

Małgorzata Szeroczyńska

Odpowiedzialność karna psychoterapeuty w przypadku samobójstwa pacjenta¹

Streszczenie

Artykuł prezentuje kwestie ewentualnej odpowiedzialności karnej psychologa w przypadku samobójczej śmierci jego pacjenta. Analiza dotyczy zarówno zasad odpowiedzialności za nieudzielenie pomocy, jak i odpowiedzialności gwaranta za przestępstwa skutkowe z zaniechania, a także odpowiedzialności za „błąd w sztuce”. Największe wątpliwości w odniesieniu do możliwości pociągnięcia psychoterapeuty do jakiegokolwiek odpowiedzialności karnej wynikają z braku reguł ostrożności w wykonywaniu tego zawodu oraz braku możliwości obiektywnego przypisania skutku. Odrębną kwestią, która rozważana jest w artykule, są obowiązki psychoterapeuty wobec pacjenta ze skłonnościami samobójczymi, który nie chce poddać się terapii.

Wprowadzenie

Psycholog, jak każdy wykonujący zawód pomocowy, często spotyka się z ludźmi znajdującymi się w sytuacji kryzysowej. Jednym z problemów, z którym osoby zwracają się do psychologa, są myśli samobójcze, albo nawet nieudane próby samobójcze. Terapia psychologiczna wobec tych osób nie zawsze okazuje się skuteczna – część klientów dokonuje dalszych prób samobójczych, niestety niekiedy skutecznych. Pozostali w żałobie członkowie rodziny mogą wtedy mieć żal w odniesieniu do terapeuty, że nie był wystarczająco skuteczny, że nie zapobiegł samobójstwu ich bliskiego, że popełnił błąd w wyborze formy, częstotliwości lub podczas przebiegu terapii, że nie zrobił wystarczająco dużo i wystarczająco dobrze, aby temu samobójstwu zapobiec, a może – co gorsza – że do niego doprowadził.

Współcześnie obserwujemy coraz powszechniejsze zjawisko wyrażania żalu przez rodziny pozostałe w żałobie po nienaturalnej i gwałtownej śmierci swoich bliskich w sposób aktywny – poprzez wnoszenie oskarżeń do organów ścigania z żądaniem ukarania winnych owej śmierci, zarówno tych, którzy się do niej przyczynili w sposób czynny, jak i tych, którzy, choć do tego

¹ Stan prawny na dzień 1 sierpnia 2011 r.

zobowiązani, nie zapobiegli jej. Proces ten może nie objąć w Polsce jeszcze psychologów. Biorąc jednak pod uwagę rosnącą ilość postępowań przeciwko lekarzom o błędy w sztuce, a także patrząc na doświadczenia sądów amerykańskich, warto zastanowić się, czy według prawa polskiego pociągnięcie psychologa do odpowiedzialności karnej za śmierć samobójczą osoby objętej przez niego wsparciem lub terapią psychologiczną jest w ogóle możliwe, a jeśli tak, to jakie przesłanki muszą zostać spełnione.

Odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy osobie o skłonnościach samobójczych

Zgodnie z art. 162 § 1 kodeksu karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) każdy obowiązany jest udzielić pomocy osobie znajdującej się w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jeśli może tej pomocy udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na analogiczne niebezpieczeństwo. Nieistotne przy tym jest, co jest źródłem owego niebezpieczeństwa – siły przyrody, zachowanie innego człowieka, stan chorobowy czy nawet działanie autoagresywne. Wystarczy, że jesteśmy świadomi niebezpieczeństwa zagrażającego innej osobie – mamy wtedy obowiązek aktywnej pomocy. Jeśli tej pomocy nie udzielimy, narażamy się na odpowiedzialność karną. Nie wpływa przy tym na zakres tej odpowiedzialności fakt, czy nasza pomoc mogła okazać się skuteczna, ważne byłoby w ogóle podjęli jakieś działania zmierzające do jej udzielenia². Brak naszego działania nie stanowi przestępstwa jedynie w czterech wypadkach:

- 1) jeśli przez podjęcie działań pomocowych narazimy na niebezpieczeństwo swoje życie lub zdrowie albo życie lub zdrowie innej osoby (nie musimy ratować tonącego, jeśli sami nie umiemy pływać, ani wchodzić do płonącego budynku, jeśli nie jesteśmy strażakiem i nie mamy odpowiednich zabezpieczeń, ani porzucać ratowania jednej osoby dla ratowania innej),
- 2) gdy danej osobie niezbędny jest zabieg lekarski, a my nie mamy kompetencji ani warunków do jego wykonania (przy czym nie chodzi tu o proste czynności reanimacyjne, których może dokonać każdy, ale o zabiegi medyczne wymagające odpowiedniego sprzętu i wiedzy specjalistycznej),
- 3) gdy możliwa jest natychmiastowa pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (przy czym nasza pomoc powinna polegać w tym wypadku przynajmniej na wezwaniu owych instytucji, czyli np. zawiadomieniu pogotowia lub innych adekwatnych do zagrożenia służb pomocowych i zaczekania aż do ich przybycia),

² M. F i l a r, *Lekarskie prawo karne*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków, 2000, s. 68.

4) gdy osoba w niebezpieczeństwie wyraźnie nie życzy sobie naszej pomocy, a jej decyzja jest świadoma i swobodna, nie mamy więc do czynienia z osobą z zaburzeniami psychicznymi czy w szoku sytuacyjnym (nie musimy ratować „na siłę” świadomego, niepsychotycznego, trzeźwego, mającego zachowaną zdolność logicznego myślenia samobójcy, który odmawia przyjęcia naszej pomocy, choć oczywiście jeśli takiej pomocy wbrew jego zgodzie udzielimy, to także nie popełnimy żadnego przestępstwa, z wyjątkiem przypadku, gdy pomoc ta polega na przymusowym poddaniu go zabiegom medycznym, co narusza art. 192 k.k.)³.

Odnosząc powyższe regulacje prawne do sytuacji zawodowej psychologa, zastanowić się należy, czy może on odmówić profesjonalnego wsparcia osobie mającej skłonności samobójcze, która zwróci się do niego o taką pomoc. Odpowiedź na to pytanie jest dużo prostsza, jeśli chodzi o przedstawicieli innego zawodu pomocowego – o lekarzy, w tym także o lekarzy psychiatrów, którzy z pacjentami o skłonnościach samobójczych mają chyba nawet częściej do czynienia niż psychologowie kliniczni. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) w art. 30 stanowi bowiem, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Z kolei art. 38 i 39 tej samej ustawy regulują kwestię dozwolonego odstąpienia lekarza od leczenia. Zgodnie z art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może odstąpić od leczenia z jakiegokolwiek powodu, a nawet bez powodu, chyba że wykonuje zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, wtedy jego decyzja o niepodjęciu terapii albo odstąpieniu od niej musi być podyktowana ważnymi powodami, przy czym ustawa ich nie definiuje. Z kolei art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pozwala lekarzowi nie wykonywać świadczeń sprzecznych z jego sumieniem. W obydwu wypadkach ustawa wprowadza jednak dwa identyczne warunki. Jeśli lekarz podejmuje decyzję o nieleczeniu danego pacjenta, jest obowiązany wskazać mu realne możliwości uzyskania danego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Ponadto – a właściwie przede wszystkim – ustawa zabrania skorzystania z tych uprawnień w sytuacji nagłej, kiedy lekarza obejmuje obowiązek wynikający z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Z powyższych regulacji jednoznacznie wynika, że lekarz, w tym także lekarz psychiatra, bez narażenia się na odpowiedzialność karną nie może w żadnych okolicznościach (nawet jeśli w danej chwili nie wykonuje swojego zawodu, bo jest po godzinach pracy i poza zakładem opieki

³ *Ibidem*, s. 66–67.

zdrowotnej⁴) odmówić pomocy lekarskiej osobie w stanie niebezpieczeństwa, także jeśli wynika on z próby samobójczej czy deklarowanych zamiarów samobójczych (oczywiście pod warunkiem, że nie zaistniała jedna z czterech powyżej wspomnianych sytuacji wyłączających przestępność nieudzielenia pomocy).

W odniesieniu do psychologa takiej jednoznacznej odpowiedzi nie daje formalnie obowiązująca, choć do tej pory niewykonywana z braku samorządu psychologów, ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów z dnia 8 czerwca 2001 r. (Dz. U. Nr 73, poz. 763 z późn. zm.). Ustawa ta ani nie zawiera zobowiązania psychologa do działania w sytuacjach niebezpiecznych porównywalnego do art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ani nie wymienia okoliczności, kiedy i przy zachowaniu jakich warunków może on odstąpić od świadczenia usług psychologicznych, na wzór art. 38 i art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Warto mieć jednak świadomość, że dla istnienia obowiązku udzielania pomocy osobom znajdującym się w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia albo zdrowia nie potrzeba innej szczególnej podstawy prawnej, sam art. 162 § 1 k.k. jest tutaj wystarczający. Tak więc psychologowi, który ma świadomość, że danej osobie grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo popełnienia samobójstwa, a mimo to nie podejmie żadnych nieryzykownych dla siebie działań zmierzających do zapobieżenia temu skutkowi (przynajmniej nie wezwie innych służb pomocowych), może zostać przedstawiony zarzut nieudzielenia pomocy osobie w niebezpieczeństwie i grozić sankcja z art. 162 § 1 k.k.

Konkluzja powyższa jest dość oczywista w sytuacji, gdy do psychologa przyjdzie klient i przyłoży sobie broń do skroni, a ten zamknie mu drzwi przed nosem, albo gdy zatelefonuje do niego człowiek i powie: „Stoję na parapacie dziesiątego piętra i zaraz skoczę, proszę mi pomóc”, a psycholog odłoży słuchawkę i zajmie się własnymi sprawami. Takie zdarzenia mają jednak miejsce dość rzadko i naturalnie wywołują w każdym, nie tylko w psychologach i lekarzach, odruch działania nakierowany na powstrzymanie samobójcy. Dużo częściej psychoterapeuci mają do czynienia z sytuacją, że zgłasza się do nich osoba, chcąc podjąć terapię z powodu doświadczenia próby samobójczej i trwających wciąż skłonności samobójczych. Czy psycholog musi każdą taką osobę objąć swoją pomocą zawodową, aby nie narazić się na odpowiedzialność z art. 162 § 1 k.k.?

Przestępstwo z art. 162 k.k. ma tylko formę umyślną. Tak więc, aby ponieść odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy osobie w stanie bezpośredniego niebezpieczeństwa, psychoterapeuta musi mieć świadomość ist-

⁴ Fakt, czy odmówi takiej pomocy w ramach wykonywanych obowiązków zawodowych, czy w tzw. czasie wolnym, będzie miał wpływ jedynie na surowość tej odpowiedzialności, gdyż nastąpi ona na podstawie innych przepisów k.k.

nienia owego stanu zagrożenia. Równocześnie musi nie chcieć tego zagrożenia usunąć, a przynajmniej godzić się na to, że jego beczynność spowoduje, iż stan ten nie zniknie. Oznacza to, że psychoterapeuta rozpoznał bezpośredni stan zagrożenia i mimo to odmówił podjęcia jakichkolwiek działań, choć wiedział, że mogłyby one potencjalnie przynieść pożądany skutek i usunąć zagrożenie próbą samobójczą⁵.

Tutaj w praktyce następuje problem. W jaki bowiem sposób rozpoznać, czy dana osoba zgłaszająca skłonności samobójcze ma faktycznie zamiar i to w najbliższym czasie odebrać sobie życie? Dla zaistnienia przestępstwa nieodzowne jest natomiast stwierdzenie, że niebezpieczeństwo takie istniało i to realnie, co więcej miało charakter bezpośredni, a więc bardzo bliski w czasie, psychoterapeuta zaś prawidłowo rozpoznał charakter tego niebezpieczeństwa i jego wagę. M. Filar definiuje położenie grożące bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu jako taki stan rzeczy, w którym przy założeniu normalnego i typowego przebiegu przyczynowości, danej osobie w najbliższym czasie, tj. na następnym etapie tak właśnie rozumianej przyczynowości, realnie zagraża wystąpienie jednego z powyższych skutków⁶. Jednak wiedza psychologiczna i doświadczenie terapeutyczne mogą często prowadzić do wniosku, że osoby zgłaszające myśli samobójcze, w szczególności aktywnie poszukujące pomocy psychoterapeutycznej, wcale nie należą do grupy ryzyka, która natychmiast po odmowie udzielenia im wsparcia, czy wręcz w wyniku tej odmowy, podejmuje próbę samobójczą.

Wniosek praktyczny z powyższych rozważań nasuwa się taki, że jeśli brak dodatkowych przesłanek sytuacyjnych, które w sposób ewidentny informowałyby psychoterapeutę, że osoba zgłaszająca się do niego jest faktycznie natychmiast skłonna do odebrania sobie życia, to nie jest on zobowiązany w każdym przypadku obejmować takiego klienta opieką psychologiczną⁷. Jeśli bowiem założy w dobrej wierze, że brak bezpośredniego ryzyka zaistnienia realnego niebezpieczeństwa dla tej osoby, odmowa psychologa nie będzie stanowić naruszenia art. 162 § 1 k.k., nawet jeśli w rzeczywi-

⁵ M. Filar, *Lekarskie prawo...*, *op. cit.*, s. 52; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wydawnictwo „Oficyna”, Warszawa, 2009, s. 159–160.

⁶ M. Filar, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, *Prawo i Medycyna* 1999, nr 3, s. 37.

⁷ Oczywiście dla bezpieczeństwa osób poszukujących pomocy psychoterapeutycznej warto by wprowadzić do ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów przepisy analogiczne do art. 30, art. 38 i art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tak aby stało się oczywiste, że psychoterapeuta nie może odmówić leczenia w sytuacjach niebezpiecznych dla osoby poszukującej wsparcia, a ponadto we wszystkich innych przypadkach, gdy sam nie chce podjąć się terapii – aby był zobowiązany do wskazania innego, kompetentnego psychologa, który danego świadczenia udzieli.

stości okaże się, że się pomylił i faktycznie do próby samobójczej doszło, odpowiedzialność za nieudzielenie pomocy nie jest bowiem odpowiedzialnością za skutek. Inaczej będzie wyglądać sytuacja, jeśli w wyniku zaniechania działania psychoterapeuty samobójstwa dokona osoba już będąca jego klientem.

Odpowiedzialność za zaniechanie w czasie trwania psychoterapii osoby o skłonnościach samobójczych

Zgodnie z art. 2 k.k. osoba, na której ciąży prawny, szczególny obowiązek zapobieżenia negatywnemu skutkowi, odpowiada karnie w przypadku wystąpienia tego skutku, nie tylko gdy doprowadziła do niego swoim działaniem, ale także gdy zaniechała działania, mogącego temu skutkowi zapobiec. Osobę taką w języku prawa karnego nazywamy gwarantem. Gwarant, jak sama nazwa wskazuje, bierze na siebie odpowiedzialność dołożenia należytej staranności, żeby osoba lub rzecz, którą ma się opiekować, nie poniosła uszczerbku. Jeśli jednak ów uszczerbek wystąpi z powodu braku jego działania, to ponosi on odpowiedzialność karną nie za nieudzielenie pomocy z art. 162 § 1 k.k., ale za wystąpienie konkretnego skutku (np. śmierci czy ciężkiego rozstroju zdrowia na podstawie adekwatnego przepisu k.k.).

Kodeks karny nakłada odpowiedzialność za przestępstwa skutkowe z zaniechania tylko w wypadku istnienia prawnego i szczególnego obowiązku podjęcia działania. Dana osoba musi mieć więc wobec innych osób szczególne obowiązki i to określone w sposób bardzo konkretny. Przykładowo, powszechnie uznaje się, że w odniesieniu do lekarzy nie stanowi podstawy takiego szczególnego obowiązku sam art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ale niezbędny jest jeszcze dodatkowy element zobowiązujący, aby lekarz mógł zostać uznany za gwaranta wobec konkretnego pacjenta⁸. Owa odpowiedzialność gwaranta może wynikać z:

- ustawy – np. rodzice są gwarantami życia i zdrowia swojego dziecka, czyli będą ponosić odpowiedzialność karną za skutek także, jeśli dziecku stała się krzywda, ponieważ oni nie przedsięwzięli jakichś czynności wobec dziecka, do których byli zobowiązani (nie karmili, nie pilnowali przy niebezpiecznej zabawie, nie ubrali przed wyjściem na mróz itp. i z tego powodu dziecko np. straciło życie);
- wykonywanego zawodu w godzinach pracy – np. nauczyciel wobec dzieci w jego szkole (odpowiadać będzie m.in. za zdarzenia krzywdzące dziecko w czasie lekcji, gdy nie był obecny); lekarz wobec pacjentów w szpitalu czy przychodni, gdzie pracuje (poniesie odpowiedzialność za śmierć

⁸ M. Filar, *Lekarskie prawo...*, *op. cit.*, s. 46–47.

pacjenta, jeśli nie udzieli mu świadczenia ratującego życie); ratownik pogotowia wobec pacjenta, do którego został wezwany (zostanie ukarany za spowodowanie zgonu, gdy nie odpowie na wezwanie, w wyniku czego pacjent umrze); strażak wobec ofiar pożaru (jeśli mimo posiadanych zabezpieczeń nie wejdzie do płonącego budynku i ktoś umrze w płomieniach, odpowiada za jego śmierć), itp.,

- umowy – np. opiekunka do dziecka zobowiązuje się zaopiekować dzieckiem na czas nieobecności rodziców, przejmując na siebie dokładnie takie same obowiązki wobec dziecka, jakie ciążyą na rodzicach; lekarz w ramach praktyki prywatnej staje się gwarantem życia i zdrowia pacjenta, który się do niego zgłosi (a więc którego obejmie opieką lekarską w ramach umowy, choćby ustnej, zawartej z tym pacjentem).

Pytanie, jakie się wobec powyższych rozważań rodzi w odniesieniu do psychoterapeuty, brzmi, czy on również staje się w wyniku umowy lub w ramach wykonywanego zawodu gwarantem życia i zdrowia swoich klientów. Odpowiedź na to pytanie powinna chyba być pozytywna. Co prawda, umowa między klientem a psychologiem jest umową należytej staranności, a nie rezultatu, a więc psycholog zobowiązuje się zrobić wszystko, co w jego mocy, by pomóc klientowi, ale nie obiecuje mu, że taki pozytywny skutek wystąpi. Jednakże dokładnie tak samo skonstruowany jest obowiązek lekarza i to zarówno wynikający z umowy z pacjentem, jak i z faktu wykonywania obowiązków zawodowych. Lekarz nie gwarantuje pacjentowi nigdy wyleczenia, ale że podejmie wszystkie dostępne mu czynności prowadzące do poprawy jego stanu zdrowia. Jeśli mimo to pacjent nie wyzdrowieje, a nawet jeśli umrze, ale z powodu postępu choroby, której z medycznego punktu widzenia nie można było powstrzymać, a nie z powodu niewłaściwej terapii, to lekarz odpowiedzialności nie ponosi. Natomiast jeśli pacjent umrze, bo lekarz, który się nim opiekował, nie podjął dostępnych mu działań, które mogły tej śmierci zapobiec, a które były wskazane z medycznego punktu widzenia (a więc których podjęcie było obowiązkiem zawodowym lekarza), jak najbardziej poniesie odpowiedzialność karną za spowodowanie zgonu przez zaniechanie. Wydaje się więc, że pod tym względem sytuacja psychologa w odniesieniu do jego klienta nie różni się od sytuacji lekarza wobec pacjenta.

W praktyce jednak dużo trudniej będzie obiektywnie przypisać psychologowi skutek jego zaniechania. Sam fakt bowiem bycia gwarantem niewystąpienia jakiegoś skutku nie wystarcza, aby zostać pociągniętym do odpowiedzialności karnej, gdy ów skutek jednak nastąpi. Należy bowiem udowodnić, iż gdyby psychoterapeuta nie odmówił w danym momencie udzielenia świadczenia swojemu klientowi, to ten nie dopuściłby się próby samobójczej. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2008 r. (sygn. IV KK 381/07) przy przestępstwach skutkowych z zaniechania należy ustalić, czy istnieje pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację

ciążącego na gwarancie obowiązku, które zapobiegłoby wystąpieniu skutku stanowiącego znamię przestępstwa (śmierci, uszczerbku na zdrowiu czy narażenia na niebezpieczeństwo tych zdarzeń). Jeśli jednak żadne działanie i tak nie zapobiegłoby wystąpieniu negatywnego skutku, albo dane działanie nie było nakazane obowiązującymi go regułami ostrożności, to nie można nakładać na gwaranta odpowiedzialności za przestępstwo skutkowe z zaniechania⁹. Tego typu argumentację prezentuje m.in. A. Zoll, wskazując, że jeśli gwarant nie ma do dyspozycji środków, które są w stanie uratować życia lub zdrowie ludzkie, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, jego obowiązek świadczenia usług, gdyż „norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie jako adresat normy wykonać”¹⁰. R. Kędziora wymienia cztery podstawowe elementy pozwalające na obiektywne przypisanie skutku w przypadku zaniechania:

- skutek nie powstałby bez nieostrożnego zaniechania,
- sprawcy można przypisać tylko typowe skutki jego zaniechania, a nie przypadkowe, których nie mógł przewidzieć,
- przestrzeganie wymaganej ostrożności zapobiegłoby skutkowi,
- skutek spowodowany był zachowaniem odpowiadającym funkcji ochronnej normy prawnej – przypisane mogą być bowiem tylko te skutki, przed którymi chroni norma prawna, spowodowany więc skutek musi urzeczywistniać to niebezpieczeństwo, przed którym miały zapobiec niezachowane przez sprawcę reguły ostrożności¹¹.

O ile w medycynie dość łatwo jest ocenić zarówno obowiązek podjęcia danych działań leczniczych, jak i ich skuteczność, o tyle weryfikacja dostępności, a tym bardziej skuteczności, metod terapeutycznych w psychoterapii pozostaje raczej domeną „wróżenia z fusów” niż wiedzy ścisłej. Współczesna medycyna opiera się przede wszystkim na dostępnych dowodach naukowych dotyczących skuteczności, efektywności i bezpieczeństwa danych procedur medycznych, dostarczonych zarówno przez wiarygodne badania kliniczne (skuteczność i bezpieczeństwo), jak i badania obserwacyjne (efektywność i bezpieczeństwo). Stąd nazywa się ją wręcz medycyną opartą na dowodach (*evidence-based medicine*)¹². Lekarze praktycy i lekarze naukowcy przez wieki wypracowali weryfikowane naukowo standardy postępowania

⁹ T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski, J. Pawlikowski, M. Rawicz, E. Sawicka, M. Szeroczyńska, J. Szymkiewicz-Dangel, J. Świetliński, M. Wichrowski, Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie dzieci. Wytyczne dla lekarzy, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011, s. 70.

¹⁰ A. Zoll, Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, s. 33.

¹¹ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 180–183.

¹² P. Gajewski, R. Jaeschke, J. Mrukowicz, Evidence Based Medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską. Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine, *Medycyna Praktyczna* 2003, nr 3, s. 31–34.

przy danych jednostkach chorobowych. Standardy te znane są obecnie wszystkim studentom medycyny, a tym samym są jednakowo wymagane od wszystkich lekarzy i to niezależnie od ich specjalizacji¹³. Można więc dość łatwo wykazać, że brak danej obowiązkowej czynności leczniczej spowodował dany skutek lub przynajmniej zwiększył ryzyko jego wystąpienia, a więc naraził pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, co już stanowi przestępstwo zgodnie z art. 160 k.k.

W psychologii takich standardów diagnozy i terapii brak. Nie chodzi tu zresztą tylko o wskazania metod terapii właściwych dla poszczególnych zaburzeń, ale także o standardy formalne dotyczące czasu i częstotliwości spotykania się z klientem. Nie ma żadnych ogólnych, wspólnych dla wszystkich szkół psychoterapii, wskazań, jak często należy widywać się z klientem mającym skłonności samobójcze czy jak długo takie spotkanie powinno trwać. Wszystko wynika z indywidualnego kontraktu z danym klientem. W związku z powyższym nie można wymagać od psychologa, aby w każdym wypadku telefonu lub wizyty nieumówionego klienta, który niezwłocznie żąda spotkania, za każdym razem na takie spotkanie wyrażał zgodę, pod presją, że jeśli się nie zgodzi, to będzie odpowiadał za ewentualne samobójstwo tego klienta. Nie można żądać od niego, by kontynuował spotkanie w nieskończoność, bojąc się ewentualnych negatywnych skutków autoagresji klienta. Nie można zobowiązywać go do kontynuowania terapii każdego klienta, nawet gdy ten łamie warunki kontraktu, mimo świadomości, że może on zostać z tego powodu przez terapeutę zerwany. Brak sformułowania takich jednoznacznych i wspólnych dla wszystkich psychoterapeutów zasad prowadzenia terapii powoduje, że z punktu widzenia prawa karnego obecnie nie możemy mówić o zachowaniach, do których psychoterapeuta byłby prawnie zobowiązany.

Co prawda, ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów przewiduje stworzenie standardów stosowania psychoterapii przez psychologów wobec osób z chorobami i problemami zdrowotnymi określonymi w obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ogłaszanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), które mają zostać określone w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Psychologów (art. 4 ust. 4), jednakże do tej pory brak takiego rozporządzenia, a wobec niepowstania samorządu psychologów, a tym samym nieistnienia Krajowej Rady Psychologów, nie można się spodziewać w najbliższym czasie wydania takich standardów.

¹³ Po prostu, wiadomo każdemu lekarzowi, że jemu nie wolno wykonywać zabiegów właściwych innej specjalizacji, a jeśli już podejmie się wykonania takiego świadczenia medycznego, to obowiązują go właściwe dla niego standardy postępowania.

Nawet gdyby jednak owe standardy powstały, to mogłyby co prawda wskazywać, jakie działania psychoterapeutyczne powinny być stosowane przy danym zaburzeniu, nie dawałyby jednak gwarancji ich skuteczności, a więc nadal nie można by było zweryfikować, czy świadczenie, którego powinien być udzielić psycholog, byłoby w przypadku danego klienta skuteczne i zapobiegłoby jego próbie samobójczej. Psychoterapia pozostaje wciąż „sztuką” operującą na delikatnym materiale ludzkiej psychiki, motywacji, emocji, które bardzo często nie poddają się w sposób jednolity działaniom osoby trzeciej. Żaden biegły psycholog nie podejmie się jednoznacznej oceny, że dany samobójca nie targnąłby się na swoje życie, gdyby jego psychoterapeuta spotkał się z nim w danym momencie, przedłużył spotkanie o kolejną godzinę czy zamiast psychoterapii grupowej zaproponował indywidualną. Brak jest bowiem narzędzi do naukowej, weryfikowalnej oceny, czy dana forma terapii jest w ogóle skuteczna, a tym bardziej – która z dostępnych metod psychoterapeutycznych jest w przypadku danego zaburzenia najskuteczniejsza, a więc zastosowanie której powinno być wskazane. Każda szkoła psychoterapii udzieli na to pytanie innej odpowiedzi, której poprawności nie da się statystycznie czy też w inny sposób zweryfikować. Konkluzją z tych rozważań musi być uznanie, iż przy braku możliwości udowodnienia, że gdyby psycholog nie dopuścił się zaniechania, ale podjął dostępne mu działanie alternatywne, klient by żył, nie można z pewnością przypisać psychologowi obiektywnej odpowiedzialności za samobójczy zgon klienta.

Kolejnym elementem, który należy udowodnić, dla zaistnienia odpowiedzialności karnej, jest kwestia winy. Trudno sobie oczywiście wyobrazić, żeby psycholog nie podejmował działań terapeutycznych, świadomy ryzyka dla życia pacjenta, chcąc, aby ten popełnił samobójstwo. Udowodnienie jednak umyślności nie jest niezbędne, gdyż wszystkie przestępstwa skutkowe przeciwko zdrowiu i życiu posiadają również formę nieumyślną. Odpowiedzialność karna zaistnieje także w przypadku lekkomyślności, gdy psycholog, uświadamiając sobie możliwość popełnienia czynu zabronionego, przypuszczał, iż negatywnego skutku swojego zaniechania uniknie, oraz niedbalstwa, gdy psycholog co prawda nie uświadamiał sobie takiej możliwości, ale powinien i mógł to zrobić¹⁴. Przenosząc te formy nieumyślności na grunt postępowania psychoterapeuty wobec osoby ze skłonnościami samobójczymi, należy wziąć pod uwagę dwa scenariusze:

- psychoterapeuta nie zdaje sobie sprawy z bezpośredniości niebezpieczeństwa samobójstwa i odwleka udzielenie adekwatnego świadczenia, sądząc, że będzie miał jeszcze na to czas (czyli np. nie był świadomy, że klient ma właśnie zamiar targnąć się na życie, bo ten nie wyraził swoich

¹⁴ E. Zielińska (red.), Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, Wydawnictwo ABC, Warszawa, 2008, s. 81–82.

zamiarów wprost, ale gdyby psycholog uważnie się zastanowił nad sytuacją, to takiego niebezpieczeństwa mógłby się domyślić ze sposobu zachowania klienta, jego tonu głosu itp.) – niedbalstwo;

- psychoterapeuta wprawdzie ma świadomość bezpośredniości niebezpieczeństwa samobójstwa, niemniej jednak albo nie uświadamia sobie jego rozmiarów i powagi, bagatelizując je, bądź mając świadomość ewentualności jego nastąpienia, nie sądzi, że ono faktycznie nastąpi (czyli np. odmówił spotkania z klientem, choć ten groził popełnieniem samobójstwa, ale sądził, że ponieważ robi to nie pierwszy raz, to pewnie i teraz nie podniesie na siebie ręki) – lekkomyślność¹⁵.

Przy nieumyślności jednak zawsze trzeba udowodnić, iż psycholog swoim zaniechaniem naruszył zasady staranności, do zachowania których w swoim postępowaniu zawodowym był zobowiązany¹⁶. Odpowiedzialność karna nie nastąpi więc, jeśli zasady ostrożności zostały zachowane, nawet gdy wystąpiły poważne skutki na zdrowiu lub życiu pacjenta¹⁷. Tutaj znowu powraca kwestia braku standardów wykonywania zawodu psychologa, bo właśnie takie standardy ustawodawca ma na myśli, posługując się pojęciem „reguły ostrożności”. Sama ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów nie wskazuje, do jakich reguł ostrożności przy wykonywaniu swojego zawodu ma się stosować psycholog. Rozdział 3 tej ustawy regulujący kwestie wykonywania zawodu zajmuje się bowiem jedynie obowiązkiem uzyskania zgody klienta na działania psychologiczne (art. 12), obowiązkiem informowania go odnośnie do planowanych i przeprowadzanych czynności, rozpoznań oraz wyników działań psychologicznych (art. 13), a także obowiązkiem zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych od klienta (art. 14). Poza tym reguluje kwestie doskonalenia zawodowego psychologów (art. 17), zdobywania tytułów zawodowych (art. 15), prowadzenie praktyki prywatnej (art. 18) i dysponowania narzędziami badawczymi (art. 19), a więc zagadnienia niezwiązane z zasadami pracy z klientem.

Co prawda, brak takich standardów w przepisach prawa jest raczej normą niż wyjątkiem, gdyż zasady ostrożności nie są normami prawnymi, ale prakseologicznymi¹⁸. Jeśli chodzi o zasady ostrożności obowiązujące w psychologii klinicznej, to wynikać one powinny z wiedzy psychologicznej, praktyki i doświadczenia zawodowego, a więc, najprościej mówiąc, być spisane w aktualnych podręcznikach psychologii i poradnikach prowadzenia psychoterapii¹⁹. Jednakże, jak już wspomniano, wobec wielości szkół psychotera-

¹⁵ M. Filar, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 44.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad ostrożności jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej, karnej i zawodowej lekarza*, *Prawo i Medycyna* 1999, nr 3, s. 49.

¹⁸ *Ibidem*, s. 51.

¹⁹ *Ibidem*, s. 52; R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 167.

peutycznych, brak jest jednolitych dla wszystkich reguł ostrożności, w podręcznikach psychologii brak bowiem „jedyną słuszną receptę” na postępowanie z danym przypadkiem klinicznym. Psychologia wciąż należy do tych dziedzin terapii, gdzie nie ma ściśle sformułowanych reguł diagnozy czy postępowania terapeutycznego, gdzie dopuszcza się wielość interpretacji i swobodne uznanie przy podejmowaniu decyzji, nawet pod wpływem intuicji, a tym samym praktyka nie określa w sposób jednoznaczny i obowiązujący dla wszystkich psychologów reguł ostrożności w postępowaniu psychoterapeutycznym²⁰. To też stanowić będzie w przyszłości podstawowy problem dla sformułowania w zapowiadającym rozporządzeniu standardów postępowania psychoterapeutycznego, gdyż, jak słusznie wskazują M. Boratyńska i P. Konieczniak, dobrze opracowane standardy postępowania terapeutycznych muszą odwzorowywać treść wypracowanych w praktyce i opartych o bieżącą wiedzę zasad ostrożności, nie mogą jej poziomu ani zaniżyć, ani podwyższać, ani tym bardziej sztucznie tych zasad tworzyć²¹.

Na podstawie powyższych rozważań narzuca się wniosek, że wobec niemożności udowodnienia, iż zaniechanie psychologa jest sprzeczne z regułami ostrożności, gdyż brak z jednej strony sformułowania takich reguł w obowiązujących przepisach, a z drugiej – brak ich wypracowania w jednolitej praktyce psychoterapeutów, nie można pociągnąć do odpowiedzialności za skutek w postaci samobójstwa psychologa, który zaniechał terapii swojego klienta, nawet wiedząc, iż ten znajduje się w sytuacji ryzyka podjęcia próby samobójczej. W takim wypadku możliwa pozostanie jedynie odpowiedzialność ze wspomnianego powyżej art. 162 § 1 k.k., pod warunkiem jednak udowodnienia umyślności owego zaniechania.

Paradoksalnie, z tych samych przyczyn równie trudne będzie pociągnięcie do odpowiedzialności karnej psychologa, którego klient popełnił samobójstwo, nie dlatego, że ten nie chciał objąć go terapią albo jej kontynuować, ale dlatego że popełnił błąd diagnostyczny i z tego powodu nie zastosował właściwej terapii, czy też przy dobrej diagnozie przeprowadził odpowiedni proces terapeutyczny, ale w sposób nieprawidłowy, co przyczyniło się do samobójstwa klienta.

„Błąd w sztuce” podczas psychoterapii osoby o skłonnościach samobójczych

Pojęcie „błąd w sztuce” zostało stworzone dla potrzeb odpowiedzialności lekarzy. Jak wynika wprost z art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza

²⁰ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Naruszenie zasad...*, *op. cit.*, s. 56–57.

²¹ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Wydawnictwo „Difin”, Warszawa, 2001, s. 168.

dentysty, lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Postępowanie sprzeczne z powyższymi wskazaniami jest zwane właśnie „błędem w sztuce lekarskiej”. Mimo iż niniejsze sformułowanie wydaje się odnosić do mało ścisłych zasad, to w rzeczywistości jest kategorią obiektywną, zależną od aktualnego stanu wiedzy medycznej, a nie od wieku, doświadczenia, samopoczucia czy umiejętności konkretnego lekarza. Tym samym „błąd w sztuce lekarskiej” powinien być rozumiany jako rozpoznanie lub leczenie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami ostrożności postępowania medycznego wynikającymi z wiedzy i doświadczenia zawodowego²². Innymi słowy, jak to ujął Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 10 grudnia 2001 r., sygn. V KK 33/02, ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej.

Żeby mówić o odpowiedzialności za „błąd w sztuce psychoterapeutycznej” należy odpowiedzieć na pytanie, czy do wykonywania zawodu psychologa można zastosować te same wymagania, co powyżej wskazane, odnoszące się do zawodu lekarza. W ustawie o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów nie znajdziemy przepisu adekwatnego do art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Czy oznacza to, że psycholog nie musi kierować się aktualną wiedzą psychologiczną, zasadami etyki i należytą starannością? Wydaje się, że takie założenie nie jest poprawne, o czym świadczy choćby art. 20 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, który wskazuje, iż psycholog może być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej za naruszenie m.in. obowiązków zawodowych i zasad etyki²³. Jeśli więc do obowiązków psychologa należy doskonalenie zawodowe, i za brak takiego dokształcania może być ukarany, to chyba należy interpretować, iż ma uaktualniać swoją wiedzę właśnie po to, aby stosować bieżące, a nie przestarzałe ustalenia naukowe w pracy z klientem. Tak więc wydaje się, iż mimo braku takiego stwierdzenia wprost, wymagania art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty można transponować na zawód psychologa, jako wymóg stosowania się do aktualnej wiedzy psychologicznej, zasad etycznych i zachowania należytej staranności w postępowaniu z klientem. Tym samym wydaje się, iż niezgod-

²² P. Daniluk, Błąd w sztuce lekarskiej – wybrane problemy, *Prawo i Medycyna* 2004, nr 4, s. 50; M. Filar, *Lekarskie prawo...*, *op. cit.*, s. 110.

²³ Pomińmy w rozważaniach fakt, że Kodeks Etyki Zawodowej, do którego odwołuje się ten przepis, wobec braku samorządu zawodowego, nie został do tej pory uchwalony.

ność postępowania psychoterapeuty z tymi wymogami, prowadzącą do nieprawidłowego rozpoznania zaburzenia u klienta i tym samym niepodjęcia żadnej terapii albo podjęcia terapii niewłaściwej, jak też prowadzącą do zastosowania – po poprawnej diagnozie – odpowiedniego postępowania terapeutycznego, ale przeprowadzenia go w sposób nieprawidłowy, można nazwać „błędem w sztuce psychoterapeutycznej” i zastosować te same zasady odpowiedzialności karnej za taki „błąd” co w wypadku lekarzy.

Odpowiedzialność karna lekarza za „błąd” jest odpowiedzialnością za skutek, który w wyniku tego błędu nastąpił, gdyż lekarz – jak już wspomniano – jest gwarantem życia i zdrowia pacjenta, którego leczenia się podjął. W zależności od momentu popełnienia „błędu” możemy mówić o:

- „błędzie diagnostycznym”, gdy źle jest postawiona diagnoza, czyli, błędnie nie rozpoznano stanu grożącego bezpośrednim niebezpieczeństwem, co prowadziło do niewdrożenia leczenia, albo rozpoznano błędnie inną jednostkę chorobową, co prowadziło do zastosowania nieodpowiedniej terapii,
- „błędzie terapeutycznym”, gdy przy poprawnej diagnozie terapia jest prowadzona w sposób nieprawidłowy.

Oczywiście w obu przypadkach lekarz – jako gwarant – będzie pociągnięty do odpowiedzialności za ujemne skutki dla życia i zdrowia pacjenta, które będą konsekwencją jego błędnego zaniechania albo błędnego działania²⁴.

Przenosząc owe kategorie „błędów” na grunt psychoterapii klienta o skłonnościach samobójczych rozważyć należy kilka scenariuszy.

Jeśli chodzi o „błąd diagnostyczny”, to można sobie wyobrazić, iż:

- psychoterapeuta nie rozpoznał u klienta skłonności samobójczych, ani żadnych innych zaburzeń i nie wdrożył żadnej terapii,
- psychoterapeuta rozpoznał u klienta jakieś nieistniejące zaburzenie, nie rozpoznał jednak skłonności samobójczych i wdrożył terapię potencjalnie właściwą ze względu na to nieistniejące zaburzenie (oczywiście właściwą, gdyby owe zaburzenia faktycznie istniały), ale nieskuteczną odnośnie do skłonności samobójczych lub wręcz paradoksalnie, skłonności te pogłębiającą.

Chcąc pociągnąć psychoterapeutę do odpowiedzialności za którąkolwiek z powyższych form „błędu diagnostycznego”, wracamy do wcześniej wskazanych trudności. Pierwsza to niemożność obiektywnego przypisania skutku takiemu błędnemu zaniechaniu psychologa wobec braku możliwości jednoznacznego wykazania istnienia skutecznego zachowania alternatywnego. Jak już wcześniej bowiem wspomniano, nie można naukowo udowodnić, iż gdyby psycholog postawił prawidłową diagnozę i zastosował prawidłową te-

²⁴ M. Filar, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 37–38; M. Filar, *Lekarskie prawo...*, *op. cit.*, s. 53–54.

rapię, zapobiegłby wystąpieniu negatywnego skutku w postaci samobójstwa. Druga to niemożność przypisania psychoterapeucie nieumyślności, czego przyczyną jest brak standardów procedury psychoterapeutycznej w zakresie diagnostyki, a więc brak reguł ostrożności, których zachowanie byłoby wymagane w postępowaniu diagnostycznym. Pomimo coraz większego warsztatu psychometrycznego, diagnostyka psychoterapeutyczna pozostaje wciąż raczej domeną sztuki niż nauki i to paradoksalnie do niej bardziej niż do medycyny właściwe byłoby określenie „błąd w sztuce”.

To właśnie przy „błędzie diagnostycznym” udowodnienie zawinienia jest najtrudniejsze, bardzo rzadko można bowiem mieć pewność co do słuszności decyzji, zwłaszcza odnośnie do prawidłowego rozpoznania zaburzeń psychicznych czy zaburzeń osobowości. W znacznej mierze opierać się trzeba na probabilistyce i wybierać najbardziej prawdopodobne rozpoznanie. Tylko w prostych przypadkach można mieć pewność, że diagnoza jest w pełni prawidłowa, oparta na wynikach badań i wiedzy. Często stawia się ją poprzez wykluczanie kolejno najbardziej prawdopodobnych z możliwych w danym przypadku rozpoznań, na co może nie wystarczyć czasu przed próbą samobójczą klienta²⁵. Także Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 stycznia 1974 r., sygn. III KR 311/73, stwierdził – odnosząc się *nota bene* do dużo ściślejszej w tym zakresie medycyny – iż omyłka w rozpoznaniu trudnego przypadku i wynikające z niej wadliwe leczenie, jeśli nie mieści w sobie rażącego błędu, nie jest błędem karygodnym, skutkującym karalnością.

Pomijając nawet kwestię nieistnienia reguł ostrożności w pracy psychoterapeuty, pamiętać trzeba, iż dla udowodnienia nieumyślności trzeba sprawcy wykazać istnienie nie tylko powinności, ale i zdolności faktycznej przewidzenia popełnienia czynu zabronionego²⁶. Natomiast w przypadku obiektywnej niemożności przewidzenia szkodliwych skutków nie ma odpowiedzialności karnej nawet za przestępstwo nieumyślne. Jak bowiem ustalić taką zdolność faktyczną, gdy w zawód psychoterapeuty wpisana jest niepewność diagnostyczna?

Kryterium oceny zachowania sprawcy stanowi stwierdzenie możliwości rozpoznania grożącego niebezpieczeństwa przez rozsądnego i kompetentnego człowieka znajdującego się w sytuacji sprawcy, będącego w stanie ocenić przebieg zaistniałych związków przyczynowych, posiadającego znajomość elementów stanu faktycznego, które są dostrzegalne dla uważnego obserwatora, oraz tych, które były dodatkowo znane działającemu, a które związane są z szerszym zasobem posiadanych przez niego wiadomości²⁷. Przyjmuje się tutaj model dobrego specjalisty – średni poziom wymagań reprezentowanych przez kompetentnego i sumiennego specjalisty znajdującego-

²⁵ R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 242–243.

²⁶ *Ibidem*, s. 189.

²⁷ *Ibidem*, s. 166.

go się w danej sytuacji²⁸. Jak jednak taki wzorzec stworzyć dla psychoterapeuty, jeśli w zależności od preferowanej szkoły psychoterapii będzie on stosował odmienne metody diagnostyczne, prowadzące często do innych wniosków i propozycji terapeutycznych? Oczywiście, nie ulega wątpliwości, że odpowiedzialność za złe rozpoznanie i błędne zaniechanie terapii albo wdrożenie terapii niewłaściwej poniesie osoba, która przystąpiła do diagnozy ze świadomością, iż nie posiada wiedzy niezbędnej w danym przypadku, bo nie jest do tego przygotowana zawodowo²⁹. Wydaje się jednak, że w żadnym innym przypadku „błąd diagnostyczny” psychoterapeuty skutkujący tak zaniechaniem terapii, jak i niewdrożeniem terapii właściwej, nie będzie skutkowało odpowiedzialnością karną. Tym bardziej, że jak już kilkakrotnie wspomniano, brak standardów terapeutycznych wspólnych dla wszystkich szkół psychoterapii prowadzi do niemożności wykazania, jaka terapia w danym wypadku byłaby terapią właściwą, a przyjmując należy, że dany psychoterapeuta działał ze świadomością swojej kompetencji zgodnie ze wskazaniami preferowanej szkoły, z przekonaniem o jej wyższej skuteczności niż w przypadku innych szkół psychoterapii.

Analogiczne problemy występują przy odpowiedzialności za „błąd terapeutyczny” psychoterapeuty, który w przypadku klienta ze skłonnościami samobójczymi mógłby dotyczyć, po prawidłowym rozpoznaniu takich skłonności i bezpośredniości niebezpieczeństwa podjęcia próby samobójczej:

- zastosowania nieskutecznej formy terapii, podczas gdy inna metoda terapeutyczna byłaby skuteczniejsza,
- zastosowania właściwej metody terapeutycznej, ale przeprowadzenia jej w sposób nieprawidłowy.

Tym razem mówimy o spowodowaniu negatywnych skutków nie przez zaniechanie, ale przez niewłaściwe działanie. Żeby można było komukolwiek zarzucić, iż podjęte przez niego działanie doprowadziło do popełnienia przestępstwa skutkowego, należy mu udowodnić:

- adekwatność związku przyczynowego między jego postępowaniem a skutkiem, który nastąpił, gdyż sprawcy mogą zostać przypisane jedynie takie następstwa, które nie wykraczają jednoznacznie poza granice typowych przebiegów przyczynowości zachodzących w danych przypadkach w oparciu o doświadczenie życiowe, a więc są przewidywalne,
- zachowanie nieostrożne, to jest takie, które narusza reguły postępowania w danej sytuacji, zabezpieczające chronione dobro prawne przed wystąpieniem skutku, który w wyniku ich naruszenia właśnie nastąpił,
- naruszenie dobra prawnego lub przynajmniej zwiększenie ryzyka takiego naruszenia (a przynajmniej narażenie na niebezpieczeństwo takiego na-

²⁸ *Ibidem*, s. 176.

²⁹ *Ibidem*, s. 189–190.

- ruszenia), a więc szkodę, oraz wskazanie, że podjęcie działania alternatywnego pozwoliłoby na uniknięcie (zmniejszenie) tej szkody,
- przewidzenie przez sprawcę wystąpienia danego skutku albo przynajmniej obiektywną możliwość jego przewidzenia³⁰.

Tym samym ponownie powracają powyżej już kilkakrotnie wspomniane problemy dotyczące kwestii winy nieumyślnej, a więc zasad ostrożności i przewidywalności wystąpienia skutku, oraz związku przyczynowego między działaniami psychoterapeuty a samobójstwem klienta. Żeby nie powtarzać identycznych, jak w powyżej zaprezentowanych przypadkach, trudności z wykazaniem psychologowi naruszenia reguł ostrożności, skupmy się tutaj na kwestii związku przyczynowego, który dla zaistnienia odpowiedzialności karnej musi być związkiem adekwatnym, a więc, statystycznie rzecz ujmując, przeciętnym i przewidywalnym dla psychoterapeuty.

W relacjach psychoterapeutycznych wykazanie istnienia takiego związku przyczynowego jest w zasadzie niemożliwe. Jak bowiem udowodnić, iż to właśnie działanie podjęte przez psychoterapeutę, zaproponowana klientowi forma terapii, nawiązane skojarzenie, wywołana wizualizacja, przypomniane wspomnienie czy też może nieadekwatne posłużenie się paradoksem było właśnie tym czynnikiem, który doprowadził do próby samobójczej? Psychoterapia jest pracą na ludzkich emocjach, postawach, lękach, często podświadomych, wynikających z wcześniejszych, także tych zapomnianych, a więc przynajmniej na początku niedostępnych także terapeutce, przeżyć. Nie da się przeprowadzić logicznie obiektywnego testu warunku *sine qua non*, który wykazałby, że bez zaistnienia zachowania psychologa – jego słowa, gestu, zastosowanej techniki – do owej próby samobójczej by nie doszło. Na poziomie „gdybania” pozostaje bowiem, jak klient by się zachował, gdyby dane zachowanie psychoterapeuty usunąć albo zmienić innym. Jeśli natomiast nie możemy udowodnić, że to właśnie działanie psychoterapeuty doprowadziło do samobójstwa klienta, nie można mu przypisać odpowiedzialności karnej za ten skutek, właśnie z braku związku przyczynowego.

Poza tym, jak już wskazano, ów związek przyczynowy musi być adekwatny, tak więc psychoterapeuta musi mieć świadomość, a przynajmniej z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuszczać, że dane jego zachowanie może wywołać właśnie taki skutek. Założyć należy, iż osoba, która zostaje psychoterapeutą, pragnie pomagać innym, a więc stosuje znane jej metody terapeutyczne w dobrej wierze wywołania pozytywnych skutków, a nie wręcz przeciwnie – w celu doprowadzania innych do targnięcia się na życie. Gdyby było powszechnie wiadomo, że skutkiem np. uświadomienia klientowi traumatycznych wspomnień z dzieciństwa jest z reguły jego próba samobójcza, żaden terapeuta nie zdecydowałby się na działanie w kierunku umożliwienia

³⁰ P. Daniluk, Błąd w sztuce..., *op. cit.*, s. 51; M. Filar, Lekarskie prawo..., *op. cit.*, s. 28.

klientowi dotarcia do takich wspomnień. Ponieważ jednak korelacja (nawet bez wskazania związku przyczyna–skutek) między takim działaniem a negatywnymi efektami w życiu klienta jest niska, nie można uznać takiego związku za adekwatny, a tym samym nie spełnia on wymogów stawianych ustalaniu odpowiedzialności karnej.

Także tę kwestię mogłoby rozwiązać wdrożenie standardów psychoterapeutycznych, odnoszących się do jakości terapii i wprowadzających zasady minimalne, jeśli chodzi o jakość tego typu usług. Ustanowienie tego typu standardów pozwoliłoby bowiem na weryfikację zachowań poszczególnych psychoterapeutów i jeśli w oczach biegłych nie zdaliby oni testu zgodności ze standardami, można by się było przynajmniej pokusić o pociągnięcie ich do odpowiedzialności karnej za narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo próby samobójczej z art. 160 k.k., uznając, iż gdyby zastosowali terapię zgodnie ze standardami, to z dużą dozą prawdopodobieństwa nie doszłoby do zwiększenia zagrożenia samobójstwem, nawet jeśli nie byłoby pewne, czy dałoby się takiej próbie samobójczej całkowicie zapobiec. Jednak w obecnym stanie prawnym nie podejrzewam, aby jakikolwiek biegły, który dla potrzeb sądu karnego miałby wydać w sposób pełny i pewny opinię w przedmiotowym zakresie, wskazał, że to właśnie zachowanie psychoterapeuty doprowadziło do samobójstwa klienta, albo przynajmniej jemu nie zapobiegło. Ekspertyza biegłego musi bowiem wykazać ocenę postępowania oskarżonego pod kątem należyłości w wypełnieniu obowiązków zawodowych, ustalać związek przyczynowy między jego postępowaniem a skutkiem (m.in. że podjęcie innego – wskazanego regułami ostrożności – działania prowadziłoby do niewystąpienia tego skutku) oraz oceniać przewidywalność tego skutku³¹, co jak powyżej wykazano, jest przy ocenie postępowania psychoterapeutycznego niemożliwe.

Na zakończenie przedmiotowych rozważań należy zastanowić się jeszcze nad jednym stanem faktycznym. Jakie są obowiązki psychoterapeuty wobec klienta, odnośnie do którego ma świadomość, że ten chce targnąć się na swoje życie, a jednocześnie odmawia proponowanej mu pomocy psychoterapeutycznej?

Zasady postępowania z klientem o skłonnościach samobójczych, który odmawia terapii

Podstawową zasadą psychoterapii – podobnie jak każdej innej terapii, także medycznej – jest uzyskanie zgody klienta. Wynika to wprost z art. 12 ust. 1 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psycholo-

³¹ R. Kędzióra, *Odpowiedzialność karna...*, *op. cit.*, s. 252.

gów. Psychoterapia przymusowa może być stosowana wyjątkowo jedynie na podstawie orzeczenia sądu cywilnego w odniesieniu do osób przymusowo umieszczonych w zakładzie psychiatrycznym na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.), a także wobec osób, wobec których orzeczono przymusowe leczenie odwykowe na podstawie ustaw o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.) lub o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2007 r., Nr 70, poz. 473 z późn. zm.), albo sądu karnego w odniesieniu do osób, wobec których zastosowano środki zabezpieczające lub w ramach wyroku skazującego orzeczono obowiązek terapii na podstawie odpowiednich przepisów k.k. albo k.k.w.

Co prawda, w przeciwieństwie do lekarzy, nie ma przewidzianej w polskim prawie karnym odpowiedzialności psychologa za wdrożenie terapii bez zgody klienta. Nie można bowiem przez analogię zastosować odpowiedzialności z art. 192 § 1 k.k., gdyż przepis ten odnosi się jednoznacznie do zabiegów medycznych wykonywanych bez zgody pacjenta, natomiast panująca w prawie karnym zasada ścisłej interpretacji przepisów definiujących przestępstwa zabrania stosowania rozszerzającej odpowiedzialność karną analogii, poprzez przyjęcie, iż chodzi też o świadczenia zbliżone do świadczeń medycznych, ale jednak formalnie takiego charakteru niemających, do jakich należą świadczenia psychoterapeutyczne. Nie oznacza to jednak wcale, że psychoterapeuta może prowadzić terapię bez zgody klienta. Zachowanie może być bowiem sprzeczne z prawem, a więc zakazane, nie stanowiąc równocześnie przestępstwa, ale naruszając np. normy prawa cywilnego. Będzie wtedy niedopuszczalne, choć karnie niesankcjonowane.

Jeśli więc uznamy, że zgoda klienta jest warunkiem niezbędnym dla podjęcia i kontynuowania terapii, co ma zrobić psychoterapeuta, którego klient wycofał się z terapii w stanie bezpośredniego zagrożenia próbą samobójczą? Czy wolno mu – a może nawet czy powinien – podjąć jakieś kroki zmierzające do sądowego zarządzenia terapii przymusowej? Czy też może zastosować własną decyzją przymus terapii w imię ratowania zagrożonego życia klienta, przyjmując, iż działa w stanie wyższej konieczności?

Odpowiedź na powyższe pytania będzie zależała od stanu psychicznego klienta. Jeśli chodzi o osobę zdolną do czynności prawnych (dorosłą, nieubezważoną), niecierpiącą na chorobę psychiczną czy niepełnosprawność intelektualną i faktycznie w pełni świadomą, a więc prawnie zdolną do podjęcia decyzji dotyczących własnego życia, także sposobu i czasu jego zakończenia, prawo nie pozwala zmusić jej do poddania się żadnym czynnościom terapeutycznym (także medycznym). Współczesna doktryna stanowczo opowiada się przeciw stosowaniu przepisów o stanie wyższej

konieczności do legalizacji czynności terapeutycznych³². Stosowanie do takich wypadków instytucji stanu wyższej konieczności prowadziłoby bowiem do przekreślenia znaczenia przepisów chroniących prawo do samostanowienia, tym bardziej że z tych przepisów wynika właśnie wniosek odwrotny – iż zdaniem ustawodawcy prawo do samostanowienia pacjenta, które zresztą daje się wyprowadzić z ochrony jego godności jako prawa przyrodzonego i niepodważalnego, stoi w hierarchii dóbr wyżej niż ochrona jego zdrowia, a nawet życia. Tak więc, w wypadku odmowy wyrażenia zgody na leczenie, nawet ratujące życie, lekarz, po udzieleniu pacjentowi informacji dotyczących skutków takiej odmowy, jest zobowiązany do wstrzymania się od działań leczniczych, których pacjent sobie nie życzy³³. Wynika to również z podstawowych zasad prawa karnego, które stanowi, iż ratowanie cudzego dobra nie powinno mieć miejsca, gdy zainteresowany sprzeciwia się temu, gdyż porządek prawny nie przyjmuje zasady uszczęśliwiania ludzi na siłę³⁴. Spotkać się również można ze stanowiskiem, że gdy chodzi o dwa dobra kolidujące dla tej samej osoby, stosowanie instytucji stanu wyższej konieczności zostaje wyłączone³⁵. Powyższe uwagi są w pełni adekwatne także w odniesieniu do sytuacji psychoterapeuty, z czego wynika, że świadomego, mającego pełną zdolność do czynności prawnych, niecierpiącego na chorobę psychiczną czy niepełnosprawność intelektualną klienta, nawet jeśli ma on zaburzenia osobowości, nie może nigdy w żadnych okolicznościach zmusić do podjęcia czy kontynuowania terapii, niezależnie od tego, jak negatywne dla klienta mogą być skutki jej niepodjęcia czy przerwania.

Natomiast, jeśli formalnie zdolny do czynności prawnych pacjent nie jest faktycznie w stanie wyrazić świadomej zgody odnośnie do własnego leczenia, a jest ono niezbędne dla ratowania mu życia, lekarz może je wdrożyć jedynie po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry), chyba że zwłoka spowodowana postępowaniem przed sądem groziłaby pacjentowi bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub znacznego uszczerbku zdrowia (art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry).

W tym ostatnim przypadku istnieją jednak wątpliwości, czy można te normy zastosować także do psychoterapeuty i kierować wnioski o wdrożenie psychoterapii do sądu opiekuńczego. Przede wszystkim ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów nie przewiduje takich

³² A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1981, s. 148.

³³ M. Safjan, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Wydawnictwo „Oficina naukowa”, Warszawa 1998, s. 34.

³⁴ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Wydawnictwo „Universitas”, Kraków 2004, s. 258.

³⁵ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, s. 81.

rozwiązań na wzór ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Konstytucyjne prawo do samostanowienia może być natomiast ograniczone jedynie w sytuacjach wskazanych wprost w ustawie, co wynika jednoznacznie z zapisów konstytucyjnych oraz międzynarodowych norm praw człowieka. Co więcej, przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty odnoszą się ewidentnie do niebezpieczeństwa fizycznego dla życia i zdrowia pacjenta, a więc ewentualne ich zastosowanie mogłoby mieć miejsce dopiero po próbie samobójczej (oczywiście wtedy do obowiązków psychoterapeuty należałoby przede wszystkim wezwanie lekarza i podjęcie czynności ratujących życie znanych i dostępnych każdemu przeciętnemu człowiekowi – w przypadku ich niepodjęcia groziłaby mu odpowiedzialność z art. 162 § 1 k.k. za nieudzielenie pomocy osobie w niebezpieczeństwie).

Natomiast samo ryzyko targnięcia się na swoje życie może skutkować jedynie ewentualnie zastosowaniem przymusu przewidzianego w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, która przewiduje przymusowe badanie psychiatryczne, a także przymusową hospitalizację psychiatryczną. Warto zwrócić przy tym uwagę na fakt, że zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu przeprowadzenia badania psychiatrycznego może dotyczyć osoby z zaburzeniami psychicznymi w przypadku zamachu na życie własne lub osoby trzeciej (art. 18 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) – a więc już w przypadku podjętej próby samobójczej. Natomiast natychmiastowa przymusowa hospitalizacja psychiatryczna, której skutkiem będzie również przymusowe wdrożenie terapii, także w formie psychoterapii, może mieć miejsce jedynie wobec osoby zdiagnozowanej jako chora psychicznie i to tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób (art. 23 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) – a więc także w momencie, gdy zapowiada próbę samobójczą, ale jej jeszcze nie podjęła. Istotne jest, że na tej podstawie nie można wdrożyć hospitalizacji psychiatrycznej połączonej z leczeniem osób niecierpiących na chorobę psychiczną (osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne, co do której istnieją wątpliwości, czy jest chora psychicznie, może być umieszczona na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego jedynie na 10-dniową obserwację, w czasie której jednak nie wolno wdrażać leczenia ani psychoterapii). Nadinterpretacją natomiast byłoby założenie, iż wszystkie osoby, które mają skłonności samobójcze, są chore psychicznie. Zresztą, nawet w odniesieniu do tej ostatniej grupy, zadaniem psychoterapeuty jest jedynie wezwanie odpowiednich służb w celu przewiezienia takiej osoby do szpitala psychiatrycznego, ustawa bowiem wyraźnie wszystkie kompetencje w tym względzie przekazuje lekarzom (niekoniecznie psychiatrom). Warto wspomnieć, że w takich przypadkach psychologa nie obowiązuje tajemnica za-

wodowa (art. 14 ust. 3 pkt 1 ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów).

Konkludując, wydaje się, iż brak wezwania służb w celu przewiezienia osoby ze skłonnościami samobójczymi do szpitala psychiatrycznego, o ile psycholog przynajmniej podejrzewa u tej osoby zaburzenia psychiczne, może skutkować odpowiedzialnością karną nawet za skutek w postaci dokonanego samobójstwa, o ile z ich wewnętrznej relacji wynika, że psychoterapeuta był gwarantem w odniesieniu do życia i zdrowia klienta. Natomiast żadnej odpowiedzialności karnej nie poniesie psychoterapeuta, który pozwoli wycofać się z terapii osobie niecierpiącej według jego diagnozy na zaburzenia psychiczne i świadomej swojej decyzji, nawet jeśli ma on przekonanie, że czyni ona to właśnie w celu odebrania sobie życia, analogicznie jak żadnej odpowiedzialności karnej nie poniesie lekarz, który odstąpi od ratowania świadomego zdolnego do czynności prawnych, niezaburzonego psychicznie samobójcy, który na taką pomoc nie wyrazi zgody.

Wnioski końcowe

Jak widać z przedstawionej argumentacji, mimo iż zawód psychologa jest zasadniczo zbliżony do zawodu lekarza, to jednak zasady odpowiedzialności nie są w świetle obecnie obowiązujących przepisów analogiczne. Mimo iż psychoterapeuta formalnie jest gwarantem życia i zdrowia klienta, to brak realnej możliwości pociągnięcia psychoterapeuty do odpowiedzialności karnej za „błąd w sztuce”, czyli za niewłaściwy sposób terapeutyzowania. Wynika to z braku standardów postępowania psychoterapeutycznego, a tym samym z niemożności zakreślenia obowiązków zawodowych psychoterapeuty, czy obowiązujących go reguł ostrożności postępowania, a także z niemożności obiektywnego przypisania skutku jego zaniechaniom i działaniom z braku udowodnienia istnienia zachowania alternatywnego, które by temu skutkowi zapobiegło. Faktycznie nie można go pociągnąć więc do odpowiedzialności karnej za nieumyślne przestępstwa skutkowe, ani z zaniechania, ani z działania, spowodowane niewłaściwą diagnozą lub terapią czy też jej odmową, co przecież jest tak ważne dla zagwarantowania jakości świadczeń dla osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi.

W zasadzie psychoterapeucie grozi odpowiedzialność karna jedynie w takich samych przypadkach, jak każdemu innemu człowiekowi, niemającemu statusu gwaranta – a więc, gdy umyślnie nie udzieli pomocy osobie, o której wie, że właśnie chce popełnić próbę samobójczą, oraz gdy nie podejmie kroków zapobiegających samobójstwu osoby chorej psychicznie, w tym przede wszystkim nie wezwie odpowiednich służb pomocowych.

Jedyną szansą na rozszerzenie odpowiedzialności karnej psychologów jest stworzenie i egzekwowanie odpowiednich przepisów zawodowych. Tym

bardziej smutne, że przyjęta ponad 10 lat temu ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów, która weszła w życie ponad 5 lat temu, do dnia dzisiejszego pozostaje martwa. Nieskuteczne okazały się jak dotychczas także próby jej zmiany czy uchylecia. Gdy nie ma faktycznej kontroli, kto wykonuje zawód psychoterapeuty, gdy nie ma standardów, jak ten zawód ma być prawidłowo wykonywany, gdy nie ma groźby odpowiedzialności karnej, cierpieć mogą jedynie osoby korzystające z usług psychoterapeutycznych, osoby najwrażliwsze, które właśnie dlatego powinny być specjalnie chronione. Dlatego należy wezwać ustawodawcę, by zajął się tym ważnym problemem i w końcu prawidłowo i efektywnie uregulował zasady wykonywania zawodu psychologa i psychoterapeuty.

Psychotherapist's criminal liability for a client's suicide

Abstract

This paper addresses criminal liability of a psychologist whose client has committed suicide. The herein presented analysis centers around principles of liability for a failure to provide help or assistance, a guarantor's liability for consequence-bearing negligence as well as liability for professional malpractice. Major doubts as to whether a psychotherapist may be criminally liable in any way whatsoever result from no prudence principles existing that would be applicable to the profession in question and from the impossibility to objectively assign a consequence. Yet a separate issue dealt with herein is a psychotherapist's duty with respect to a client with suicidal tendencies who is unwilling to undergo any therapy.