

Badanie psychiatryczne osób małych – między autonomią dziecka a władzą rodzicielską

Błażej Kmiecik

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
w Warszawie

Dyskusja dotycząca ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży na stałe weszła do polskiej debaty społecznej, politycznej i naukowej. To z całą pewnością zjawisko korzystne. Statystyki dotyczące m.in. prób samobójczych u dzieci, a także alarmujące sygnały z – nierzadko przepętnionych – oddziałów psychiatrycznych dla młodych osób nieustannie przypominają nam, jak ważne jest profesjonalne wsparcie osób niepełnoletnich. Jednym z kluczowych momentów podobnego wsparcia jest badanie psychiatryczne. To ono poprzedza nie tylko finalną diagnozę, ale także jest tym elementem, który może rozpocząć okres leczenia szpitalnego. W jaki jednak sposób podobne działanie powinno się odbywać? Nie chodzi tutaj o metodykę pracy psychiatry, która ma oczywiście zasadnicze znaczenie. Mowa raczej o kontekście praktycznym związanym z „aktorami” owego badania. Czy dziecko może uczestniczyć w nim samodzielnie? Wszak to ono doświadcza określonej trudności czy wręcz kryzysu. Wielu zapewne uzna, że to niemożliwe, by podczas wizyty dziecko było samo – przecież nie ma pełnej zdolności do czynności prawnej. Jak jednak ów młody człowiek ma mówić np. o bolesnych dla niego konfliktach z rodzicami w ich obecności?

Polskie prawo w sposób jednoznaczny zwraca uwagę na obszary władzy rodzicielskiej. Z całą pewnością jej elementem jest odpowiedzialność za zdrowie dziecka. Czy jednak w pewnych momentach jej wyrazem nie będzie np. wyjście z badania psychiatrycznego? Problemy takie pojawiają się w praktyce klinicznej. W artykule podjęto próbę rozwiązania podobnych dylematów.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRAWA DZIECKA, PRAWO PSYCHIATRYCZNE, BADANIE LEKARSKIE, PRAWA PACJENTA, TAJEMNICA ZAWODOWA

Uwagi wprowadzające

Dziewiętnastego sierpnia 2024 r. obchodzono trzydziestą rocznicę uchwalenia przez polski Sejm ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (uozp lub ustawa psychiatryczna; Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535). To szczególnie istotny akt prawny w polskiej przestrzeni społecznej. Reguluje on bowiem sposób postępowania w niejednokrotnie bardzo trudnych sytuacjach, w których stan zdrowia pacjenta oraz jego sposób postrzegania np. innych osób powodują u niego istotne trudności w kierowaniu własnym postępowaniem. W uozp wprowadzono nadal obowiązujące w Polsce zasady kierowania pacjentów do szpitali psychiatrycznych w sytuacji, w której nie wyrażają oni na to zgody. Zostały w niej także uregulowane procedury stosowania przymusu bezpośredniego. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że uozp była drugim, kluczowym dla polskiego systemu ochrony zdrowia aktem prawnym, który został uchwalony po okresie PRL-u. W pierwszym, tj. w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. 2007 Nr 14 poz. 89), skonstruowano natomiast katalog praw pacjenta, który w znacznej większości nie zmienił się do dziś. Należy też wspomnieć, że w 1996 r. uchwalono ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287), która w Rozdziale 4 dokładnie odnosiła się do zasad, którymi powinien kierować się lekarz w postępowaniu z pacjentem. Omawiane akty prawne odnoszą się do relacji, jaka w trakcie diagnozy i terapii powstaje między pacjentem a osobami, które udzielają świadczeń zdrowotnych. Co oczywiste, w grupie osób, które uzyskują wsparcie, znajdują się nie tylko osoby dorosłe, ale także dzieci.

Chociaż uozp nie odnosi się w sposób szeroki do problematyki ochrony zdrowia psychicznego dzieci, trzeba dojść do wniosku, że jej uchwalenie miało na celu wsparcie wszystkich pacjentów doświadczających kryzysu, a ich wiek nie stanowił i nie stanowi istotnego elementu różnicującego (Turzańska-Szacoń, 2023). W samej ustawie dokonano jednak pewnych rozróżnień, w których zwrócono uwagę na inne działania, jakie lekarz powinien w szczególności podjąć względem pacjenta dorosłego i pacjenta niepełnoletniego. Mowa tu w zwłaszcza o zasadach dotyczących informowania i wyrażenia zgody na leczenie. Ustawa psychiatryczna od chwili jej uchwalenia określała jasne zasady wskazujące, że do osiągnięcia przez dziecko 16 r.ż.

są mu przekazywane informacje, które są niezbędne do podjęcia względem niego działań leczniczych, podczas gdy wszystkie dane dotyczące procesu terapii otrzymują jego rodzice. Podobnie to wyłącznie rodzice są w takiej sytuacji proszeni o zgodę na leczenie. Gdy dziecko skończy 16 lat, to wówczas do osiągnięcia pełnoletności dołącza do grona osób, które muszą być informowane o wszystkich działaniach medycznych, jakim podlegają, i razem ze swoimi rodzicami staje się współdecydem o tych czynnościach. Jak podkreśla Góralczyk:

Ustawowa granica 16 lat znajduje swoje uzasadnienie psychologii, w wyodrębnionych okresach rozwoju psychicznego dziecka. Od 3 do 7 lat wyróżnia się okres przedszkolny. W jego ostatniej fazie u dziecka pojawia się m.in. zwiększenie przejawów woli, opanowywanie emocji, przestrzeganie norm moralno-społecznych. Od 7 do 12 lat wyróżnia się wiek szkolny. Wówczas dziecko m.in. przejmuje role w środowisku rówieśniczym i rodzinnym oraz, co istotne dla podejmowanego tematu, w małym wieku kształtuje się poczucie odpowiedzialności, zwiększa się jego aktywność i samodzielność myślenia. (2018)

Odnosząc się do starszych dzieci, ta białostocka badaczka dodaje, że: „okres od 11 do 16 lat nazwany został mianem dojrzewania właściwego. Wówczas spostrzeżenia dziecka stają się bogatsze w szczegóły, następuje rozwój procesów myślowych. Małoletni zauważa związki przyczynowe, widzi kontekst sytuacji, dokonuje porównań i ocen” (Góralczyk, 2018).

Opisane ogólne sposoby postępowania dotyczą wszystkich zawodów medycznych, których przedstawiciele udzielają dzieciom świadczeń, w szczególności lekarzy. Czy jednak zasady te w sposób bezrefleksyjny mogą być stosowane również w trakcie leczenia psychiatrycznego? Doktor Irena Kornatowska, jedna z współtwórczyń Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS), została opisana przez swoich współpracowników w pewnej szczególnej dla poruszanego tematu sytuacji. Ta specjalistka psychiatrii dziecięcej przyjmowała pewnego dnia w swoim gabinecie kobietę, która przyszła z małym synem, i po wymianie z nią kilku zdań powiedziała, że musi porozmawiać sam na sam z chłopcem (Golus, 2023). Chociaż sytuacja ta miała miejsce na początku lat 90. XX w., to nie tylko wówczas, ale także i dzisiaj podobna propozycja dla wielu osób, w szczególności rodziców dziecka, może być zaskoczeniem. To wszak oni są opiekunami prawnymi. Przepisy zarówno konstytucyjne, jak i ustawowe w sposób jednoznaczny zwracają uwagę na istotę władzy rodzicielskiej, zezwalając rodzicowi, by był częścią ważnych sytuacji i zdarzeń dotyczących jego dziecka (por. art. 48 Konstytucji RP). Władza ta bezpośrednio wiąże się jednak także z odpowiedzialnością, co pokazuje Ken Canfield (2013), współtwórca

największych amerykańskich inicjatyw dla ojców chcących poprawić swoje relacje z rodziną i z dziećmi, w książce *Siedem sekretów efektywnych ojców*, w której opisuje historię swojego znajomego, który dostrzegając pogorszenie zachowania swojego syna, zdecydował się udać z nim do psychologa. Także ten specjalista poprosił, by mógł porozmawiać z chłopcem bez obecności rodzica. Gdy rozmowa się skończyła, mężczyzna usłyszał, jak twierdzi Canfield, szczególnie trudne, a zarazem ważne zdanie. Terapeuta powiedział, że chłopiec potrzebuje taty. Choć takie stwierdzenie nie jest formalną diagnozą, to jednak oddaje dramat relacji, a w zasadzie jej braku w rodzinie chłopca, co stanowiło szczególnie element wpływający na pojawienie się zaburzeń zachowania (Canfield, 2013).

Przedstawione historie odślaniają główny kierunek rozważań, na którym warto się zatrzymać, mając na względzie tytuł niniejszego artykułu. Prowokują one bowiem do podjęcia próby udzielenia odpowiedzi na rodzące się pytania: „Czy w trakcie badania psychiatrycznego dziecko może przebywać sam na sam z lekarzem psychiatrą?”, „Czy takie działanie jest niezbędne dla procesu terapeutycznego czy stanowi jedynie jeden z możliwych stylów postępowania?”, „Czy badanie dziecka przez lekarza bez obecności rodziców jest wyraźną ingerencją w ich prawa?”, „Czy może jest to przykład realnego szacunku dla podmiotowości dziecka?” i „Jaka w tej sytuacji jest realna rola opiekunów prawnych osoby małoletniej?”.

Co mówi prawo?

Zwrócono już uwagę na dwa ważne elementy. Po pierwsze ogólnie wskazano, że badanie lekarskie dziecka jest ściśle powiązane z funkcją, jaką sprawuje rodzic, czyli troską o dziecko, zatem konieczne jest, by brał on aktywnie udział w procesie diagnostycznym. Po drugie jednak, przenosząc nasze rozważania na grunt psychiatryczny, zwrócono uwagę, że częsta jest sytuacja, w której lekarz, aby dokładnie rozpoznać stan zdrowia małoletniego (mowa o zwłaszcza zdrowiu psychicznym), musi porozmawiać z nim sam na sam. Warto w tym miejscu zatrzymać się na polskich przepisach prawa medycznego, które odnosząc się do standardów wynikających np. z Działu II Kodeksu rodzinno-opiekuńczego (krio; t.j. Dz.U. 2023 poz. 2809), przedstawiają zasady przeprowadzania badań osób małoletnich.

Najpierw należy przypomnieć, że Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (upp; t.j. Dz.U. 2024 poz. 581) odnosi się do kwestii badań dzieci. Co jednak ciekawe, w sposób bezpośredni wypowiada się ona jedynie na temat możliwości i zasad badań medycznych dzieci, które ukończyły lat 16. Jak zaznaczono w art. 17 ust. 1 i 3 upp, osoby te mogą zarówno wyrazić zgodę

na badanie, jak i sprzeciwić się jego wykonaniu. Lektura tego przepisu budzi jednak niepokój ze względu na zbyt ogólne potraktowanie sytuacji dzieci młodszych, czyli mających mniej niż 16 lat. Ustawa sygnalizuje jedynie, że decyzje w przedmiocie badań tej grupy osób podejmują ich przedstawiciele ustawowi, którymi najczęściej są rodzice. Gdy osób takich nie ma w trakcie badania, zgodę na jego przeprowadzenie może wyrazić opiekun faktyczny. Tutaj warto wspomnieć, że zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 upp opiekun faktyczny to osoba, która „bez obowiązku ustawowego [sprawuje – przyp. BK] stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga”. Ustawa zwraca uwagę także na sytuacje, w których pojawia się brak zgody na badanie, w tym szczególnie interesujące nas badanie przeprowadzone przez lekarza. „Pacjencka” ustawa odsyła nas tutaj w art. 19 do ustaw korporacyjnych, w tym zwłaszcza ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, której art. 33 ust. 1 stanowi, że:

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. (t.j. Dz.U. 2024 poz. 1287)

W dalszej części tego przepisu dodano, że działania takie powinny być skonsultowane w miarę możliwości z innym lekarzem, a czynności te należy następnie odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta. Przepis ten jest niezwykle ciekawy. Przedstawia on bowiem z założenia pewną dynamiczną sytuację, w której konieczne jest badanie lekarskie, a jednocześnie pojawia się realna i uzasadniona wątpliwość w zakresie zdolności danej osoby do świadomego oraz kompetentnego wyrażenia zgody na tę medyczną aktywność. Trudności te mogą wynikać zarówno z obserwowanych objawów choroby/zaburzenia, jak i z wieku pacjenta. Chodzi tutaj zatem o osoby w starszym wieku z chorobami neurodegeneracyjnymi (np. chorobą Alzheimera), jak również o dzieci. Dziecko może nie mieć nie tylko formalnych zdolności do czynności prawnych (skutecznego podejmowania decyzji), ale także emocjonalnych i intelektualnych kompetencji do „znalezienia” się w danej sytuacji. Warto w tym miejscu podkreślić, że wcześniejszy przepis ustawy lekarskiej, tj. art. 32, wprowadza ogólne zasady dotyczące zgody na badanie lekarskie przeprowadzone u dziecka. Korespondują one z wcześniejszymi normami przedstawionymi w upp. Można dojść tutaj do generalnego wniosku, że do 16 r.ż. dziecko nie uczestniczy decyzyjnie w procesie wyrażenia zgody na badanie lekarskie. Po ukończeniu 16 r.ż. staje się natomiast współdecydem w podobnych aktywnościach medycznych – jest

zarówno w pełni informowane, jak i proszone o wyrażenie zgody. Jeśli zdanie dziecka dotyczące badania jest inne niż jego rodziców, to wówczas decyzję podejmuje sąd opiekuńczy (Góralczyk, 2018).

W tym miejscu w sposób bezpośredni przechodzimy do treści art. 21 uozp. Warto przypomnieć, że był to pierwszy po 1989 r. przepis, który wprowadzał konkretne rozwiązanie właśnie w sytuacji, w której to badaniu poddawane jest dziecko. Należy przywołać tutaj treść całego przepisu. Jak zaznaczono w art. 21 ust. 1 uozp:

Osoba, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, może być poddana badaniu psychiatrycznemu również bez jej zgody, a osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie – także bez zgody jej przedstawiciela ustawowego.

Ustęp 2 omawianego unormowania dodaje m.in., że „przed przystąpieniem do badania uprzedza się osobę badaną lub jej przedstawiciela ustawowego o przyczynach przeprowadzenia badania bez jej zgody”. Podobnie jak we wcześniejszych przepisach zobowiązano lekarza do odnotowania w dokumentacji medycznej realizacji badania, także bez zgody pacjenta.

Analizując treść polskich przepisów odnoszących się do sytuacji, w której badaniu psychiatrycznemu poddawane jest dziecko, nie znajdziemy więcej odniesień formalnych, które zwracałyby uwagę na sposób, w jaki omawiane tutaj działanie powinno być przeprowadzone. Jak widać jednak, polskie prawo nie rozwiązuje wielu potencjalnych sytuacji, w których to właśnie analiza stanu zdrowia psychicznego dziecka jest konieczna, a obecność rodzica w jakiejś mierze komplikuje sytuację. W żadnej mierze nie chodzi tutaj jednak o umniejszanie roli rodziców. Istotne jest to, że ich postawy, zachowanie, słowa, a także gesty mogą być elementem, który będzie utrudniać lub uniemożliwiać dziecku pełne przedstawienie sytuacji. Czy zatem możliwe są działania, który polskie przepisy nie przewidują?

Praktyka działania

Odnosząc się do kwestii badania psychiatrycznego, które zostały przedstawione w art. 21 uozp, możemy zauważyć istnienie pewnego, potencjalnego napięcia. Polski ustawodawca zaznaczył, że może dojść do sytuacji, w której rodzic nie będzie w żadnej mierze akceptować tego, że jego dziecko wymaga wsparcia psychiatrycznego. Komentując wskazany przepis, Krakowiak zaznacza, że „badanie psychiatryczne to ciąg czynności mających na celu ocenę aktualnego stanu psychicznego pacjenta

(*status psychicus praesens*). Wynikiem badania powinno być postawienie diagnozy, a następnie wdrożenie procesu leczniczego” (2023, s. 547). Ponadto autor ten podkreśla, że na badanie pacjenta, w tym dziecka, składają się: wywiad podmiotowy, podstawowe badanie fizykalne oraz „właściwa ocena stanu psychicznego, której miernikami są: wygląd zewnętrzny, zachowanie, kontakt z badanym, sposób, tempo wypowiedzi, orientacja w miejscu i czasie, nastrój, napęd, afekt, lęk, sprawność myślenia, ujawnianie omamów i urojeń, natręctw, sprawność procesów poznawczych, rytm dobowy, wgląd chorobowy” (Krakowiak, 2023, s. 547). Tytułem uzupełnienia trzeba podkreślić, że omawiany tutaj przepis dotyczy sytuacji nagłej, a więc chwili, gdy pacjent zagrażać może zarówno sobie, jak i innym (Krakowiak, 2023). Warto jednak zauważyć, że omawiany rodzaj badania dziecka nie musi odbywać się w sytuacji nagłej, zaskakującej i dramatycznej. Może być on związany z zaplanowanym działaniem rodziców i dziecka, którzy widzą potrzebę uzyskania pomocy. Należy zatrzymać się na uwagach i opiniach, które przedstawiają przede wszystkim praktycy zajmujący się tematem ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, wskazując na znaczenie badania w sytuacji, w której młoda osoba wymaga wsparcia.

Eksperti na co dzień pracujący z dzieckiem zwracają uwagę, że interwencja diagnostyczna i terapeutyczna wobec osoby niepełnoletniej ma miejsce, gdy pojawią się niepokojące objawy. Mowa tutaj o zaskakującej zmianie zachowania powiązanej np. ze stresem i lękiem. Niepokojącym objawem mogą być wahania nastrojów, a także autoagresja lub agresja (Redakcja, 2024a). Sytuacja koniecznej wizyty może być zaskoczeniem dla zarówno dziecka, jak i rodzica. Niewiadoma związana z jej przebiegiem może wywoływać silne obawy. Popularne czasopismo i serwis internetowy *Charaktery* zwraca uwagę na to, jak można dziecko przygotować do podobnego spotkania. Wskazuje przede wszystkim na konieczność przedstawienia dziecku jego specyfiki. Eksperti zaznaczają, że przygotowanie dziecka wymaga w zależności od jego wieku przekazania mu np. informacji, które pozwolą odróżnić wizytę u psychiatry od np. wizyty u lekarza rodzinnego (Redakcja, 2024b). Serwis *Małe charaktery* podaje w jednym z tekstów, że „najczęściej do wizyty u psychiatry dziecięcego skłania rodziców agresja, samookaleczanie i myśli samobójcze” (Redakcja, 2024a). W tym kontekście serwis ten trafnie stara się zmniejszyć poziom lęku rodziców, którzy potencjalnie wraz z dziećmi trafiają do wspomnianego specjalisty (Redakcja, 2024a). Na stronach poradni, w których przyjmują lekarze/terapeuci, można znaleźć materiały będące swoistym drogowskazem postępowania rodzica i dziecka przed pierwszą wizytą. Co ważne, materiały te odnoszą się do perspektywy zarówno dziecka, jak i rodziców, którzy mogą odczuwać silne obawy (np. przed tym, że ocenie zostaną poddane ich kompetencje wychowawcze). We wspomnianych tekstach

poradnie krok po kroku wskazują na potrzebę odnotowania przyczyn zgłoszenia się do psychiatrii dziecięcego oraz przedstawiają schemat badania związanego z funkcjonowaniem organizmu dziecka, jego relacjami ze środowiskiem lub odczuwanymi przez nie np. emocjonalnymi trudnościami. Ponadto ważne jest to, że przed wizytą poradnie informują, że ze względu na cele diagnostyczne wizyty mogą odbywać się na pewnym etapie bez obecności rodzica (PsychoMedic.Online, 2021) Portal *erodzina* zwraca w tym kontekście uwagę, że:

W zależności od wieku i komfortu dziecka, specjalista może chcieć przeprowadzić część wywiadu bez obecności rodziców. Pozwala to dziecku wyrazić swoje uczucia i myśli w bezpiecznym, prywatnym środowisku. Musisz jednak rozmawiać o tym z dzieckiem przed wizytą, aby było na to przygotowane. (Redakcja *erodzina.com*, 2024)

W dostępnych w sieci materiałach kierowanych do rodziców znaleźć możemy w tym kontekście także następujące zalecenie: „O wizycie w poradni powiadom dziecko na jakiś czas przed terminem. Nie zostawiaj tego na ostatnią chwilę. W dzień wizyty zadbaj by było wypoczęte i najedzone, co pozwoli na pełne zaangażowanie się w badanie” (*Jak przygotować dziecko na badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej*, 2017).

W opisanych tutaj kontekstach kreśli nam się obraz zwłaszcza pierwszej wizyty u lekarza psychiatrii jako spotkania, które nie może mieć charakteru nagłego i przypadkowego. Piotr Gałęcki, obecny Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii, zwraca uwagę, że badanie psychiatryczne musi mieć określony schemat, na który składa się badanie zarówno pacjenta, który doświadcza kryzysu, jak i rzeczywistości społecznej, w której funkcjonuje badana osoba. Owa rzeczywistość „podlega badaniu” w trakcie wywiadu rodzinnego, jaki lekarz przeprowadza niejednokrotnie nie tylko w odniesieniu do pacjentów małoletnich, ale także dorosłych (Gałęcki, 2022). Rodzina i bliscy są naturalnym źródłem zarówno czynników wspierających dziecko, jak i tych elementów, które mogą być źródłem wspomnianego kryzysu. Z jednej strony, np. studentki pielęgniarstwa dowiadują się z podręczników do psychiatrii, że: „Jako istotne uzupełnienie terapii dziecka należy wymienić: psychoedukację dla rodziców, grupy wsparcia, grupy dla rodziców i inne formy wsparcia społecznego” (Kurpas i in., 2009, s. 113). Wskazuje się wręcz, że już na etapie ciąży właściwa emocjonalna relacja rodziców z dzieckiem, którego oczekują stanowi istotny element prewencji zaburzeń psychicznych (Kurpas i in., 2009). Z drugiej jednak strony możemy natrafić na wyniki raportów, które w sposób jednoznaczny ukazują coraz większą samotność, jakiej w domu rodzinnym doświadczają młode osoby. Jak zwraca uwagę Szredzińska: „Liczba młodych osób oceniających poziom wsparcia ze strony

rodziców jako wysoki maleje wraz z wiekiem. Różnica między 11- a 15-latkami wynosiła 29 pkt proc. i była widoczna zarówno u chłopców, jak i u dziewczyn” (2022, s. 141). Ponadto autorka ta dodaje, że „w większości państw odsetek nastolatków mających trudności w rozmowach z rodzicami wzrastał w latach 90. XX w., a później następowała stopniowa poprawa. Na tym tle pogłębiające się niekorzystne zmiany w Polsce mogą budzić niepokój” (Szredzińska, 2022, s. 141).

Wskazane uwagi kreślą nam zatem interesujący obraz. Dziecko idące na wizytę do lekarza psychiatry, w trakcie której ma być badane, udaje się niejako na nią siłą rzeczy ze swoistym bagażem relacji, jakie ma z – najczęściej – rodzicami. System powiązań rodzinnych ma nie tylko znaczenie psychopedagogiczne czy psychospołeczne, ale także formalno-prawne. Analizując materiały, jakie swoim pacjentom przedstawiają poradnie (np. psychologiczno-pedagogiczne), można się spotkać z podobnym komunikatem: „Wywiad kliniczny przeprowadzany jest z Rodzicami bez obecności dziecka, które w tym czasie pozostaje w poczekalni Poradni. Jeśli nie jest możliwe, aby poczekało samo, warto przyjść z dodatkową osobą towarzyszącą, która zostanie w tym czasie z dzieckiem” (*Kompleksowe badanie psychiatryczne*, 2006). Co jednak ciekawe, na portalach dla rodziców z kolei można przeczytać:

Pamiętaj, że Twoje dziecko, jak każdy pacjent, ma określone prawa, takie jak prawo do prywatności, prawo do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i leczeniu, a także prawo do wyrażenia swojej opinii i uczestnictwa w podejmowaniu decyzji o swoim leczeniu. (Redakcja erodzina.com, 2024)

Przytoczone stwierdzenie ma jednak charakter życzeniowy. Formalnie rzecz ujmując, opisana tutaj duża aktywność dziecka może mieć miejsce od 16 r.ż. W jednym z dostępnych schematów przedstawiających sposób formułowania konkluzji po badaniu psychiatrycznym dziecka czytamy:

Po zebraniu powyższych danych i na ich podstawie lekarz formułuje swój pogląd na temat pacjenta, to jest wstępną diagnozę. Opisuje problemy, jakie ma dziecko, analizując ich fizyczne, psychologiczne i społeczne aspekty w powiązaniu z potrzebami rozwojowymi dziecka, historia jego chorób oraz podsumowaniem atutów dziecka, osobowościowych i sytuacyjnych, które zaznaczacie w procesie leczenia. Podsumowanie i wnioski wynikające ze sporządzonej informacji o pacjencie powinny być sformułowane językiem zrozumiałym dla rodziców i samego dziecka, jeśli byś już w wieku, który to umożliwia. (*Kompleksowe badanie psychiatryczne*, 2006)

Zwłaszcza ostatnia uwaga dotycząca sposobu komunikowania informacji przedstawia dziecko jako odbiorcę komunikatu. Wcześniejsze stwierdzenia wskazują

ponadto, że dziecko winno mieć zagwarantowaną przestrzeń prywatną w trakcie badania. Czyżby zatem praktyka badań psychiatrycznych dzieci odbiegała od standardów jakie przedstawiono m.in. w przytoczonych wcześniej przepisach prawa?

Dyskusja

W polskiej dyskusji prawno-medyczno-społecznej zagadnienie autonomii dziecka w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych odgrywa w ostatnich latach coraz większą rolę (Ministerstwo Zdrowia, 2024). Warto wspomnieć, że reforma psychiatrii dziecięcej przewiduje włączenie do systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży nowej grupy specjalistów. Są nimi psychoterapeuci, którzy – podobnie jak psychiatry dziecięcy – przechodzą proces specjalizacyjny. W jego trakcie uczestniczą w kursie *Podstawy prawne związane z procedurami prawnymi dotyczącymi dziecka i jego rodziny*. Ponadto ich obowiązkiem jest zapoznanie się z „wiedzą na temat zasad etycznych i prawnych pracy psychoterapeuty, zasad etycznych obowiązujących w danym podejściu psychoterapeutycznym potencjalnych problemów etycznych i prawnych” (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, 2019, s. 13). Jak już wielokrotnie wskazano, jednym z wyznań omawianego tematu może być właśnie podjęcie działań związanych z badaniem dziecka. Przedstawione we wstępie dwa przykłady badania psychiatrycznego dziecka wskazują na praktykę przeprowadzenia części omawianej aktywności klinicznej bez obecności rodziców. W piśmiennictwie możemy natrafić na odmienne podejścia w zakresie możliwości podejmowania badania psychiatrycznego w stosunku do osób małoletnich bez obecności rodzica. Z jednej strony słychać głosy typu: „Wiele osób pracujących z młodzieżą obawia się naruszenia granic prywatności uczniów i rozmów o sprawach osobistych (również ze względu na możliwe niezadowolenie rodziców)” (Warchoń-Biedermann, 2023, s. 25). Z drugiej – zaznajamiając się z treścią dostępnych wzorów kontraktów terapeutycznych, spotykamy stwierdzenia wskazujące na to, że konieczne jest „umożliwienie dziecku zatrzymania dla siebie informacji na temat przebiegu sesji (powstrzymanie od zadawania pytań o przebieg sesji i pozostawienia dziecku przestrzeni na samodzielną decyzję czy i jakimi informacjami chce się podzielić z rodzicami)” (Połomska, 2020, s. 2). Na przykład w poradniku przeznaczonym dla młodych pacjentów, którzy po badaniu mają podjąć decyzję dotyczącą terapii zaburzeń odżywiania, zaznacza się wprost: „Decyzja należy do ciebie” (Pomoc dla Ciebie – ED, 2023, s. 15). Ponadto bardzo jasno przestrzega się jednocześnie młodych ludzi przed wchodzeniem w proces terapii np. dla rodziny (Pomoc dla Ciebie – ED, 2023).

Podobne sprzeczności widoczne w dyskusji specjalistów nie są jednak w stanie oddalić wyzwań praktycznych, które widać m.in. w postępowaniu dr Ireny Kornatowskiej.

Zgłaszające się do psychiatry dziecko nie jest kimś, kogo możemy odczytywać jedynie przez pryzmat jego wielowątkowego powiązania z rodzicami. Jest to odrębna postać, która doświadcza konkretnych trudności, wyzwań i problemów. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że osoba dorosła jest kimś ważnym w życiu tego człowieka. Jak wspomniana przywołana już Szredzińska „z badań przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) wśród nastolatków w wieku 11–17 lat wynika, że zdecydowana większość badanych (89%) miała w swoim otoczeniu przynajmniej jedną osobę, do której mogła się zwrócić w trudnej sytuacji.” (2022, s. 141). Jednocześnie mamy świadomość silnych powiązań istniejących między sytuacją w domu rodzinnym dziecka a jego funkcjonowaniem psychospołecznym. Jak pisze Grzegorzewska:

Badania wskazują na związki zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci z takimi czynnikami ryzyka, jak: ubóstwo, separacja lub rozwód rodziców, ich choroby psychiczne lub nadużywanie alkoholu, stres w okresie ciąży, przemoc psychiczna i fizyczna, konflikty małżeńskie, maltretowanie, wychowywanie przez jednego rodzica z powodu rozwodu, separacji lub śmierci, wychowywanie się dziecka w rodzinie zastępczej. (2016, s. 91)

Tym samym pojawia się w tym miejscu zrozumiała konieczność poznania sytuacji dziecka z dwóch perspektyw – dziecięcej i rodzicielskiej. Ważne jest, jak już zaznaczono, by owe perspektywy się przenikały, by psychiatra mógł zobaczyć wzajemne interakcje istniejące między dzieckiem i rodzicem/rodzicami. Bardzo ważne jest jednak również to, by poznać dokładną perspektywę każdego z wymienionych aktorów postępowania badawczego.

Celowo w tym miejscu nie użyto słowa „stron”. W omawianym bowiem problemie widzimy swoiste napięcie sytuacyjne. Z jednej bowiem strony prawo w sposób bardzo klarowny zwraca uwagę na prawa i obowiązki rodzica. Z drugiej – natomiast wyrażenie wskazano, że to dopiero ukończenie 16 r.ż. lokuje dziecko w gronie osób, które mogą współdecydować o swojej sytuacji prawno-medycznej. Tutaj jednak konieczne jest zwrócenie uwagi zarówno na ważne opinie doktryny, jak i na właściwą formę interpretacji przepisów prawa rodzinnego. Po pierwsze wspomniana już wcześniej Góralczyk trafnie stwierdza, że: „przy uwzględnieniu instytucji wysłuchania, w prawidłowo funkcjonujących stosunkach rodzinnych, w wielu przypadkach również decyzja dziecka będzie składową zgodą zastępczej wyrażanej przez przedstawicieli ustawowych” (Góralczyk, 2018, s. 335). Autorka ta zwróciła uwagę na prawidłowo funkcjonujące relacje rodzinne. Ich zaburzenie może być istotnym czynnikiem wpływającym na konieczność pojawienia się dziecka z wizytą u psychiatry. Tutaj jednak należy podkreślić, że istnienie konfliktu między dzieckiem i rodzicem nie anuluje konieczności właściwego sposobu korzystania z władzy rodzicielskiej. Ta bowiem w polskim krio

nie ma wskazanego tutaj charakteru władczego, ale z założenia powinna opierać się na świadomym działaniu, którego głównym elementem będzie troska i odpowiedzialność za dziecko. W art. 96 § 1 krio zaznaczono, że „władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw.” Pojawia się w tym miejscu element imperatywu i atrybutu. Owszem rodzic ma prawa względem dziecka, ale oparte są one na obowiązku szacunku dla jego praw. Kolejny paragraf tego przepisu stanowi, że dziecko zobowiązane jest swoim rodzicom posłuszeństwem, „a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra”. Normy tej nie można jednak czytać bez dodania, że w § 3 tego przepisu zaznaczono, że „władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny.” Owszem można w tym miejscu uznać, że i tak to do rodzica należy ostatecznie zdanie i to finalnie po jego stronie leży decyzja, czy w czasie części badania psychiatrycznego opuści gabinet, by dziecko mogło samodzielnie porozmawiać ze specjalistą. Warto przypomnieć zatem treść art. 95 § 4 krio, w którym ustawodawca podkreślił, że „rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia”. Cytowana tutaj kodeksowa zasada nie odnosi się do konkretnego wieku, ale do praktycznych oraz intelektualnych i emocjonalnych zdolności dziecka. To właśnie wskazany tutaj przepis pozwala uznać, że dziecko świadome swoich praw może je artykułować, a obowiązkiem nie tylko rodziców, ale także badającego osobę małoletnią lekarza, jest ich respektowanie. Postawienie trafnej i profesjonalnej diagnozy psychiatrycznej bez osobistej rozmowy z dzieckiem, także rozmowy bez obecności innych osób jest często niemożliwe.

Wnioski i wyzwania

Przedstawione uwagi i refleksje dotyczące obecności dziecka w trakcie badania psychiatrycznego powinny skończyć się podsumowaniem. Dla jasności przekazu zostanie on przedstawiony w postaci punktów, które pozwolą także na sformułowanie ważnych wniosków *pro futuro*:

- Polskie prawo jasno zwraca uwagę na prawa i obowiązki rodziców. Jednocześnie na zasadzie kaskadowej wprowadza możliwość współdecydowania przez dzieci o ważnych dla nich kwestiach, w tym tych dotyczących sfery zdrowotnej ich życia. Konieczne jest, by zaznaczyć, że te obszary omawianej tu relacji rodzinnej

opierają się na dwóch konstytucyjnie ulokowanych zasadach – władzy rodzicielskiej i szacunku dla praw dziecka. Tym samym ani władza rodziców nie ma charakteru absolutnego, ani możliwość działania dzieci nie może mieć tutaj postaci w pełni samodzielnej. Dokładna analiza przepisów prawa zarówno rodzinnego, jak i medycznego skłania do zwrócenia uwagi, że w trakcie podejmowania decyzji dotyczącej badania, jakie przeprowadza lekarz psychiatra, konieczne jest swoiste porozumienie. Bazując jedynie na treści polskich przepisów prawa, rodzic może być obecny we wszystkich działaniach medycznych dotyczących jego dziecka pod warunkiem, że nie narusza to godności ani praw innych pacjentów oraz nie stwarza zagrożenia epidemiologicznego (por. art. 5 upp). Tak kategoryczne stwierdzenie oddaje jedynie obraz, jaki kreślą przepisy o charakterze formalnym (prawo pozytywne). Ich wyłączne zastosowanie może prowadzić do paradoksu, w którym to w imię ochrony praw dziecka za pomocą władzy rodzicielskiej dochodzimy do stanu naruszenia dziecięcych uprawnień. Owszem, prawa małoletniego pacjenta pozwalają mu w większości przypadków na współdecydowanie, dopiero gdy skończy lat 16. Jako pacjent dziecko ma jednak pełne prawo do poszanowania jego godności i intymności. W trakcie badania psychiatrycznego dochodzi jeszcze jeden element wyrażony w treści art. 12 uozp, w którym wskazano na konieczność działania w sposób jak najmniej uciążliwy dla pacjenta, w tym także pacjenta małoletniego. Tym samym to, że dziecko pozostaje samo w trakcie badania przez lekarza psychiatrę, wydaje się w pełni uzasadnione. Modelowa byłaby sytuacja, w której na podobną okoliczność rodzic byłby przygotowany w postaci np. wcześniejszych uzgodnień. Z kolei po stronie mamy i taty leży obowiązek przygotowania dziecka do podobnego badania. Forma współdziałania w omawianych sytuacjach z całą pewnością jest uzależniona zarówno od wieku dziecka, jak i jego rozwoju. Szczególnie ważne wydaje się, by transparentność działań i decyzji dotyczyła znajdujących się w kryzysie psychicznym nastolatków. W piśmiennictwie można się spotkać z poglądem wskazującym, że:

W sytuacjach medycznych nastolatki potrzebują otwartości na dialog, akceptacji i poczucia, że pracownik medyczny stoi po ich stronie. Są bardzo wyczułone na manipulację i łatwo utracić ich zaufanie. Często wolą rozmawiać z lekarzami sam na sam, bez obecności rodzica. Należy pamiętać, że dzieci po ukończeniu 16. roku życia mają prawo do podejmowania (wraz z rodzicami/opiekunami) decyzji dotyczących własnego zdrowia. (Kubicka-Kraszyńska i Krawczak, 2023, s. 8)

- Badanie psychiatryczne w sytuacji zaburzeń psychicznych u dziecka nie dotyczy tylko jego osoby. Współcześnie powszechnie wskazuje się na konieczność

spojrzenia na określone problemy psychiczne młodych osób jako efekt wadliwego sposobu funkcjonowania systemu rodzinnego, w którym ono funkcjonuje. Lekarz psychiatra podejmuje interwencje na podstawie posiadanej wiedzy medycznej. Jednocześnie ocena stanu zdrowia i określonych objawów świadczących np. o zaburzeniu musi wiązać się z oceną sytuacji społecznych, w jakich znajduje się dziecko. Dlatego tak ważne jest holistyczne spojrzenie na omawianą sytuację. Warto jednocześnie zaznaczyć, że są w medycynie chwile, w których dziecko pozostaje samo w gabinecie lekarskim. Doskonałym przykładem będzie tu badanie ginekologiczne 17-letniej kobiety. Praktycy zaznaczają, że sytuacja ta wygląda różnie w zależności od gabinetu lekarskiego – dziecko jest badane w obecności mamy lub innej dorosłej kobiety bądź opiekun prawny wyraża zgodę na badanie i wychodzi z gabinetu. Niedopuszczalna byłaby natomiast obecność w gabinecie ojca nastolatki podczas jej badania ginekologicznego. Chociaż formalnie można uznać, że taka możliwość istnieje (Sochacki-Wójcicka, 2019). Wskazany przykład doskonale oddaje istotę wyzwań, przed jakimi stoją lekarze. W sposób niekwestionowany rodzice mają pełne prawo do uczestniczenia w obszarach życia dziecka, które dotyczą jego życia i zdrowia. Są jednak takie sfery, które pozostają w przestrzeni prywatnej młodej osoby. W gabinecie psychiatry, podobnie jak u ginekologa, dziecko ma prawo do przedstawienia tych elementów, które stanowią dla niego problem i wyzwanie lub sprawiają ból, a których źródłem mogą być rodzice. Nie jest to forma generalizowania ani arbitralnego oskarżania rodziców, ale wskazanie, że proces wychowawczy młodej osoby wiąże się z różnymi etapami, w których także mogą pojawić się błędy w działaniu mające swoje przełożenie na psychospołeczne funkcjonowanie dziecka.

- Samodzielne poddanie się dziecka badaniu przez psychiatrę wiąże się z uznaniem, że mamy do czynienia z ważną dla dziecka sferą, która nie może być elementem działania *contra* rodzice. Wsparcie udzielone dziecku ściśle wiąże się ze współdziałaniem medyka z jego rodzicami. Wyjątkiem jest tutaj sytuacja, w której w trakcie badania wychodzi na jaw, że dziecko jest krzywdzone, w tym doznaje ze strony rodzica przemocy seksualnej. Może tutaj pojawić się konieczność natychmiastowej interwencji opartej w szczególności na art. 240 Kodeksu karnego. Jak słusznie w tym kontekście zaznaczają Kubicka-Kraszyńska i Krawczak:

Nie jest możliwe zbudowanie dobrej relacji z dzieckiem-pacjentem, jeśli personel medyczny źle traktuje rodzica/opiekuna tego dziecka. Wyjąwszy sytuacje, w których podejrzewasz rodzica/opiekuna o stosowanie przemocy, większość rodziców jest troskliwa i kocha swoje dzieci, nawet jeśli w rozmowie z personelem medycznym

prezentuje trudne zachowania. To ważne, aby okazać rodzicom/opiekunom szacunek i wysłuchać ich, ponieważ dzieci są czujnymi obserwatorami i przejmują emocje rodziców/opiekunów. (2023, s. 18)

- Wskazane przepisy nasuwają nam pytanie dotyczące tajemnicy zawodowej lekarza. To zagadnienie, które z całą pewnością wymagałoby dłuższej analizy. Tytułem podsumowania warto jednak wskazać, że poza w szczególności wymienionymi dwoma przepisami lekarz jest zobligowany do zachowania sekretu terapeutycznego. Z całą pewnością rodzice mają istotne prawo do wkroczenia w przestrzeń informacji, które dotyczą zdrowia ich dziecka. Tutaj także pojawia się ważna, praktyczna przestrzeń. Zachowanie przez lekarza tajemnicy dotyczącej niektórych elementów pojawiających się w trakcie badania może być uzasadnione, ale pod pewnymi warunkami. Po pierwsze rodzic powinien być o tym uprzedzony, bazując na wyjaśnieniu dotyczącym konieczności nawiązania relacji terapeutycznej. Po drugie informacje te nie mogą dotyczyć bezpieczeństwa dziecka (istnienia sytuacji zagrożenia), o czym z kolei powiadomione powinno być dziecko. Po trzecie – w końcu – efekt badania winien być, jak wskazano wcześniej omówiony z wszystkimi uczestnikami badań. Na koniec warto zauważyć, że w polskim społeczeństwie od trudnego do oceny czasu istnieje niepodważalna instytucja tajemnicy spowiedzi. Powszechnie wiadomo, że ma ona charakter absolutny, który nigdy nie podlega naruszeniu. Nie było dotąd i nadal nie ma poważnych dyskusji społeczno-naukowych, które np. postulowałyby wkroczenie rodzica w przestrzeń konfesyjnego sekretu ich dziecka, choć – co ważne – pojawiają się fachowe publikacje, w których spowiednicy są instruowani, jak postępować w sytuacji podejrzenia doświadczenia przez dziecko przemocy (Liszewski i Matuszewski, 2021). Tajemnica w uożp została skonstruowana w sposób niezwykle silny. Lekarz psychiatra nie może być przesłuchiwany np. na okoliczność przyznania się pacjenta do czynu zabronionego. Być może doszliśmy do etapu, w którym właśnie tajemnica psychiatryczna, psychoterapeutyczna i psychologiczna dotycząca dzieci i młodzieży winna spotkać się z dokładniejszym ukształtowaniem przez ustawodawcę, który uwzględni złożoność sytuacji i specyfikę relacji istniejących w trakcie badania psychiatrycznego oraz podczas psychoterapii dziecka.

E-mail autora: bkmieciak@o2.pl.

Bibliografia

- Canfield, R. K. (2013). *Siedem sekretów efektywnych ojców*. Fundacja im. św. Cyryla i Metodego (Tato.Net).
- Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. (2019). Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży. https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/038-Psychoterapia_dzieci_i_mlodziemy-podstawowy-Warianty-2019.pdf
- Gałecki, P. (2022). *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznanie według ICD-11*. Edra Urban & Partner.
- Golus, A. (2023). *Dajemy dzieciom siłę. Droga Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę do dzieciństwa bez przemocy*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Góralczyk, K. (2018). Stosowanie przepisów dotyczących wyrażenia zgody zastępczej na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi – wyniki badań. W: B. Kmiecik (red.), *Prawo i medycyna w obliczu wyzwań i dylematów* (s. 317–341). Wydawnictwo Think & Make.
- Grzegorzewska, I. (2016). Rodzinne uwarunkowania problemów i zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży. *Psychologiczne Zeszyty Naukowe*, 2, 87–98.
- Jak przebiega badanie w naszej Poradni?* (2015). Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 8 w Poznaniu. https://www.ppp8-poznan.pl/att/joasiamoder_diagnoza_psych_ped.pdf
- Jak przygotować dziecko na badanie w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.* (2017). Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Kępnie. https://www.zs.baranow.pl/files/jak_przygotowac_dziecko_do_badan_w_PPP.pdf
- Katana, K., Krawczak, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Sotomska, A. (2023). *Standardy ochrony dzieci w placówkach medycznych*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Kompleksowe badanie psychiatryczne.* (2006). AACAP Home. https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/facts_for_families/polish/Kompleksowe_Badanie_Psychiatryczne.pdf
- Krakowiak, D. (2023). Komentarz do art. 21. W: P. Drebnkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński (red. nauk.), *Ochrona zdrowia psychicznego Komentarz* (s. 544–553). Wolters Kluwer.
- Kurpas, D., Miturska, H. (2009). Podstawy psychopatologii i syndromologii ogólnej. W: D. Kurpas, H. Miturska, M. Kaczmarek (red.), *Podstawy psychiatrii dla studentów pielęgniarstwa* (s. 49–126). Continuo.
- Liszewski, T., Matuszewski, K. (2021). *Spowiednik wobec dramatu wykorzystania seksualnego*. Wydawnictwo WAM.

- Ministerstwo Zdrowia. (2024). Sprawozdanie z działalności Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dzieci i młodzieży za lata 2019–2023.
- Połomska, M. (2020). *Dobra emocja. Psychoterapia dzieci i młodzieży. Kontrakt terapeutyczny*. <https://dobraemocja.pl/kontrakt-terapeutyczny.pdf>
- Pomoc dla Ciebie – ED*. (2017). Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Słupsku. <https://ppp.slupsk.pl/aktualnosci/pdf/Pomoc-dla-Ciebie-ED-1.pdf>
- Psychiatra dziecięcy*. (2021, 17 stycznia). Psychologia Dziecka. <https://psychologia-dziecka.org/psychiatra-dzieciocy/>
- PsychoMedic.Online. (2021, 7 września). *Pierwsza wizyta u psychiatry, psychologa dziecięcego | Poradnik Rodzica*. Psychomedic.OnLine. <https://psychomedic.online/pierwsza-wizyta-u-psychiatry-i-psychologa-dzieciiecego/>
- Redakcja erodzina.com. (2024, 26 sierpnia). *Co warto wiedzieć przed wizytą u psychiatry dziecięcego*. erodzina.com. <https://www.erodzina.com/co-warto-wiedziec-przed-wizyta-u-psychiatry-dzieciiecego/>
- Redakcja. (2024a, 23 kwietnia). *Kiedy pójść Z dzieckiem do psychiatry? Małe charaktery – Psychologiczny magazyn dla dzieci w wieku 5–11 lat*. <https://www.malecharaktery.pl/arttykul/kiedy-pojsc-z-dzieckiem-do-psychiatry>
- Redakcja. (2024b, 23 kwietnia). *Jak wygląda pierwsza wizyta u psychiatry dziecięcego? Charaktery – magazyn psychologiczny*. <https://charaktery.eu/arttykul/jak-wyglada-pierwsza-wizyta-u-psychiatry-dzieciiecego>
- Sochacki-Wójcicka, N. (2019, 13 lutego). *Nastolatka u ginekologa – czy może pójść sama na wizytę? Mamaginekolog*. <https://mamaginekolog.pl/kobieta/wizyta-ginekologiczna/czy-nastolatka-moze-isc-sama-do-ginekologa/>
- Szredzińska, R. (2022). *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 136–157). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Turzańska-Szacoń, B. (2023). *Komentarz do Preambuły*. W: P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tymiński (red. nauk.), *Ochrona zdrowia psychicznego Komentarz* (s. 72–76). Wolters Kluwer.
- Warchoń-Biedermann, K. (2023). *Pierwsze symptomy zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży*. Fundacja Nie Widać Po Mnie.

Psychiatric examination of minors: between the autonomy of the child and parental authority

The discussion on the protection of the mental health of children and adolescents has become a permanent part of the Polish social, political and scientific discussion. This is certainly a positive phenomenon. Statistics concerning, among others, suicide attempts and children, as well as alarming situations from – often overcrowded – psychiatric wards for young people, constantly remind us how important professional support for minors is. One of the key moments of such support is a psychiatric examination. It precedes not only the final diagnosis but is also the element that can later start the period of hospital treatment. However, how should such action be carried out? This is not about the methodology of the psychiatrist's work, which is obviously of key importance. We are talking rather about the practical context related to the “actors” of this examination. Can the child participate in it independently? After all, it is the child who is experiencing a specific difficulty or even crisis. Many people will probably consider it impossible for the visit to take place independently. After all, a child does not have full legal capacity. But how can this young person talk, for example, about painful conflicts with his parents, in the presence of his parents?

Polish law clearly draws attention to the areas of parental authority. One of its elements is certainly responsibility for the child's health. However, at certain moments, will it not be expressed, for example, by leaving a psychiatric examination?

Similar problems arise in clinical practice. The following text attempts to resolve similar dilemmas.

KEYWORDS

CHILDREN'S RIGHTS, PSYCHIATRIC LAW, MEDICAL EXAMINATION, PATIENT'S RIGHTS, PROFESSIONAL SECRECY

Cytowanie:

Kmiecik, B. (2024). Badanie psychiatryczne osób małoletnich – między autonomią dziecka a władzą rodzicielską. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 23(4), 148–166.



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



Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości