

Możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu w placówkach oświatowych – refleksja w kierunku zmiany

Błażej Kmiecik

Zakład Prawa Medycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

W połowie 2022 r. w Polsce pojawiły się informacje o planowanej nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Dokument ten wprowadził do prawa polskiego zasady stosowania przymusu bezpośredniego. Zasady te obowiązują od niespełna 30 lat. W wyniku kolejnych nowelizacji wprowadzono nowe elementy. Mówimy o umożliwieniu stosowania przymusu przez ratowników medycznych, a także pracowników oddziałów szpitalnych innych niż psychiatryczne. Należy zauważyć, że sytuacje, w których konieczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego, zdarzają się również w placówkach pozamedycznych, np. w szkołach specjalnych, a także ośrodkach szkolno-wychowawczych. Na co dzień pedagodzy specjaliści i terapeuci wspierają dzieci, które czasami przejawiają zachowania agresywne lub autoagresywne. Zachowania te są bezpośrednio związane z zaburzeniami występującymi u dzieci. Przykładem takich sytuacji mogą być zdarzenia, w których np. dziecko z autyzmem zaczyna nagle uderzać się w głowę lub uderzać własną głowę o ścianę. W takich momentach konieczne jest uratowanie dziecka przed nim samym. Czasem mówimy o „ochronie dziecka przed nim samym”. Sytuacja ta wymaga natychmiastowej reakcji nauczyciela. Chociaż wychowawca jest czasem zmuszony do użycia siły wobec dziecka, to celem nie jest sprawienie mu bólu, ale ochrona jego bezpieczeństwa. Do tej pory w Polsce nie ma przepisów, które: (a) pozwoliłyby personelowi szkoły na stosowanie przymusu bezpośredniego, (b) wprowadziłyby procedurę przymusową, (c) wprowadziłyby zasady szkolenia wychowawców w zakresie bezpiecznego (dla nich i ucznia) stosowania przymusu bezpośredniego. W artykule

przedstawiono komentarze i refleksje odnoszące się do przedstawionych tu tematów, w szczególności zwrócono uwagę na konieczność zmiany polskiego prawa, co zagwarantuje stosowanie przymusu bezpośredniego jako działania, które pomaga dziecku, a nie działania, które je krzywdzi.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRZYMUS BEZPOŚREDNI, PRAWA DZIECKA, ZDROWIE PSYCHICZNE, PEDAGOGIKA SPECJALNA, PSYCHIATRIA, ZABURZENIA ROZWOJOWE ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Z czym kojarzy nam się słowo *przymus*? Większości zapewne z negatywnymi elementami i sytuacjami, w których ktoś jest zmuszany do wykonywania określonych czynności przez inną osobę. Przymus jest związany z użyciem siły (Dąbrowski, 1995). Wiadomość jest kierowana do danej osoby w sposób następujący: „Musisz coś zrobić! To jest nakaz!”. Jednocześnie wspomniana tutaj siła może mieć bardzo fizyczny charakter. Działania przymusowe mogą obejmować np. przytrzymywanie kogoś. Może to być również jego unieruchomienie. Czasami ktoś jest przymusowo izolowany. Są specjaliści, którzy mogą stosować również inne rodzaje przymusu w formie np. podania leków bez zgody pacjenta. Z jednej strony mają one uspokoić jego porywcze i nagłe zachowanie, a z drugiej – mogą służyć wdrożeniu niezbędnego leczenia, którego pacjent z obiektywnie nieuzasadnionych przyczyn chce uniknąć. Wskazane tu rodzaje przymusu są wymienione w polskiej ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Gruszczyńska-Młodożeniec i Pierzgałska, 2004; zob. też: Mróz, 2007). Dokument ten był pierwszym w Polsce aktem prawnym regulującym stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób w szeroko rozumianym kryzysie psychicznym. Kiedy mówimy o kryzysie, mamy na myśli zarówno choroby psychiczne, jak i niepełnosprawność intelektualną i zaburzenia rozwojowe. Przywołane przepisy zwracają uwagę na szczególne zasady stosowania przymusu fizycznego wobec pacjentów agresywnych i autoagresywnych. Dotyczą one jednak wyłącznie sytuacji, do których dochodzi w szpitalu, w szczególności psychiatrycznym (Kubanek, 2015; Walewski, 2005). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na ciekawe zjawisko. Aby je przedstawić, zasadne jest podanie przykładu.

W Łodzi działają obok siebie dwie placówki, które zapewniają wsparcie dzieciom z rozpoznaniem zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. Mówimy o szkole specjalnej i oddziale psychiatrii dla młodzieży. Obiekty te są oddalone od siebie o ok. 200 metrów. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim specjaliści spotykają się z zachowaniami agresywnymi lub autoagresywnymi ze strony dzieci z rozpoznaniem

autyzmu. Zapewne zdarza się, że uczeń wspomnianej szkoły specjalnej staje się pacjentem wspomnianego oddziału psychiatrii młodzieżowej. Przyczyną może być pojawienie się u niego zachowań (auto)agresywnych, których nie są w stanie opanować dotychczas przyjmowane przez niego leki. W szkole specjalnej nauczyciele i terapeuci nie mają prawa stosować wobec ucznia przymusu bezpośredniego w sytuacji wystąpienia u niego niebezpiecznego i trudnego do opanowania pobudzenia psychoruchowego. Na oddziale psychiatrycznym prawo to mają lekarze i pielęgniarki, a także ratownicy medyczni transportujący np. wskazaną tutaj młodą osobę do omawianego typu placówki medycznej. To zaskakująca sytuacja. Niebezpieczne zachowania uczniów w szkole mogą stać się podstawą podjęcia terapii na oddziale psychiatrycznym. Personel obu placówek wydaje się znajdować w bardzo podobnej sytuacji. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na dwie kwestie. Po pierwsze zachowania agresywne uczniów/pacjentów wynikają bezpośrednio z doświadczanych przez nich objawów zaburzeń autystycznych. Dlatego stosowanie wobec nich środków przymusu nie może być karą (Pużyński, 2015; zob. też: Filipowska i Ślusarz, 2017). Po drugie w przypadku wystąpienia wymienionych zachowań zagrażających uczniowi lub innym osobom istnieje możliwość wezwania zespołu ratownictwa medycznego. W tym momencie kluczowe są jednak konkretne sytuacje i chwile eskalacji złości. Gdy się pojawią, należy natychmiast chronić ucznia przed nim samym. Czy pedagodzy specjaliści mogą podejmować takie działania? Jak je realizować w sposób bezpieczny dla ucznia, nauczyciela i środowiska? Jak zapobiegać odbieraniu takich działań jako przemocy i łamania praw dziecka? Czy istnieje potrzeba zmiany polskiego prawa w tym zakresie?

Proponowane rozważania mają na celu zwrócenie uwagi na istotną lukę w polskim prawie oraz jednocześnie są próbą wskazania pewnych rozwiązań, które w praktyce mogą okazać się pomocne dla zarówno nauczycieli, jak i osób kierujących pracą szkoły. Na konkretnych przykładach oraz w oparciu na już istniejących procedurach – oraz wybranych ważnych przepisach ustawowych – podjęto próbę wskazania praktycznych rozwiązań w odniesieniu do zarówno pracy wychowawczo-terapeutycznej, jak i pracy systemowej związanej z zarządzaniem placówką oświatową lub opiekuńczo-wychowawczą (rozważania teoretyczne w tym miejscu muszą bowiem zostać uzupełnione o praktyczne spostrzeżenia). Wpierw warto jednak zatrzymać się chwilę na zagadnieniu zachowań autoagresywnych i agresywnych pojawiających się niekiedy u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu. Konieczne wydaje się zrozumienie źródeł tych stanów, które u rodziców, nauczycieli, rówieśników i osób postronnych mogą wzbudzać obawy. Warto także podkreślić, że mowa o stanach będących objawem zaburzenia, a nie np. demoralizacji.

(Auto)agresja

W tym miejscu należy powrócić do szczególnie interesującego nas wątku zaburzeń autystycznych. W sposób szczególny konieczne jest odniesienie się do występowania u części osób doświadczających tych zaburzeń zachowań o charakterze autoagresywnym lub agresywnym oraz podjęcie próby określenia źródeł podobnych stanów¹.

Zdaniem Yates i Le Couteur (2009) u osób doświadczających zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu mogą „się pojawić problematyczne reakcje emocjonalne i zachowania: autoagresja (samookaleczenia), agresja, napady złości i chwiejność emocjonalna” (s. 83). Zachowania te mogą być powiązane z zauważanym w tej grupie częstym występowaniem zaburzeń lękowych (Rybakowski i in., 2014) Jak zaznaczają klinicyści, u osób z takim rozpoznaniem mogą wystąpić również zachowania, takie jak „gryzienie palca czy nadgarstka, uderzanie się w głowę, a także zachowania agresywne skierowane na inne osoby lub przedmioty” (Blok i in., 2013). Trzeba w tym miejscu mocno zaznaczyć, że podobne niepokojące zachowania nie wynikają z intencjonalnej ani świadomej chęci zrobienia sobie bądź innym krzywdy. Są one związane najczęściej z połączeniem kilku elementów charakterystycznych dla zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu. Dostrzegamy tutaj nieprawidłowy sposób odbierania bodźców przez organizm danej osoby. Widzimy także możliwe przestymulowanie lub niedostymulowanie. Stany te w konsekwencji wywołują u danej osoby lęk (Hofman, 2009). Podobne doświadczenia mogą implikować pojawienie się frustracji, której nasilenie może powodować zachowania agresywne (brak możliwości zapanowania nad licznymi bodźcami). Czasami są one skierowane w stronę własnej osoby. W autyzmie dostrzegany jest swoisty sposób odbierania przez ciało sygnałów zewnętrznych lub wewnętrznych (Fundacja SYNAPSIS, b.d.). Zdaniem Stokłoty i Staweckiej (2009) „deficyty w zakresie przetwarzania sensorycznego zaburzają funkcjonowanie dziecka, gdyż poszczególne zmysły i prawidłowe ich działanie warunkują rozwijanie przez dziecko różnych sfer i umiejętności”. Autorki te stwierdzają również, że: „Niektóre dzieci mogą nadmiernie reagować na określone bodźce sensoryczne. [...] Dzieci z nadwrażliwością unikają pewnych bodźców”. Stan ten może mieć jednak charakter odwrotny. „Niektóre dzieci mogą przejawiać obniżoną wrażliwość na bodźce zmysłowe, czyli tzw. niedowrażliwość sensoryczną. [...]

1 W artykule wykorzystano materiały, jakie autor zebrał w trakcie pisania pracy pt. „Autyzm i ochrona zdrowia psychicznego: wybrane uwagi i refleksje”, który zamieszczony został w monografii: Kmieciak, B., Górski, A. (2019). *Autyzm i prawo*. Wydawnictwo Difin. Przedstawione elementy zostały uzupełnione i rozbudowane.

Dzieci te na ogół poszukują możliwości dostymulowania niedowrażliwego zmysłu” (Stokłosa i Stawecka, 2009). Ponownie trzeba zaznaczyć, że stan ten może zwiększać nasilenie odczuwanej frustracji, co może wpływać na pojawienie się zachowań agresywnych (Jaworska, 2012). Zachowania takie dla lekarza psychiatry mogą stanowić podstawę przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody danej osoby. Ich wystąpienie może także uprawniać personel takiego szpitala do zastosowania przymusu bezpośredniego.

W piśmiennictwie można znaleźć przykłady wskazujące na zachowania (auto)agresywne. Ukazują one sytuacje osób, gdy wyraźnie dostrzec można, że zaburzeniom autystycznym towarzyszył lęk, a także istotne trudności z odbieraniem bodźców, co prowadziło do wystąpienia impulsywnych zachowań przybierających postać agresji (Perzanowska, 2004). Również wyniki analiz psychospołecznych zwracają uwagę na pojawienie się podobnych zjawisk. Jak zaznaczono w badaniu *Ogólnopolski Spis Autyzmu*, w którym wzięło udział 129 osób z rozpoznanym autyzmem i 360 ich rodziców, zachowania (auto)agresywne określane są mianem *zachowania trudnego*. Oznacza ono:

odbiegające w sposób znaczący od przyjętych norm społecznych, zwłaszcza dotyczących granic osobistych, własności, seksualności oraz wyrażania negatywnych emocji. W przypadku osób z autyzmem mogą one wynikać z trudności w rozumieniu norm społecznych lub trudności z zahamowaniem niepożądanych zachowań, zwłaszcza w sytuacji stresu, lęku czy złości. (Płatos, 2016, s. 105)

W cytowanym badaniu podkreślono także, że:

Przeszło co dziesiąta osoba z autyzmem (11%), której rodzic wziął udział w badaniu wykazywała zachowania o charakterze agresji fizycznej w stosunku do rówieśników w ciągu trzech miesięcy poprzedzających udział w badaniu. Agresja fizyczna wobec rówieśników dotyczyła wyłącznie nastolatków, a nie występowała u osób powyżej 18 roku życia. [...] 14% osób z autyzmem przejawiało zachowania o charakterze agresji fizycznej w stosunku do innych osób niż rodzice i rówieśnicy. (Płatos, 2016, s. 105–106)

Nie można jednak w tym miejscu pominąć innego równie istotnego i niepokojącego rodzaju zachowań. Należy podkreślić, że ok. 90% osób z autyzmem zwraca uwagę, że doświadczało agresji ze strony rówieśników (Płatos, 2016).

Wskazane tutaj zachowania mogą pojawić się w placówkach o charakterze psychiatrycznym oraz w ośrodkach edukacyjnych, opiekuńczych i wychowawczych, które są prowadzone pod auspicjami resortu edukacji. Zarówno zachowanie agresywne ucznia z objawami zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu, jak i podobne „trudne zachowania” kierowane w stronę dzieci doświadczających różnych

zaburzeń rozwojowych powoduje pojawienie się ze strony nauczyciela/pedagoga specjalnego obowiązku odpowiedniego zachowania się. Tutaj jednak konieczne jest odkodowanie, czym owo odpowiednie zachowanie w tym kontekście właściwie jest.

Wyzwanie

Przedstawienie praktycznych problemów związanych ze stosowaniem technik przymusu bezpośredniego (w odniesieniu do osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu) zmusza do skupienia się na konkretnych przykładach. Dzięki nim będzie możliwe porównanie rzeczywistości, jaką w tym zakresie obserwujemy w Polsce w placówkach zarówno ochrony zdrowia, jak i edukacji. Pierwszy przykład opisuje sytuację w szpitalu psychiatrycznym. Drugi będzie dotyczyć zdarzeń, które miały miejsce w ośrodku wychowawczym, w którym prowadzone były zajęcia terapeutyczne dla dzieci, u których rozpoznano zaburzenia autystyczne.

Przykład nr 1

Szesnastoletni pacjent został przyjęty na oddział psychiatrycznych dla młodzieży do jednego ze szpitali w centralnej Polsce. Przyczyną hospitalizacji było wystąpienie nagłych zachowań agresywnych. Pacjent częściej prezentował zachowania budzące niepokój i strach otoczenia: zaczął nagle i szybko się poruszać po pomieszczeniu, był pobudzony psychomotorycznie, krzyczał i dynamicznie machał rękami. Lekarze wskazywali na konieczność zmiany leczenia, bowiem leki, które stabilizowały dotąd jego nastrój, przestały działać. Któregoś dnia na oddział przyszła sekretarka z administracji szpitala. W pewnym momencie pacjent podszedł do niej i, machając ręką, mocno uderzył ją w głowę. Kobieta uderzyła głową o ścianę, co spowodowało u niej krwotok. Po tym zdarzeniu chłopiec zaczął głośno krzyczeć. Był bardzo pobudzony fizycznie, machał rękami w nieskoordynowany sposób, cały czas wydając z siebie głośne dźwięki. Personel próbował go uspokoić, ale niestety nieskutecznie. Jedna z pielęgniarek zaczęła uprzedzać pacjenta, że jeśli się nie uspokoi, zostanie unieruchomiony. Pacjent był jednak coraz bardziej niespokojny. Zaczął uderzać ręką w drzwi i kilkakrotnie uderzył głową o ścianę. Dwie pielęgniarki wraz z lekarzem dyżurnym unieruchomiły pacjenta, przypinając go pasami mocującymi do łóżka. Łóżko ustawiono obok stanowiska pielęgniarskiego, po czym pacjentowi podano lek uspokajający².

2 Wskazany przykład pochodzi z praktyki autora, który przez blisko 10 lat pełnił funkcję rzecznika praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, m.in. na oddziałach psychiatrii dziecięcej i dziecięco-młodzieżowej.

Takie zdarzenia są niestety częstym zjawiskiem w szpitalu psychiatrycznym. Zaburzenia psychiczne doświadczane przez chorych leczonych na oddziałach psychiatrycznych często wiążą się z wystąpieniem objawów zachowań agresywnych lub autoagresywnych. Jest to element towarzyszący np. zaburzeniom psychicznym, zaburzeniom osobowości i wspomnianym zaburzeniom rozwojowym ze spektrum autyzmu (Mosiołek i in., 2009). W polskim prawie od 1994 r. istnieją szczególne procedury dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego, które opierają się na fundamentalnej zasadzie poszanowania godności człowieka³. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535) wprowadza w art. 18 wiele zasad dotyczących możliwości użycia siły przez personel, gdy pacjent stwarza zagrożenie dla siebie lub innych osób. Przepis ten od ponad 30 lat wprowadza m.in. „zasadę najmniejszej uciążliwości”. Oznacza to, że personel podejmujący działania wobec pacjenta bez jego zgody musi wybrać te, które są dla niego najmniej uciążliwe (Karkowska, 2004). Na oddziale psychiatrycznym wobec pacjentów według ustawy można stosować tylko cztery formy przymusu: przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie lub izolację. Dwie pierwsze mogą być realizowane, gdy pacjenci „poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie placówki medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej”. Wszystkie cztery formy działań przymusowych mogą być natomiast podjęte, gdy pacjent zachowuje się agresywnie wobec siebie lub innych („dopuszcza się zamachu przeciwko: [a] życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub [b] bezpieczeństwu powszechnemu”) lub gdy pacjenci „w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu”. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że oprócz „zasady najmniejszej uciążliwości” istnieją również inne, przewidziane w „akcie psychiatrycznym” elementy szczególnie istotne dla pacjenta, wobec którego stosuje się unieruchomienie lub izolację. Czynności te mogą być podjęte wyłącznie na polecenie lekarza lub pielęgniarki⁴. Wskazani tutaj specjaliści muszą nadzorować wykonanie przymusu. Nie jest zatem prawnie usprawiedliwione samodzielne prowadzenie podobnych działań przez np. współpracujące ze szpitalem firmy świadczące specjalistyczne usługi z zakresu ochrony osób i mienia. Kontrolę legalności przymusu przeprowadza lekarz. Wcześniej osoba decydująca

3 Warto zwrócić uwagę, że omawiana tutaj ustawa kilkakrotnie wprost odnosi się do konieczności poszanowania ludzkiej wolności oraz praw i wolności człowieka.

4 Wyjątkiem są tutaj sytuacje, gdy na polecenie kierującego akcją ratowniczą podejmuje się działania w stosunku do (auto)agresywnych pacjentów w postaci przymusowego podania leków, przytrzymania lub unieruchomienia,

o przymusie musi dokładnie opisać okoliczności jego zastosowania. Stan zdrowia unieruchomionego lub odizolowanego pacjenta jest sprawdzany co 15 min. Mowa tutaj nade wszystko o koniecznej w podobnej sytuacji obserwacji zachowania pacjenta. Co szczególnie ważne, należy ostrzec pacjenta o zamiarze podjęcia działań przymusowych. Warto odnotować, że od 2017 r. obowiązek ten stał się fakultatywny. Niepoinformowanie pacjenta wymaga jednak pisemnego uzasadnienia. Zmiana ta wywołuje pewną dyskusję istotną z perspektywy ważnej dla wskazanych tutaj rozważań dyskusji dotyczącej godności osoby, wobec której podejmowane są działania przymusowe. Upředzenie pacjenta w każdym przypadku o zamiarze użycia wobec niego siły bywało krytykowane przez praktyków. Wskazywali oni, że w sytuacji, w której pacjent jest pobudzony, agresywny, daleki od logicznego myślenia, być może także doświadczający niepełnosprawności intelektualnej, upředzenie go o zamiarze zastosowania przymusu nie ma istotnego znaczenia, więcej – może powodować pojawienie się dodatkowego zagrożenia związanego z brakiem reakcji na agresję lub prowadzić do dalszej dekompensacji sfrustrowanej osoby. Warto jednak pamiętać, że owo upředzenie stanowiło jeden z głównych przykładów podmiotowego podejścia do osoby, która wykazuje szczególne, w tym niebezpieczne, zachowania. Owo upředzenie było jasnym sygnałem dla osób obserwujących dramatyczne zdarzenia wskazującym, że personel medyczny nie stosuje przemocy, ale zabezpiecza pacjenta przed nim samym. Nie można tutaj pominąć także innego elementu istotnego z perspektywy pracy z np. osobami z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu – a mianowicie tego, że to, iż osoby te sprawiają wrażenia braku rozumienia kierowanych w ich stronę komunikatów werbalnych, nie świadczy o tym, że faktycznie ich nie pojmują (Kmiecik, 2019).

W opisaney w tym przykładzie sytuacji personel szpitala miał pełne prawo do zastosowania środka przymusu. Z punktu widzenia prawa karnego lekarze i pielęgniarki również mieli obowiązek działania. Opiekowali się bezpośrednio małoletnim pacjentem i brak działań z ich strony teoretycznie mógł skutkować odpowiedzialnością karną w przypadku pojawienia się szkody u osoby, nad którą rozpaczali opiekę, mając obowiązek zapewnienia jej bezpieczeństwa. Warto dodać, że prawo wyraźnie wskazuje, że przymus bezpośredni musi podlegać kontroli. Jak wspomniano, zachowanie pacjenta i działania personelu muszą być opisane w dokumentacji medycznej. Kontrolę przymusu sprawują władze oddziału, władze szpitala, lekarz upoważniony przez marszałka województwa, a raz na pół roku sędzia kontrolujący przestrzeganie praw człowieka w szpitalu. Od 2006 r. w przedmiotowych szpitalach działają także rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego. Na co dzień mają oni kontakt z pacjentami, którzy np. zostali unieruchomieni lub byli izolowani.

Rzecznik ma prawo wglądu do dokumentów opisujących przymus. Może również, będąc na oddziale, obserwować, w jaki sposób przymus jest realizowany (Ciechorski, 2015). Przymus bezpośredni może być stosowany do momentu ustania „powodów zastosowania środka przymusu”. Czasami trwa to kilka godzin, ale zdarzają się też sytuacje, w których to unieruchomienie jest używane przez kilka dni. Cały ten okres trzeba opisać (Ostrzyżek i in., 2021).

Jak jednak wygląda sytuacja stosowania przymusu bezpośredniego w placówkach świadczących usługi wychowawcze, opiekuńcze lub edukacyjne przeznaczone dla osób z autyzmem? Warto w tym miejscu odnieść się do przykładu nr 2.

Przykład nr 2

Na początku października 2022 r. ukazał się artykuł pt. „Siadanie na dzieciach, dociskanie kolanem i «tresura». Tortury czy terapia? «Dzieci mają tam high life»” (Oprządek, 2022). Opisano w nim działania przymusowe, jakie zastosował personel jednego z ośrodków terapeutycznych w stosunku do dzieci, u których rozpoznano zaburzenia rozwojowe ze spektrum autyzmu. W materiale przedstawiono takie zachowania jak trzymanie ucznia, unieruchomienie go na krześle i chwytywanie za szyję w celu wywołania reakcji bólowej. Zdarzały się również przypadki izolowania uczniów w ciemnym pokoju i unieruchamiania ich na podłodze. Jedno z dokładnie opisanych zdarzeń polegało na tym, że nauczyciel przytrzymał ucznia, przyciskając jego ciało kolanem (Oprządek, 2022). W cytowanym artykule toczy się interesująca dyskusja. Z jednej strony można przeczytać świadectwa byłych nauczycieli, którzy wskazują, że w tej placówce wielokrotnie obserwowali wykorzystywanie w terapii behawioralnej zachowań terapeutów, którzy swoimi działaniami naruszali godność podopiecznych. Jednocześnie możemy zapoznać się z wyjaśnieniami opisywanej placówki. Jej przedstawiciele podkreślają, że zdarzają się sytuacje, w których konieczne jest zarówno przytrzymanie ucznia, jak i unieruchomienie go. Co interesujące, w wypowiedziach tych zwrócono uwagę na to, że działania terapeutów nie są „formą przemocy ani zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego, bo – jak podkreśla dyrekcja – szkoła nie posiada uprawnień ustawowych do ich stosowania” (Oprządek, 2022). W artykule przedstawiono jeszcze trzecią perspektywę – prezentowaną przez ekspertów. Jedną z nich, pedagogką specjalną, wykładowczynią i szefową fundacji Prodeste Joanna Ławicka zwraca uwagę, że stosowania przymusu:

uczy się już na studiach i na różnych kursach podyplomowych. Opisuje rysunki schematyczne, które analizują przyszli pedagodzy i terapeuci. Jedne instruuja, jak dociskać kolanem dzieci i jak wykręcać im ręce. Na innych są pokazane dwie dorosłe osoby, z których jedna krępuje dziecku dłonie w tyle, druga trzyma za kark i pochyla je do przodu – wspólnie prowadzą je do miejsca izolacji. (Oprządek, 2022)

Dalej w artykule Ławicka, bazując na doświadczeniu analizowania zagadnienia przymusu bezpośredniego w praktyce niemedycznej uzupełnia, że stosowanie środków przymusu bezpośredniego w praktyce terapeutyczno-wychowawczej bywa koniecznością. Mowa o sytuacjach, w których to dziecko zagraża własnym zachowaniem sobie lubi innym. Praktyki te nie mogą być jednak nadużywane. Gdy tak się dzieje: „stan psychiczny (dzieci) jest tak zły, że rozwijają w sobie tzw. zachowania trudne i trzeba stosować te techniki dla ich bezpieczeństwa. Błędne koło. A te zachowania nie biorą się z ich stanu rozwojowego czy intelektualnego, tylko z doświadczenia przemocy” (Oprządek, 2022). Warto też zwrócić uwagę na wypowiedź przedstawiciela miejscowego kuratorium oświaty, który zaalarmowany zachowaniem w ośrodku stwierdza: „Użycie tej formy przymusu bezpośredniego jest niedozwolone w szkole. Informuję, że Kuratorium Oświaty we Wrocławiu podejmie czynności kontrolne w ramach nadzoru pedagogicznego” (Oprządek, 2022). W tym miejscu warto zaznaczyć, że polskie prawo w szkołach, ośrodkach terapeutycznych i innych – nadzorowanych przez resort edukacji – w ogóle nie dopuszcza stosowania przymusu bezpośredniego.

Opisana sytuacja z całą pewnością wymaga wyjaśnienia przez odpowiednie instytucje nadzorcze i kontrolne. Z perspektywy czytelnika artykułu opublikowanego w mediach trudno uznać, kto ma słuszość. Byli pracownicy zwracają uwagę na naruszenie godności dzieci. Zaznaczają, że dzieci doświadczały cierpienia. Osoby kierujące pracami ośrodka terapeutycznego mają inne zdanie. Podkreślają, że konieczne było natychmiastowe działanie mające na celu opanowanie agresywnego zachowania uczniów. Jednocześnie dodają, że nie stosowano przymusu bezpośredniego. Do niego – jak zaznacza kierownik ośrodka – nauczyciele nie mają prawa. Również rodzice dzieci z autyzmem, które były poddawane terapii, nie są w stanie wypracować jednego stanowiska. Część z nich dostrzega niepokojące zachowania własnych dzieci. Część natomiast twierdzi, że ośrodek zapewnia właściwą opiekę.

Dyskusja

Pozostawiając nieco z boku poszczególne wątki wskazane w tekście, warto zwrócić uwagę na te elementy, które nie budzą wątpliwości. Po pierwsze należy zgodzić się z personelem ośrodka terapeutycznego, który podkreśla, że pojawiają się sytuacje agresywnych lub autoagresywnych zachowań dzieci, które wymagają natychmiastowej reakcji. Mowa tutaj o zabezpieczeniu ucznia przed nim samym. Po drugie stosowanie przymusu bezpośredniego nie jest dozwolone w szkole specjalnej ani w ośrodku terapeutycznym dla dzieci z autyzmem. Warto jednak zwrócić tutaj uwagę na inny element, pominięty niestety przez ekspertów wypowiadających się w cytowanym materiale prasowym. Polskie prawo nadal milczy na temat możliwości stosowania przymusu w placówkach, takich jak szkoła specjalna. Ani Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.2022.2230 t.j.), ani Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U.2021.1762 t.j.) nie wskazują na jakiegokolwiek możliwości podjęcia przez kadre pedagogiczno-wychowawczą podobnych działań. Analizując wskazane tutaj obowiązujące w Polsce ustawy, na podstawie których działają np. szkoły specjalne, nie znajdziemy przepisów zezwalających na takie działania przymusowe. W Kartie Nauczyciela ani w ustawie o systemie oświaty nie znajdziemy słowa „przymus” – w tych dokumentach nie zawarto procedury reakcji na sytuacje stwarzające zagrożenie dla ucznia lub otoczenia. W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U.2020.1309 t.j.), które określa zasady pracy z osobami niepełnosprawnymi, również takich elementów nie znajdziemy. We wskazanych aktach prawnych znajdujemy jednak interesujące – w kontekście prowadzonej dyskusji – przepisy. Na przykład art. 6 Karty Nauczyciela zaznacza, że nauczyciel ma obowiązek „rzetelnie realizować zadania związane z powierzonym mu stanowiskiem oraz podstawowymi funkcjami szkoły: dydaktyczną, wychowawczą i opiekuńczą, w tym zadania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa uczniom w czasie zajęć organizowanych przez szkołę”. Z kolei art. 7 ust. 1 pkt 7 tej ustawy stanowi, że zadaniem szkoły jest „zapewnienie bezpieczeństwa uczniom i nauczycielom w czasie zajęć organizowanych przez szkołę”. Co ciekawe, wspomniane rozporządzenie dość dokładnie przedstawia sposób organizacji kształcenia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Znajdziemy w nim ważne elementy dotyczące np. konieczności tworzenia indywidualnego programu edukacyjnego dla dzieci niepełnosprawnych, to brakuje jednak informacji o procedurze działania w sytuacji, w której to objawy choroby lub zaburzenia prowokować mogą niebezpieczne zachowania.

Pojawia się zatem pytanie: Co powinien zrobić pedagog specjalny w sytuacji, w której dziecko podejmuje zachowania zagrażające jemu samemu lub też innym osobom (bije siebie, uderza własnym ciałem o meble lub ścianę, niespodziewanie uderza inną osobę, jest pobudzone psychoruchowo itd.)?

Po pierwsze należy zaznaczyć, że nauczyciel nie może w takiej sytuacji być bierny. Musi podjąć konkretne działania, gdyż na terenie szkoły specjalnej lub ośrodka terapeutycznego odpowiada (razem z dyrektorem szkoły/ośrodka) za bezpieczeństwo dziecka. Po drugie konieczne jest zaznaczenie, że wszelkie działania (w tym przypadku przymus bezpośredni) będą niestety wykonywane bez konkretnej podstawy prawnej. Jest to sytuacja niezwykle trudna. Jak bowiem podejmować działania, jednocześnie nie narażając się na odpowiedzialność karną, cywilną lub pracowniczą? Brak przepisów nie uprawnia jednak do zachowania postawy obojętnej. Jednocześnie trudno jednak wskazać jeden, właściwy scenariusz postępowania. Scenariusza tego należy poszukiwać przede wszystkim w przepisach prawa karnego. W pierwszym rzędzie można odnieść się do art. 25 Kodeksu karnego (Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553; kk). Przepis ten wprowadza zasady dotyczące obrony koniecznej. Polskie prawo w pełni zezwala na podjęcie działań, które będą związane z ochroną własnego zdrowia i życia, które mogą być zagrożone np. agresywnym zachowaniem innej osoby. Co jednak istotne, zachowania obronne nauczyciela muszą być w podobnym przypadku proporcjonalne do niebezpiecznego zachowania ucznia. Jest to z całą pewnością zagadnienie niezwykle złożone. Owa proporcjonalność zawsze będzie analizowana *in casu*. Nasze działania w sytuacji zagrożenia własnego życia lub zdrowia mogą być wprost związane z odczuwanym w danym momencie lękiem czy wcześniejszymi, negatywnymi doświadczeniami. Nie ma zatem możliwości stworzenia swoistej matrycy adekwatnych działań. Pewne jest jednak, że muszą one uwzględniać konieczność poszanowania godności dziecka. Ma być to zatem działanie obronne, a nie przemocowe, którego wyłącznym celem jest zadanie bólu.

Tutaj trzeba jednak zaznaczyć, że praca terapeutyczna z dziećmi z autyzmem nie może być kojarzona wyłącznie z zachowaniami, które wymagają działań obronnych ze strony nauczyciela. Pojawiające się w trakcie terapii niebezpieczne zachowania ucznia skierowane mogą być bowiem nie tylko do innych osób, ale również w stronę jego samego. Występuje zatem wspomniana już konieczność zabezpieczenia ucznia przed nim samym. Z pomocą przychodzi tutaj art. 26 kk, który w § 1 stanowi, że: „Nie popełnia przestępstwa, kto działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego jakimukolwiek dobru chronionemu prawem, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone przedstawia wartość

niższą od dobra ratowanego”. Mówimy tutaj o tzw. stanie wyższej konieczności. Warto przedstawić go na konkretnym, innym niż powyższe, przykładzie.

Nauczyciel w szkole specjalnej w trakcie zajęć dostrzega ucznia, który z całej siły bije się ręką po głowie. Uderza także głową w ścianę. Mamy tutaj zatem konkretne, zagrożone dobro. Jest nim zdrowie, bezpieczeństwo, a być może także życie ucznia. Nauczyciel będzie chciał natychmiast ochronić dziecko przed krzywdą, jaką może ono sobie wyrządzić. Może je złapać za rękę. Może także złapać jego głowę. Może wreszcie unieruchomić całe jego ciało za pomocą uchwytu. Tutaj jednak objawia się kolejne dobro. Jest nim wolność ucznia. Mowa o prawie do bycia wolnym od takich zachowań, jak krępowanie czy unieruchamianie. Nauczyciel staje zatem wobec sytuacji pojawiającego się pytania, na które bardzo szybko musi sobie odpowiedzieć: „Czy mam prawo poświęcić jedno dobro (wolność ucznia od przymusu) w celu ochrony innego dobra, a więc zdrowia i bezpieczeństwa ucznia?”. Innymi słowy musi dojść do zważenia dóbr – które z nich jest ważniejsze? Jeśli nauczyciel – mimo braku podstaw prawnych – np. unieruchomi ucznia, wówczas może odnosić się właśnie do art. 26 kk. Jedno dobro, a więc wolność ucznia, poświęcił w celu ochrony obiektywnie zagrożonego jego zdrowia. Jeśli natomiast nie podejmie żadnych działań, może dojść do skutku w postaci ciężkiego uszkodzenia ciała ucznia lub nawet jego śmierci. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że wskazane tutaj działanie – zapewne w większości przypadków – powinno być następnie uzupełnione o inny rodzaj aktywności. Mowa o koniecznym wezwaniu w podobnych sytuacjach zespołu ratownictwa medycznego. W szczególności bowiem lekarze i ratownicy medyczni mają możliwości podjęcia działań zmierzających do uspokojenia pacjenta. Z jednej strony mamy tutaj opisane użycie siły fizycznej w celu zabezpieczenia ucznia. Z drugiej – mowa o zastosowaniu środków farmakologicznych, które doprowadzą do szybkiego uspokojenia osoby pobudzonej psychoruchowo. Należy jednak pamiętać, że sytuacje impulsywnych zachowań (auto)agresywnych przybierają niejednokrotnie taką postać i formę, że bierne oczekiwanie na przyjazd medyków jest w praktyce niemożliwe. Dlatego zagadnienie możliwości stosowania przymusu bezpośredniego przez pracowników placówek edukacyjnych przeznaczonych dla osób doświadczających w szczególności niepełnosprawności intelektualnej i zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu ma szczególne znaczenie. Używane wyrażenie „zabezpieczenie ucznia przed nim samym” oddaje istotny dramat sytuacji – pedagog, terapeuta lub wychowawca znajduje się czasem w sytuacji, gdy konieczne jest natychmiastowe podjęcie działania. Chociaż wezwanie wówczas ratowników medycznych wydaje się oczywiste, to niezbędne jest jednak doprowadzenie do sytuacji, w której to dziecko będzie bezpieczne. W takich chwilach stosownie ukazanego w art. 26 kk

kontratypu stanu wyższej wydaje się w pełni uzasadnione. Nie może być to jednak działanie oparte na impulsie, skrajnych emocjach lub jakiejś samowoli. Każde takie zachowanie powinno zostać *post factum* przeanalizowane oraz opisane w celu transparentnej i rzetelnej oceny, mogącej mieć istotne znaczenie dla doskonalenia procedur. Działanie to stanowić także może element prewencji zachowań mogących naruszać prawa ucznia, podopiecznego lub dziecka.

W stronę podsumowania

Przedstawione powyżej sytuacje, opinie oraz uwagi skłaniają do wskazania kilku ważnych elementów. Po pierwsze nauczyciel, pedagog specjalny lub terapeuta pracujący z dziećmi z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu może się znaleźć w sytuacji szczególnego dylematu, którego rozwiązanie musi nastąpić jak najszybciej. Można je przedstawić w formie pytań, które zostały już wyartykułowane: Czy można zastosować określone działania siłowe wobec ucznia doświadczającego autyzmu (innych zaburzeń rozwojowych, intelektualnych, psychicznych), który swoim zachowaniem zagraża sobie lub innym?, Co w takiej chwili jest ważniejsze – jego wolność od siłowego i przymusowego działania czy bezpieczeństwo? Po drugie trzeba w tym miejscu bardzo wyraźnie zaznaczyć, że pracownicy placówek oświatowych pracujący ze wskazaną grupą uczniów w szkołach czy ośrodkach opiekuńczych lub terapeutycznych nie mają żadnych formalnych podstaw pozwalających im bezpośrednio na podobny rodzaj działania. Po trzecie warto jednak powtórzyć, że przytoczone tutaj pytania nie są jedynie wyrazem refleksji teoretycznej. Są one konsekwencją nadaj pojawiających się sytuacji, w których to np. personel pedagogiczny szkoły musi podjąć działanie zabezpieczające ucznia przed nim samym. Stosowanie przymusu bezpośredniego w sposób nieuchronny może się kojarzyć z pojawieniem się przemocy. Nie ma wątpliwości, że w chwili, w której kogoś przytrzymujemy lub unieruchamiamy lub czasowo izolujemy, stosujemy wobec tej osoby siłę. Mówimy o zdarzeniu, w którym widzimy dysproporcję. Jednocześnie jednak dramat podobnych zdarzeń uzmysławia, że przyjęcie biernej postawy, gdy dziecko np. uderza głową o ścianę, jest zachowaniem nieprofesjonalnym, niewłaściwym i złym. Skutki podobnej bierności mogą być dramatyczne i mogą wiązać się z odpowiedzialnością karną, jakiej podlegać może np. nauczyciel, który nie zapewnił bezpieczeństwa uczniowi pozostającemu pod jego opieką. Obecnie osoby pracujące w podległych resortowi edukacji placówkach edukacyjnych, opiekuńczych lub terapeutycznych, do których uczęszczają osoby ze spektrum autyzmu, nie mają żadnych, wprost wyrażonych w treści ustawowego przepisu podstaw do podjęcia siłowego działania. Brak

podobnych unormowań należy ocenić jako zjawisko negatywne. Może ono rodzić sytuacje, które będą mieć postać nadużycia władzy i siły względem dziecka. Brak przepisów prawnych sprawia, że to jedynie do jednej ze stron często dramatycznych sytuacji będzie należeć interpretacja zachowania, które mogło uprawniać do działań w stanie wyższej konieczności. Milczenie przepisów oświatowych w tym względzie niestety powoduje, że nauczyciele, pedagodzy i terapeuci pracujący w wymienionych miejscach nie mają odpowiednich szkoleń, w których w sposób bezpieczny dla ucznia oraz dla nich podejmą działania mające zabezpieczenie podopiecznego przed nim samym. Trzeba także dodać, że omawiana luka prowadzi do sytuacji, w której wśród pracowników tych placówek może pojawić się dezorientacja i obawa. Z jednej strony pedagog może odczuwać imperatyw nakazujący mu działanie zabezpieczające ucznia. Z drugiej – może odczuwać strach związany z pytaniem o granice działań, do których nauczyciel jest uprawniony. Jak widać, sytuacja ta wymaga zmiany.

E-mail autora: bkmieciak@o2.pl.

Bibliografia

- Blok, B., Brzeska, Z., Marszałek, M. (2013). *Autyzm, apteczka pierwszej pomocy*. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym.
- Ciechorski, J. (2015). Regulacje dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego i praktyka ich stosowania – analiza krytyczna. *Prawo i Medycyna*, 1, 113–151.
- Dąbrowski, S. (1995). Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. W: M. Siwiak-Kobayashi, S. Leder (red.), *Psychiatria i etyka* (s. 53–59). Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Filipska, K., Ślusarz, R. (2017). Przymus bezpośredni w aspekcie etycznym. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 4, 76–87.
- Fundacja SYNAPSIS. (b.d.). *Poradnik: Autyzm, Zespół Aspergera, Całościowe zaburzenie rozwojowe*. Fundacja SYNAPSIS (archiwum autora).
- Gruszczyńska-Młodożeniec, G., Pierzgańska, K. (2004). Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Wywiad z prof. S. Dąbrowskim. *Wiadomości Psychiatryczne*, 4, 295–297.
- Hofman, E. J. (2009). Objawy kliniczne i rozpoznawanie autyzmu i innych całościowych zaburzeń rozwojowych. *Psychiatria po Dyplomie*, 6, 45–55.
- Jaworska, A. (2012). *Leksykon resocjalizacji*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Karkowska, D. (2004). *Prawa pacjenta*. ABC.
- Kmiecik, B. (2019). Przymus w psychiatrii – między dobrem wspólnym a indywidualnym. W: B. Kmiecik (red.), *Regulacje prawne w systemie ochrony zdrowia psychicznego* (s. 41–61). Wolters Kluwer Polska.
- Kubanek, A. (2015). Przymus bezpośredni stosowany w celach leczniczych. *Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ*, 4, 159–188.
- Mosiołek, A., Gierus, J., Margańska, K., Margański, M., Koweszko, T., Szulc, A. (2019). Zachowania agresywne ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Varia Medica*, 3(3), 221–226.
- Mról, K. (2017). Prawne aspekty stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. *Interdyscyplinarne Koło Myśli Prawnej*, numer specjalny, 103–121.
- Oprządek, K. (2022, 18 października). *Siadanie na dzieciach, dociskanie kolanem i „tresura”. Tortury czy terapia? „Dzieci mają tam high life”*. TOK FM. <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103085,28966462,wyprowadzaja-dzieci-na-smyczach-tresuja-torturuja-czcij.html>

- Ostrzyżek, A. J., Gałęcki, P., Wolniak, S., Zawadzki, D. (2021) Prawno-medyczne aspekty zastosowania przymusu bezpośredniego przez zespoły ratownictwa medycznego w świetle obowiązującego prawa. *Psychiatria Polska*, 55(4), 757–767. <https://doi.org/10.12740/PP/120530>
- Perzanowska, A. (2004). Reprezentowanie interesów osób z trudnymi zachowaniami przyjętych do szpitali psychiatrycznych i zabieganie o realizację ich praw. W: A. Rojner, J. Wygnańska (red.), *Rzecznictwo – jak skutecznie zabiegać o realizację praw osób z autyzmem i innymi całościowymi zaburzeniami rozwojowymi* (s. 136–151). Fundacja SYNAPSIS.
- Płatos, M. (red.). (2016). *Ogólnopolski Spis Autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce*. Stowarzyszenie Innowacji Społecznych „Mary i Max”.
- Pużyński, S. (2015). *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne i prawne*. Eneteia.
- Rybakowski, F. i in. (2014). Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie *Psychiatria Polska*, 48, 653–665.
- Stokłosa, G., Stawecka, K. (2009). Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z autyzmem. W: J. Kossewska (red.), *Kompleksowe wspomaganie rozwoju uczniów z autyzmem i zaburzeniami pokrewnymi* (s. 91–107). Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Walewski, P. (2015). Władza nad psyche – rozmowa z prof. Januszem Heitzmanem. *Niezbędnik Inteligenta – Bioetyka: spory na życie i śmierć. Seria tygodnika Polityka*, 3, 52–54.
- Yates, K., Le Couteur, A. (2009). Diagnostyka autyzmu. *Medycyna Praktyczna. Pediatria*, 3, 79–88.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U.2020.1309 t.j.).
- Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz.U.2021.1762 t.j.).
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U.2022.2230 t.j.).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. nr 111 poz. 535).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. 1997 Nr 88 poz. 553).

The possibility of using direct coercion against children with autism disorders spectrum in educational institutions – reflection towards change

In mid-2022, appeared in Poland information about the planned amendment to the Mental Health Act. This document introduced into Polish law the principles of applying direct coercion. These rules have been in force for less than thirty years. As a result of subsequent amendments, new elements were introduced. We are talking about making it possible to use compulsion by paramedics, as well as employees of hospital departments other than psychiatric. It should be noted that situations in which it is necessary to apply direct coercion also appear in non-medical institutions. We are talking here about, for example, special schools as well as school and educational centers. Every day, special educators and therapists support children who sometimes exhibit aggressive or self-aggressive behavior. These behaviors are directly related to the disorders experienced by children. An example of such situations may be events in which, for example, a child with autism suddenly starts hitting himself on the head, or hitting his own head against a wall. At such moments it is necessary to save the child from himself. Sometimes we are talking about “protecting the child from himself”. This action requires immediate reaction from the teacher. The educator is sometimes forced to use force against the child. The goal here is not to cause pain in the baby, but to protect its safety. To date, there are no regulations in Poland that: (a) would allow school staff to use direct coercion, (b) would introduce a compulsion procedure, (c) would introduce principles of training educators in the safe (for them and the student) use of direct coercion. The suggested comments and reflections below relate to the topics presented here. In particular, the article will draw attention to the need to change Polish law. Thanks to it, there will be a greater guarantee of using direct coercion as an action that helps the child, and not an action that harms them.

KEYWORDS

DIRECT COERCION, CHILDREN'S RIGHTS, MENTAL HEALTH, SPECIAL EDUCATION, DEVELOPMENTAL DISORDERS ON THE AUTISM SPECTRUM

Cytowanie:

Kmieciak, B. (2023). Możliwość stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci z zaburzeniami rozwojowymi ze spektrum autyzmu w placówkach oświatowych – refleksja w kierunku zmiany. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 22(1), 120–138.



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości