieczającymi, należy zauważyć, iż ustawodawca w celu określenia stanu psychicznego nieletniego posługuje się jedynie kryterium psychiatrycznym (medycznym, lekarskim) jako jedną z przesłanek zastosowania środków leczniczo-wychowawczych. Brak jest zatem w tej regulacji kryterium psychologicznego stanu niepoczytalności, odnoszącego się do zachowania przez sprawcę zdolności do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem (por. treść art. 12 u.p.n. oraz analogicznego art. 94 § 1 w zw. z art. 31 § 1 k.k.). Z tego właśnie względu na gruncie ustawy o postępowaniu w sprawach

⁸ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. nr 11, poz. 109) – dalej jako u.p.n.

⁹ Tj. czynu realizującego nie tylko znamiona czynu zabronionego, lecz wszystkie elementy konstytutywne przestępstwa, także skarbowego lub wykroczenia, a zatem także musi to być czyn oceniony jako bezprawny, karalny i wykazujący stopień społecznej szkodliwości wyższy niż znikomy – G. Bogdan, Z. Ćwiakalski, A. Zoll, *Kodeks karny. Część ogólna – Komentarz*, t. I: *Komentarz do art. 1–116 k.k.*, Zakamycze, Kraków 2004, s. 21–42.

¹⁰ M. Koreyl-Wolska, *Postępowanie w sprawach nieletnich*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008, s. 62.

¹¹ J. Błachut, A. Gaberle, K. Krajewski, *Kryminologia*, InfoTrade, Gdańsk 1999, s. 320 i nast.

¹² Ibidem.

nieletnich nie można zasadnie posłużyć się terminem „niepoczytalność” w rozumieniu kodeksu karnego. Termin „niepoczytalność” bowiem w polskim prawie karnym powinien być zdefiniowany poprzez dwa kryteria: lekarskie i psychologiczne (łącznie). W dalszej części tego opracowania będziemy zatem w stosunku do nieletnich cierpiących na chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inny rodzaj zakłóceń czynności psychicznych posługiwać się terminem „niepoczytalność”, przy założeniu umowności takiego rozwiązania jako nieodpowiadającego normatywnej definicji ww. pojęcia.

Analizowana ustawa nie wymaga także, aby stan psychiczny nieletniego wskazywał na wysokie prawdopodobieństwo, iż ponownie popełni on czyn karalny lub dopuści się zachowania wskazującego na jego demoralizację. Negatywna prognoza lekarska i kryminologiczna wobec nieletniego nie stanowi *conditio sine qua non* zastosowania wobec niego środków z art. 12 u.p.n. Na gruncie u.p.n. nie występuje ponadto przesłanka związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy objawami zaburzeń psychicznych, które zaistniały u sprawcy, a czynem, którego się dopuścił (brak koncepcji niepoczytalności *in tempore criminis*)¹³. Powyższe rozwiązania ustawowe podyktowane były niewątpliwie faktem, iż ustawodawca powiązał stan psychiczny nieletniego nie tylko z dopuszczeniem się przezeń czynu karalnego, lecz także – co podkreślono już powyżej – z wystąpieniem oznak demoralizacji (trudno sobie w tym ostatnim przypadku wyobrazić niepoczytalność w „czasie postępującej demoralizacji”).

Konsekwencją stwierdzenia zaburzeń psychicznych u nieletniego jest zastosowanie wobec niego środków leczniczych. Środki te stosowane są przez sąd rodzinny fakultatywnie i polegają na umieszczeniu nieletniego w szpitalu psychiatrycznym lub innym odpowiednim zakładzie leczniczym. Jeżeli chodzi jedynie o potrzebę zapewnienia opieki wychowawczej, sąd może orzec umieszczenie nieletniego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub w młodzieżowym ośrodku socjoterapii (środki o charakterze izolacyjnym¹⁴), a w przypadku gdy nieletni jest upośledzony umysłowo w stopniu głębokim i wymaga jedynie opieki – w domu pomocy społecznej. Przedmiotowe środki orzekane są przez sąd bezterminowo, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez sprawcę 18 roku życia (art. 73 § 1 u.p.n.) i polegają na pozbawieniu nieletniego wolności. Jako że nie podlegają łączeniu ze środkami poprawczymi¹⁵, należą do grupy środków zmieniających środowisko wychowawcze nie-

¹³ E. Bieńkowska, B. Kunicka-Michalska, G. Rejman, J. Wojciechowska, *Kodeks karny – komentarz. Część ogólna*, C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 479–482.

¹⁴ Por. rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 lipca 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad kierowania, przyjmowania, przenoszenia, zwalniania i pobytu nieletnich w młodzieżowym ośrodku wychowawczym oraz młodzieżowym ośrodku socjoterapii (Dz.U z 2004 r., nr 178, poz. 1833).

¹⁵ Analogicznie do instytucji internacji psychiatrycznej z art. 94 k.k., która nie może zostać orzeczona łącznie z karą lub środkiem karnym.

letniego poprzez zabranie go od rodziny i umieszczenie w zakładzie leczniczym lub domu pomocy społecznej. Tym samym są to najbardziej dolegliwe ze środków przewidzianych wobec nieletnich, bowiem polegają na rozłączeniu nieletniego z jego dotychczasowym środowiskiem i dlatego też wymagają dużej ostrożności w ich stosowaniu¹⁶. O stanie zdrowia nieletniego umieszczonego w zakładzie leczniczym lub domu społecznym sąd rodzinny powinien być informowany przez dyrektora danej placówki nie rzadziej niż co 6 miesięcy, zaś w razie znaczącej poprawy stany psychicznego nieletniego – niezwłocznie. W przypadku uzyskania pozytywnych osiągnięć leczniczo-terapeutycznych wobec nieletniego sąd rodziny powinien (1) zamienić środek leczniczy na mniej dolegliwy środek wychowawczy lub (2) uchylić stosowanie wobec niego jakichkolwiek środków, zgodnie z zasadą elastycznego kształtowania przez sąd rodzinny środków oddziaływania wobec nieletniego¹⁷.

Lekarski i psychologiczny aspekt stosowania środków z art. 12 u.p.n.

Przed zastosowaniem środka leczniczego sąd rodzinny zarządza badanie nieletniego przez co najmniej dwóch biegłych psychiatrów. Na wniosek biegłych z zakresu psychiatrii sąd rodzinny do udziału w wydaniu opinii powołuje biegłych innych specjalności (art. 25 a § 1 u.p.n.). Porównując ten zapis z brzmieniem odpowiednich przepisów kodeksu postępowania karnego (art. 79 § 1 pkt. 3), stwierdzić należy, iż ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nie posługuje się pojęciem „uzasadnionych wątpliwości co do poczytalności” nieletniego¹⁸. Nie wydaje się jednak, aby sąd rodzinny nie był uprawniony do stosowania *per analogiam* wskazanej konstrukcji wypracowanej w doktrynie i orzecznictwie na gruncie zapisów kodeksu postępowania karnego. I to także wówczas, gdy orzekanie o środkach leczniczych następuje w postępowaniu opiekuńczo-wychowawczym, w ramach którego stosuje się kodeks postępowania cywilnego (wraz z modyfikacjami wynikającymi z omawianej ustawy). W przeciwnym wypadku należałoby uznać, iż opinia biegłych o stanie psychicznym nieletniego stanowi dowód, który sąd rodzinny zobligowany jest dopuszczać w każdej sprawie.

Inna różnica w porównaniu z regulacjami kodeksu postępowania karnego i kodeksu karnego (tj. 202 § 1 k.p.k. w zw. z art. 93 § 1 k.k.) polega na odmiennym składzie zespołu biegłych opiniujących o stanie psychicznym

¹⁶ W. Klaus, *Dziecko przed sądem. Wymiar sprawiedliwości wobec przestępczości młodych nieletnich*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 278.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Por. wyrok SN z dnia 3 września 1998 r., V KKN 326/98, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 5, poz. 17.

nieletniego. Cytowany powyżej przepis art. 25 a § 1 u.p.n. przewiduje wydawanie opinii w omawianej kwestii przez co najmniej dwóch biegłych lekarzy psychiatrów. Nie wskazuje przy tym na konieczność zasięgnięcia opinii psychologicznej, co uwarunkowane jest faktem, iż ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich nie odwołuje się do kryterium psychologicznego, charakterystycznego dla definicji niepoczytalności zawartej w dyspozycji art. 31 § 1 k.k. Do udziału w opiniowaniu nieletniego można włączyć biegłych innych specjalności, w tym psychologa, na wniosek biegłych psychiatrów. Zapis ten oznacza także, że biegli psychiatrzy (podobnie jak na gruncie procedury karnej) pozbawieni zostali możliwości swobodnego dobierania sobie współpracowników w zakresie przygotowywania opinii. Osoba, która nie została formalnie dopuszczona przez sąd do sporządzenia opinii, pomimo iż udzieliła biegłym pewnych informacji na potrzeby jej opracowania, nie uzyskuje tym samym statusu biegłego, lecz pozostaje jedynie konsultantem. Oznacza to na przykład, że osoba ta może zostać przesłuchana przez sąd w charakterze świadka i nie stosuje się do niej zakazu przewidzianego w art. 199 k.p.k.¹⁹

Odnośnie do wyboru specjalności zawnioskowanego przez biegłych psychiatrów dodatkowego biegłego stwierdzić jednak można, że jego powołanie przez sąd rodzinny następuje automatycznie, zgodne z treścią wniosku. Powszechnie przyjmuje się bowiem w literaturze przedmiotu, iż omawiany zapis oznacza, że sąd rodzinny nie może nie uwzględnić takiego uzasadnionego wniosku i powołać biegłych specjalności niewskazanych w treści wniosku. W przeciwnym wypadku ingerowałyby w zakres „wiadomości specjalnych”, narzucając biegłym konieczność współpracy z innymi specjalistami²⁰. Sąd rodzinny nie jest jednak uzależniony od złożenia przez biegłych psychiatrów wniosku w zakresie powoływania biegłych innej niż psychiatria specjalności. W każdym przypadku może samodzielnie dopuszczać, obok opinii psychiatrycznej, także inne opinie, o ile stwierdzi taką potrzebę w danych okolicznościach faktycznych²¹. Biegli w ten sposób powołani nie będą jednak, co oczywiste, uczestniczyć w pracach nad sporządzeniem łącznej opinii psychiatrycznej, lecz opracują opinie odrębne. Tym samym niektóre czynności diagnostyczne, jak na przykład niezwykle stresogenny wywiad z badanym, będą się powtarzać, wpływając niekorzystnie na badanego, jak też na przewlekłość postępowania.

Przed wydaniem opinii o stanie psychicznym nieletniego sprawcy sąd rodzinny, na wniosek biegłych psychiatrów sporządzających opinię, może zarządzić (w formie postanowienia) obserwację nieletniego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej. Okres obserwacji nie może jednak przekroczyć

¹⁹ A. Gaberle, *Diagnozowanie nieletniego. Meandry nowelizacji ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich*, „Palestra” 2001, s. 23.

²⁰ Ibidem, a także K. Gromek, op. cit., s. 236.

²¹ K. Gromek, op. cit., s. 236.

6 tygodni (art. 25a § 2 u.p.n.). Ustawodawca zatem nie przewidział na gruncie omawianej ustawy możliwości wydłużenia czasu trwania obserwacji nieletniego, w przeciwieństwie do analogicznej regulacji zawartej w art. 203 § 3 k.p.k. Postępowanie w sprawach nieletnich poddano zatem jeszcze ostrzejszym rygorom czasowym²². W literaturze przedmiotu spotykamy tezę, iż nieprzekraczalny sześciotygodniowy termin obserwacji odnosi się wyłącznie do publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W świetle tego poglądu termin sześciotygodniowy – *a contrario* – nie znajduje zastosowania do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Tym samym w sytuacjach, w których niezbędne jest kontynuowanie obserwacji po upływie wskazanego terminu, sąd rodzinny mógłby zarządzać ponowną obserwację nieletniego w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. To rozwiązanie należy jednak odrzucić, jako że prowadzi do obejścia terminu wskazanego w treści art. 25a § 2 u.p.n. Dopuszczalność takiego założenia pozostawałaby bowiem w rażącej sprzeczności z celem analizowanej regulacji, tj. wprowadzeniem przez ustawodawcę ścisłej reglamentacji czasu trwania obserwacji nieletniego. Odwołując się zaś do literalnej wykładni analizowanej dyspozycji, należy stwierdzić, że ustawodawca wykluczył możliwość prowadzenia obserwacji nieletniego w innym niż publiczny zakładzie opieki zdrowotnej.

Zaznaczyć trzeba, iż sąd rodzinny bez wniosku biegłych nie jest uprawniony do zarządzenia obserwacji nieletniego w zakładzie opieki zdrowotnej. Bezsporne jest, że konieczność obserwacji powinna być ustalana wyłącznie w oparciu o wiedzę specjalistyczną. Nie sposób nie zauważyć, iż pobyt nieletniego na obserwacji jest *de facto* pozbawieniem go wolności. Stąd też, powołując się na naczelną zasadę *ultima ratio* pozbawienia wolności, pobyt na obserwacji może mieć miejsce jedynie w uzasadnionych sytuacjach, gdy jest to podyktowane względami medycznymi i skomplikowanym charakterem przedmiotu opiniowania.

Nadmienić wypada, iż w razie wszczęcia postępowania wyjaśniającego wobec nieletniego, gdy zachodzi potrzeba uzyskania kompleksowej diagnozy osobowości nieletniego, sąd rodzinny zwraca się o wydanie opinii do rodzinnego ośrodka diagnostyczno-konsultacyjnego (art. 25 § 1 u.p.n.; przypadki uzyskania przez sąd rodzinny opinii obligatoryjnej zostały wskazane w dyspozycji art. 25 § 2 u.p.n.). Bez wątplenia treść opinii wydanej przez rodzinny ośrodek diagnostyczno-konsultacyjny (także przez schroniska dla nieletnich), a sporządzanej m.in. przez: psychologa, psychiatrę i pedagoga, gdy powstaną wątpliwości co do stanu psychicznego nieletniego, może implikować konieczność dopuszczenia dowodu z opinii biegłych psychiatrów. Powstaje wówczas problem związany głównie z kwestią ekonomii procesowej, a dotyczący dopuszczalności wypełnienia przesłanek art. 25a § 1 u.p.n. poprzez zarządzenie

²² Ibidem, s. 238.

dopuszczenia, obok opinii sporządzonej przez rodzinny ośrodek diagnostyczno-konsultacyjny, niejako uzupełniającej opinii biegłego psychiatry. W praktyce tego rodzaju sytuacja nie należy do rzadkości. Cała trudność w akceptacji takiego stanowiska wiąże się z faktem, że przedmiotem opinii kompleksowej wskazanej w treści art. 25 § 1 u.p.n. jest wyłącznie sposób ukształtowania osobowości nieletniego, nie zaś kwestia ogólniejsza, tj. jego stan psychiczny. Co istotne, wydanie opinii psychiatrycznej powinno być poprzedzone stosownym badaniem nieletniego przez biegłych lekarzy psychiatrów (art. 25a § 1 u.p.n.), a nie pojedynczego lekarza tej specjalności.

Zdaniem A. Gaberle, w omawianej sytuacji biegli wydający opinię kompleksową z art. 25 § 1 u.p.n. powinni wystąpić do sądu rodzinnego o zarządzenie badania stanu zdrowia psychicznego nieletniego i dopiero wówczas wolno im dokonać stosownych czynności²³. Biegli uzyskaliby tym samym możliwość wkraczania w kompetencje sądu i tego rodzaju rozwiązanie wydaje się zbyt daleko idące. W praktyce najczęstsze są wypadki, iż psychiatrzy biorący udział w sporządzaniu opinii opisanej w art. 25 u.p.n. wypowiadają się nie tylko w przedmiocie ukształtowania osobowości oskarżonego, lecz także szerzej, tj. w zakresie diagnozy jego stanu psychicznego. Tę praktykę uznać należy za zadowalającą, gdyż w składzie opiniującym o stanie zdrowia psychicznego nieletniego, oprócz wymaganych lekarzy psychiatrów, bierze udział także psycholog – pomimo braku w tej mierze wyraźnego zapisu ustawowego.

Summary

In-patient compulsory psychiatric treatment of juvenile offenders

Keywords: juvenile offenders, coercive measures, in-patient psychiatric treatment, forensic psychological and psychiatric assessment.

A subject of the paper is an issue how to deal with mentally disturbed juveniles, who show signs of demoralisation or are perpetrators of criminal offenses. Detailed comparative analysis of legal conditions and rules for the application of coercive measures is presented within, with special attention to medical center – child-care associated facilities implemented under the rules of Act on juvenile justice. Authors also drew attention to the medical aspect of enforcement of these measures and the extent of psychiatric and psychological forensic assessments relating to offenders and minors.

²³ A. Gaberle, op. cit.