



ZAGROŻENIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO KOBIETY CIĘŻARNEJ JAKO PRZESŁANKA LEGALIZUJĄCA ABORCJĘ ANALIZA PRAWNO-MEDYCZNA

AUTORZY: KATARZYNA GĘSIĄK | MARIA ROBENEK

RECENZENCI: PROF. DR HAB. ŁUKASZ ŚWIĘCICKI | ŁUKASZ BERNACIŃSKI

ANALIZA ORDO IURIS



WWW.ORDOIURIS.PL

ZAGROŻENIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO KOBIETY CIĘŻARNEJ JAKO PRZESŁANKA LEGALIZUJĄCA ABORCJĘ

ANALIZA PRAWNO-MEDYCZNA

ANALIZA ORDO IURIS

KATARZYNA GĘSIĄK

MARIA ROBENEK

INSTYTUT NA RZECZ KULTURY PRAWNEJ ORDO IURIS

WARSZAWA 2024

Spis treści

1.Główne tezy:	6
2.Wprowadzenie	7
3.Przesłanka zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej	8
3.1.Rozważania polskiej nauki na temat pojęcia „zdrowie” oraz definicja opracowana przez WHO.....	8
3.2.Zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety a legalność aborcji.	10
4.Podsumowanie	16

1. Główne tezy:

- Zgodnie z art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, przerwanie ciąży jest legalne, gdy stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej.
- O ile nie ma wątpliwości, że w sytuacji zagrożenia życia matki mamy do czynienia z dobrem prawnym równym życiu człowieka nienarodzonego, o tyle poważne problemy interpretacyjne budzi pojęcie „zagrożenia zdrowia” kobiety - ustawodawca nie podjął się doprecyzowania terminu „zdrowie”, który pozostaje pojęciem nieostрым i subiektywnym.
- Konieczność prawnej ochrony życia ludzkiego, w tym życia będącego w fazie prenatalnej, wynika bezpośrednio z art. 38 Konstytucji RP. Państwo polskie jest zobowiązane do stworzenia warunków prawnych ochrony życia każdego człowieka, także przed narodzeniem.
- Z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego wynika, że każdy wypadek ograniczenia prawnej ochrony życia ludzkiego – w stosunku do standardów ogólnych – musi być traktowany jako środek o charakterze ostatecznym.
- Już w roku 1997 Trybunał Konstytucyjny przesądził również, że „zdecydowanie nieakceptowane w demokratycznym państwie prawnym, (...) byłoby ograniczenie prawnej ochrony życia człowieka w celu ochrony dóbr lokujących się niżej w hierarchii konstytucyjnej, np. własności i innych praw majątkowych, moralności publicznej, ochrony środowiska czy nawet zdrowia innych ludzi”.
- Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 39 wyraźnie stanowi, że „[p]odejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Wyklucza to założenie a priori, że przerwanie ciąży może być kiedykolwiek traktowane jako „środek terapeutyczny”.
- Psychiatrzy i psychologowie wskazują, że cechą wspólną osób zapadających na najpoważniejsze choroby psychiczne jest szczególnego rodzaju wrażliwość emocjonalna. Ta sama cecha stanowi u chorych kobiet - czy to na schizofrenię, czy cierpiących na schorzenia afektywne - dobry prognostyk dla akceptacji poczętego dziecka.
- Chociaż zagrożenie dla zdrowia psychicznego nie pojawia się nagle i niespodziewanie, to w przebiegu niektórych chorób psychicznych mogą ujawnić się tendencje samobójcze, wiążące się z zagrożeniem życia kobiety ciężarnej i wymagające niezwłocznej interwencji psychiatrycznej.
- Nigdy jednak taka szczególna sytuacja psychologiczna nie wymaga zastosowania tak radykalnego i drastycznego środka jak eliminacja życia dziecka poczętego.
- Przy przestrzeganiu zasad dobrej diagnozy uwzględniającej specyfikę osobowości i motywację kobiety nie istnieją przypadki, w których tendencje samobójcze mogłyby stanowić uzasadnienie dla poświęcenia życia dziecka, tym bardziej więc aborcja nie może stanowić „rozwiązania” w mniej poważnych zaburzeniach stanu psychicznego w trakcie ciąży.

- Lekarz o odpowiednich kwalifikacjach jest odpowiedzialny za wdrożenie właściwego leczenia kobiety ciężarnej z zaburzeniami psychicznymi. Jest on zobowiązany do doboru takich metod leczenia, które będą skuteczne dla ochrony kobiety i jednocześnie bezpieczne dla jej dziecka.
- Staranność lekarzy oceniana jest ze względu na reguły zawodowe (art. 4 ZawLekU) oraz zasady etyczne (art. 8 KEL). Niepodjęcie zgodnych z regułami art. 39 KEL działań przez lekarza wobec kobiety ciężarnej, a więc uwzględniających także dobro jej dziecka, w świetle prawa stanowi przewinienie zawodowe.

2. Wprowadzenie

Ingerencja *imperium* w kwestie ludzkiej prokreacji jest tematem niezwykle delikatnym, a jednocześnie nośnym medialnie. Problematyka zakresu prawnej dopuszczalności aborcji jest stale obecna w przestrzeni publicznej i niezmiennie budzi skrajne emocje. Podnoszenie tego tematu przez media i ograniczanie go do pozbawionych argumentów merytorycznych wypowiedzi polityków, celebrytów czy aktywistów szkodzi podmiotom, których prawo do życia jest w ten sposób podważane. Sprowadzenie debaty na ten ważny i trudny temat do sfery wyłącznie emocjonalnej jest niedopuszczalne, a w tym zakresie konieczna jest merytoryczna i rzetelna debata.

W niniejszym opracowaniu podjęto się analizy zagadnienia budzącego w ostatnim czasie wiele kontrowersji, tj. odpowiedzi na pytanie czy oraz ewentualnie przy spełnieniu jakich warunków w świetle polskiego prawa dopuszczalne jest odebranie życia człowiekowi w prenatalnej fazie rozwoju wyłącznie ze względu na szeroko rozumiane zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej. W zakresie tej przesłanki istnieją bowiem poważne wątpliwości, czy wchodzi ona w zakres przesłanki zagrożenia zdrowia, wymienionej w art. 4a ust. 1 pkt 1 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (dalej: „u.p.r.”)¹. Podjęta w niniejszym opracowaniu próba kompleksowego spojrzenia na wspomniane zagadnienie ma na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy na gruncie obowiązującego prawa wystąpienie zagrożenia dla zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej, może stanowić przesłankę legalizującą aborcję.

¹ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 1575).

3. Przesłanka zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej

Wystąpienie u kobiety ciężarnej sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia jako okoliczności warunkującej dopuszczalność przerwania ciąży, a tym samym naruszenia chronionego dobra prawnego jakim jest życie nienarodzonego dziecka, jest obecnie przedmiotem ożywionej dyskusji. Prezentowane są w niej skrajne stanowiska dotyczące interpretacji granic dopuszczalności poświęcenia życia dziecka w celu ratowania innego dobra – życia lub zdrowia matki. O ile nie ma wątpliwości, że w sytuacji zagrożenia życia kobiety ciężarnej mamy do czynienia z dobrem prawnym równym życiu człowieka nienarodzonego, o tyle poważne problemy interpretacyjne budzi druga z sytuacji ujętych w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. – stan zagrożenia zdrowia matki. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, że ustawodawca nie podjął się doprecyzowania terminu „zdrowie”, który pozostaje pojęciem nieostрым, a ponadto subiektywnym – stan „bycia zdrowym” przez każdą jednostkę może być odczuwany odmiennie. Taki zabieg prawodawcy wydaje się celowy. Przepisy prawa a *natura rei* nie są w stanie objąć wszystkich stanów, czy cech, które mogłyby zostać zakwalifikowane do ww. pojęcia. Ustawodawca pozostawia tym samym interpretację tego pojęcia doktrynie, sądownictwu, a także praktyce medycznej, która w zamiarze prawodawcy odgrywa kluczową rolę w procesie podejmowania decyzji o aborcji na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r.

3.1. Rozważania polskiej nauki na temat pojęcia „zdrowie” oraz definicja opracowana przez WHO.

W literaturze przedmiotu próby interpretacji terminu „zdrowie” głównie sprowadzają się do przedstawienia wypracowanych we wcześniejszych wiekach koncepcji. Termin ten w języku potocznym nie budzi kontrowersji, jest zrozumiały. Według słownikowej definicji, zdrowie to „pełna sprawność organizmu, dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne”². R. Tabaszewski zaznacza, że „[z]drowie to jedno z tych zasadniczych pojęć, które wyjaśniali już starożytni. Według Platona stanowi ono pierwsze i najważniejsze z dóbr, jako najcenniejsza wartość życia ludzkiego, za którą stoją kolejno: uroda i bogactwo. (...) Fundamenty europejskiej wizji zdrowia są jednak oparte na subiektywnych koncepcjach Hipokratesa. Zdrowie zależy od równowagi między tym, co otacza człowieka, a nim samym. *Mutatis mutandis* – dobre samopoczucie determinuje pełny stan zdrowia, a jego brak oznacza jednostkę chorobową. Zdrowie jest ujmowane jako odczuwany przez człowieka stan fizyczny wykluczający chorobę lub złe samopoczucie. To jednostkowe ujęcie sprowadza się do subiektywnego wymiaru odczuć człowieka. Hipokrates, ograniczając pojęcie zdrowia do stanu «dobrego i złego samopoczucia», wiązał je z innymi przymiotami człowieka rozumianego jako *homo sentiens*”³.

E. Korzeniowska wskazuje na trzy typy definicji tego pojęcia, tj. biologiczne, funkcjonalne i biologiczno-funkcjonalne. Definicje biologiczne „określają zdrowie (chorobę) jako pewien somatyczny stan jednostki o określonych przez lekarza parametrach. Tym samym zdrowie (i choroba) jest zjawiskiem rozpoznawanym na drodze rejestracji i analizy zmysłowo doświadczalnych i empirycznie sprawdzalnych wskaźników (a więc przez rutynowe bądź specjalistyczne badania lekarskie). (...) W definicjach funkcjonalnych zdrowie ujmowane jest jako warunek efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym, a więc stan jednostki umożliwiający

² Nowy słownik poprawnej..., s. 1340.

³ R. Tabaszewski, *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*, Lublin 2016, s. 21-22.

jej codzienną aktywność na poziomie przyjętym przez zbiorowość, do której należy⁴. Z kolei ostatnia z wymienionych wyżej rodzajów definicji, odwołuje się do zjawisk biologicznych, psychicznych i społecznych. Jak wskazuje autorka, analiza zdrowia powinna uwzględniać oba aspekty przedstawione wcześniej wzbogacone o przeżycia psychiczne⁵.

Z kolei J. Domaradzki dokonuje przeglądu literatury i przedstawia mnogość definicji zdrowia i choroby podzielonych według określonych kryteriów. W ocenie autora, „wśród badaczy istnieje względny konsensus co do tego, że istnieją koncepcje i definicje zdrowia i choroby. Brak jednak zgody co do ich semantycznych znaczeń oraz statusu ontologicznego. (...) W przeciwieństwie do takich pojęć jak temperatura, odległość czy waga jest ono bowiem terminem wielowymiarowym i posiadającym wiele znaczeń. Stąd bywa definiowane jako brak choroby, siła, (wysoka) jakość życia czy stan równowagi i harmonii lub norma (biologiczna lub społeczna), a także zasób czy kapitał. (...) Może oznaczać brak fizycznej i/lub psychicznej niepełnosprawności oraz bólu lub dobrostanu. Ponadto, w odróżnieniu od pojęcia choroba, zdrowie nie daje się zmierzyć i stopniować. W rzeczywistości pozostaje ono raczej kategorią aprioryczną i dającą się wyprowadzić wyłącznie na drodze dedukcji”⁶.

Podobnie koncepcję zdrowia przedstawia J. Reszczyński. Jego zdaniem, „[w] bio-psycho-społecznej koncepcji zdrowia człowieka składa się na nią ogół okoliczności oraz warunków życia. Zdrowie wyraża się w pozytywnej ocenie tej całości, co równoznaczne jest właśnie z poczuciem dobrostanu. W praktyce dochodzi do konfrontacji subiektywnego poczucia zdrowia jednostki z zewnętrznymi, normatywnymi i zobiektywizowanymi standardami. Ocena własnego stanu wynika w dużej mierze z osobistych mierników, różniących się w przypadku każdego człowieka”⁷. Proponowane przez doktrynę definicje „zdrowia” prowadzą do wniosku, że zdrowie jest pojemną kategorią, która obejmuje szerokie spektrum cech. Brak jest jednak konsensusu co do atrybutów zdrowia, co mogłoby przyczynić się do wypracowania jednej spójnej definicji tego pojęcia na gruncie normatywnym.

W wymiarze międzynarodowym, definicję pojęcia „zdrowie” zawiera preambuła Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)⁸. Przyjęto w niej, iż „[z]drowie jest stanem zupełnej pomyślności (dobrego samopoczucia) fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”. Pomimo pozbawienia tej definicji waloru normatywnego, odgrywa ona istotną rolę w postrzeganiu kwestii zdrowia. Wydaje się, że powyższa definicja stara się ujmować zdrowie w sposób kompleksowy – tj. jako równowagę pomiędzy stanem fizycznym, psychicznym i społecznym. Jednocześnie wychodzi ona poza negację, że zdrowie jest jedynie brakiem choroby, czyli patologicznym stanem organizmu. Można zatem wnioskować, że na zdrowie oddziałują różne czynniki, które dają się podzielić na edno- i egzogenne. Nie ulega jednak wątpliwości, że stan zdrowia jednostki zależy od harmonii trzech aspektów: fizycznego, psychicznego i społecznego. O zdrowiu można zatem mówić, iż ma wielowymiarową naturę⁹.

4 E. Korzeniowska, O zdrowiu i jego definicjach, „Zdrowie Publiczne”, nr 9 (1988), s. 466. Zobacz także: R. Gil, A. Dziedziczko, Pojęcie świadomości zdrowotnej, zdrowia i choroby, „Zdrowie Publiczne”, nr 2 (2004), s. 250-255.

5 E. Korzeniowska, O zdrowiu..., s. 467.

6 J. Domaradzki, O definicjach zdrowia i choroby, „Folia Medica Lodziensia”, nr 1 (2013), s. 22-23.

7 J. Reszczyński, U źródeł współczesnych modeli ochrony zdrowia, „Studia Ekonomiczne. Gospodarka, Społeczeństwo, Środowisko”, nr 1 (2021), s. 6.

8 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. (Dz. U. z 1948 r., nr 61, poz. 477, ze zm.).

9 „Podzielając pogląd wyrażony w uzasadnieniu wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 22 stycznia 2015 r. (sygn. akt I SA/Sz 609/14), należy wskazać, że wobec powyższej, obowiązującej definicji legalnej »zdrowia«, nie może być wątpliwości, że pojęciem tym należy objąć tak dobrostan fizyczny, jak też psychiczny, nie dając żadnemu z nich pierwszeństwa ale też nie pomijając żadnego z nich.”; Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Szczecinie z dnia 23 lutego 2023 r., sygn. akt II SA/Sz 1061/22, LEX nr 3519858.

3.2. Zagrożenie zdrowia psychicznego kobiety a legalność aborcji

Próba zdefiniowania terminu „zdrowie” podjęta przez WHO, stała się czynnikiem inicjującym pogłębioną dyskusję nad kompleksowym podejściem do tego zagadnienia. Trzeba zgodzić się z tezą, że pojęcia „zdrowie” nie można ograniczyć wyłącznie do sfery fizycznej, chociażby z tego względu, że powszechnie przyjęta w medycynie międzynarodowa klasyfikacja chorób (*International Classification of Diseases - ICD*) wyróżnia szereg schorzeń dotyczących sfery psychicznej człowieka, ujętych w rozdziale V ICD-10¹⁰ „Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99)”, jak np. schizofrenia, zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości, czy zaburzenia rozwoju psychologicznego. Problemy ze zdrowiem fizycznym mogą zwiększać ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym i odwrotnie. Osoby cierpiące na problemy ze zdrowiem psychicznym są bardziej narażone na choroby fizyczne, którym jednak można skutecznie zapobiec¹¹.

Wreszcie nie można zapominać o wymiarze społecznym. Każda jednostka wypełnia jakąś rolę w społeczeństwie, dzięki temu czuje się potrzebna. Istotne jest przy tym także, by czerpała z tego satysfakcję¹². Mając na względzie powyższe refleksje wskazane jest odnieść je do problemu aborcji dokonywanej właśnie ze względu na stan zdrowia psychicznego kobiety ciężarnej.

W pierwszej kolejności warto przypomnieć, że ustawodawca w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. dopuszcza przerwanie ciąży, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej. W ustawie stanowi się jedynie o zdrowiu, nie ma rozróżnienia na stan fizyczny bądź psychiczny, ani na stopień występującego zagrożenia¹³. W świetle przedstawionych definicji pojęcia zdrowie wydaje się, że zabieg ustawodawcy jest celowy – zakresem omawianej regulacji została objęta zarówno sfera somatyczna, jak i psychiczna składająca się na stan zdrowia każdego człowieka. Istotną okolicznością jest jednak to, że regulacja prawna legalizująca w ograniczonym zakresie przerwanie ciąży, wkracza w przestrzeń praw i wolności przysługujących innemu podmiotowi – dziecku poczętemu (*nasciturusowi*), skutkując ograniczeniem możliwości korzystania z podstawowej wolności konstytucyjnej¹⁴, jaką jest życie ludzkie. Konieczność prawnej ochrony życia ludzkiego, w tym życia będącego w fazie prenatalnej, wynika bezpośrednio z art. 38 Konstytucji RP, który z jednej strony - jest źródłem zobowiązania władz państwowych do „stworzenia warunków prawnych ochrony życia każdego człowieka”¹⁵, a z drugiej strony – „jest źródłem konstytucyjnego prawa podmiotowego do prawnej ochrony życia, jako pierwszego z praw osobistych”¹⁶.

Polska ustawa zasadnicza dopuszcza sytuacje ograniczania przez państwo możliwości korzystania z konstytucyjnych wolności i praw, jednakże wyłącznie przy zachowaniu warunków określonych w art. 31 ust. 3 Konstytucji. W myśl tej regulacji, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych praw i wolności mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw. Jak

10 W maju 2019 r. kraje członkowskie WHO na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia zatwierdziły nową wersję klasyfikacji chorób ICD-11, która obecnie jest wdrażana przez poszczególne państwa; ma zastąpić ICD-10 w terminie do 2026 r.

11 *Physical health and mental health*, https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/physical-health-and-mental-health?fbclid=IwAR3TLVGa79O1MitP4xpHZFIRYgf3tiZsPVR18QuFFYCMpsExcjgd6_mrF_o, dostęp: 09.12.2023.

12 Zobacz: K. Walentynowicz-Moryl, *Spółeczny wymiar zdrowia*, „Relacje. Studia z nauk społecznych”, nr 1 (2016), s. 71-81.

13 W pierwotnej wersji tekst ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1993 r. przewidywało zniesienie bezprawności aborcji (spowodowania śmierci dziecka poczętego) w przypadku, gdy ciąża stanowiła poważne zagrożenie dla zdrowia matki. Przesłanka ta była zatem określona w sposób węższy w porównaniu z jej obecną wersją.

14 „Z tego względu życie traktowane jest jako naturalna i przyrodzona wolność, która sama w sobie nie ma charakteru normatywnego – ma ją dopiero regulacja sfery wolności życia (...). Życie nie jest tym samym prawem konstytucyjnym, ale wolnością konstytucyjną”, T. Sroka [w:] M. Safjan, L. Bossek (red.), *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, Warszawa 2016, nb. 2.

15 Tamże, nb. 11.

16 Tamże, nb. 10.

słusznie zauważył Trybunał Konstytucyjny, „[w]ypracowana na podstawie art. 31 ust. 3 Konstytucji metodologia oceny znajduje zastosowanie także w odniesieniu do rozwiązań ograniczających prawną ochronę życia, wszakże z dwoma istotnymi zastrzeżeniami. Po pierwsze – **przesłanka konieczności musi być interpretowana szczególnie restryktywnie, w kierunku zbieżnym z kryterium «absolutnej konieczności»** [podkr. KG], wypracowanym w orzecznictwie ETPC na gruncie art. 2 konwencji o ochronie praw człowieka (...). Każdy wypadek ograniczenia prawnej ochrony życia ludzkiego – w stosunku do standardów ogólnych – musi być traktowany jako środek o charakterze *ultima ratio*. Po drugie – z uwagi na fundamentalny charakter prawa do życia w aksjologii konstytucyjnej, nie każde z dóbr wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji może uzasadniać godzące w nie rozwiązania. Bez potrzeby dalszego poszerzania argumentacji można stwierdzić, że zdecydowanie nieakceptowane w demokratycznym państwie prawnym, realizującym zasady sprawiedliwości społecznej i chroniącym życie oraz niezbywalną godność człowieka, byłoby ograniczenie prawnej ochrony życia człowieka w celu ochrony dóbr lokujących się niżej w hierarchii konstytucyjnej, np. własności i innych praw majątkowych, moralności publicznej, ochrony środowiska czy nawet zdrowia innych ludzi. Warunkiem ograniczenia prawa do prawnej ochrony życia jest więc zaistnienie sytuacji, w której jest niewątpliwe, że nie da się ono pogodzić z analogicznymi prawami innych osób. Przesłankę tę można określić ogólnie jako wymaganie symetrii dóbr: poświęcanego i ratowanego”¹⁷. Tym samym, w wyroku w sprawie K 44/07 Trybunał Konstytucyjny przesądził, że prawo do prawnej ochrony życia może być ograniczone tylko wtedy, gdy poświęcenie tego dobra prawnego jest absolutnie konieczne dla ratowania życia innych ludzi. Ze stanowiska przedstawionego przez sąd konstytucyjny w wyroku z 30 września 2008 r. wynika zatem jednoznacznie, że **inne niż życie wartości konstytucyjne wymienione w art. 31 ust. 3 Konstytucji nie mogą być wykorzystywane do uzasadnienia ustawowego ograniczenia prawa do życia.**

W rozważaniach dotyczących prawnej dopuszczalności aborcji, stanowiącej drastyczną i nieodwracalną ingerencję w sferę podstawowych wolności i praw *nasciturusa* (życia i jego prawnej ochrony), należy poruszyć jeszcze jedną istotną kwestię, mianowicie realną możliwość ograniczenia wartości konstytucyjnej jaką jest życie ludzkie. W art. 31 ust. 3 *in fine* Konstytucji RP ustrojodawca zawarł wyraźne zastrzeżenie, że ingerencja państwa w prawa i wolności konstytucyjne nie może prowadzić do naruszenia istoty wolności i praw. Na to zagadnienie w kontekście legalizacji aborcji zwracano niejednokrotnie uwagę w doktrynie, m.in. P. Sarnecki argumentował, że „[z] natury rzeczy zanegowanie prawa do życia nie może podlegać «ograniczeniom» lecz wyłącznie na jego unicestwieniu. «Życie» nie ma swego «rdzenia, jądra» oraz swoich «elementów dodatkowych, otoczki»¹⁸. Art. 31 ust. 3 dopuszcza ograniczenia praw, ale nakazuje zachowanie ich istoty. Przerwanie ciąży oznacza oczywiście odrzucenie tego nakazu. Właściwym sposobem regulacji problemu aborcji byłoby więc bardziej jednoznaczne «zaczepienie» go w Konstytucji. Skoro jednak mielibyśmy tu do czynienia z przekreśleniem istoty pewnego prawa, tym większa ostrożność winna nami kierować, o ile miano by uznawać konstytucyjną dopuszczalność aborcji. Unicestwienie prawa do życia dziecka nie narodzonego uzasadnione być może, moim zdaniem, jedynie z uwagi na prawo do życia jego matki (równoważne mu niejako), co znajduje swą podstawę w art. 31 ust. 3 Konstytucji. Inne przyczyny dopuszczalności, w szczególności te wskazane w opiniowanym projekcie ustawy, nie znajdują, moim zdaniem, podstawy w tekście Konstytucji, który jest jednak tekstem niejako «uciekającym» od rozważanego zagadnienia”¹⁹.

Uwzględniając złożony charakter zagadnienia prawnej dopuszczalności ingerencji w życie ludzkie (przy wskazanym już wielokrotnie przez TK braku możliwości różnicowania tej wartości ze względu np. na „wiek, stan zdrowia, przewidywany czas jego trwania, ani ze względu na jakiegokolwiek inne kryteria”²⁰), za Trybu-

17 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 września 2008 r., sygn. akt K 44/07, OTK ZU 7A/2008, poz. 126, pkt 7.4.

18 Por. rozważania o istocie wolności i praw w: L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne*, Warszawa 2004, str.106.

19 P. Sarnecki, *Opinia w sprawie zgodności z Konstytucją projektu ustawy o świadomym rodzicielstwie* (nr 7), „Przegląd Sejmowy” 2004, nr 6, s. 152.

20 Por. np. wyrok TK w sprawie sygn. K 44/07, pkt 7.5.

nałem Konstytucyjnym i przywołanymi przedstawicielami doktryny należy stwierdzić, że zgodne z polskim prawem są tylko te przypadki pozbawiania życia ludzi znajdujących się w prenatalnej fazie rozwoju, które nie tylko mają charakter ostateczny (*ultima ratio*), ale też podejmowane są w sytuacji i w celu ratowania wartości równoważnej – a więc wyłącznie zagrożonego życia innych osób (najczęściej matki). **Wszystkie inne dobra prawne wymienione w art. 31 ust. 3 Konstytucji (w tym zdrowie innych osób) w hierarchii wartości konstytucyjnych plasują się bowiem niżej od życia, a ich ochrona nie może uzasadniać naruszenia dobra o wartości zdecydowanie nadrzędnej.** Jednocześnie, przyjmując taką interpretację, należy mieć na uwadze, że konstytucyjny nakaz nienaruszania istoty wolności i prawa w omawianym przypadku nigdy nie zostanie zachowany. Na marginesie warto więc zauważyć, że regulacja art. 4a ust. 1 u.p.r. nie spełnia wymogów konstytucyjnych. W tym kontekście uzasadniona wydaje się teza, że przypadki podejmowania działań ratujących zagrożone życie kobiety ciężarnej, a skutkujących śmiercią *nasciturusa*, zdają się realizować znamiona stanu wyższej konieczności, dobrze znanego prawu karnemu i ujętego w art. 26 § 2 k.k.

Powyższe rozważania na temat prawnej dopuszczalności przerwania ciąży skutkującej śmiercią dziecka poczętego niewątpliwie należy uzupełnić argumentami z zakresu prawa medycznego, jak również praktyki medycznej. Analizowany stan zagrożenia dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej koresponduje z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry²¹ (dalej: „u.z.l.”), zgodnie z którym „[l]ekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwtoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Jak zauważa się w doktrynie, „[o]bowiązek lekarskiego działania powstaje już w przypadku, gdy zwtoka w udzieleniu pomocy mogłaby chociaż pośrednio przyczynić się do wystąpienia zagrożenia”²². Ponadto z obowiązkiem lekarza wiąże się prawo pacjenta „do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia”²³. Z kolei w dalszej części ustawodawca – w celu podkreślenia wyjątkowości stanu kobiety ciężarnej – stanowi, iż „[w] przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem”. Nie można nie zgodzić się ze stanowiskiem, że „każdy pacjent niezależnie od posiadania ubezpieczenia, obywatelstwa polskiego, czy sytuacji majątkowej jest uprawniony do świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie lub okołoporodowych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, nie zaś tylko do doraźnej pomocy ratownika medycznego, lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej lub podmiotu leczniczego. Prawo pacjenta z art. 7 (...) obejmuje więc świadczenia o jednoznacznie leczniczym charakterze związane z nagłym zagrożeniem zdrowia lub życia, wymagającym bezwarunkowej i natychmiastowej interwencji medycznej, a także świadczenia lecznicze oraz związane z procesem leczniczym ukierunkowane na prawidłowe przeprowadzenie porodu”²⁴.

Powyższe uwagi należy uzupełnić odwołaniem do art. 4 u.z.l., zgodnie z którym „[l]ekarz 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”. Wymienione w tym przepisie zasady etyki zawodowej lekarzy, ujęte w Kodeksie Etyki Lekarskiej, obowiązują także lekarza, podejmującego interwencję medyczną wobec kobiety w ciąży. Wśród nich znajduje się przepis formułujący wprost właściwe i oczekiwane zachowanie lekarza względem ciężarnej pacjentki: „[p]odejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka

21 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1516).

22 D. Karkowska, komentarz art. 7, [w:] E. Bielak-Jomaa, G. Błażewicz, R. Bryzek, B. Chmielowiec, M. Ćwikiel, P. Grzesiewski, B. Kmiecik, A. Nowak, D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, LEX.

23 Art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1545).

24 L. Bosek, komentarz art. 7, [w:] red. L. Bosek, *Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2020, Legalis.

również przed jego urodzeniem²⁵. Przytoczony przepis jedynie pozornie koliduje z określoną w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. przesłanką legalizującą przerwanie ciąży w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia matki. Wynikające z cytowanego przepisu Kodeksu Etyki Lekarskiej oczekiwane i moralnie właściwe zachowanie lekarza obejmuje staranie się o zachowanie życia i zdrowia dziecka poczętego przy podejmowaniu interwencji wobec matki, co oznacza, że z punktu widzenia zasad etyki wykluczone jest założenie *a priori*, że przerwanie ciąży może być kiedykolwiek traktowane jako „środek terapeutyczny”, mający niwelować problemy zdrowotne kobiety w ciąży. Wniosek taki jest spójny z prezentowanym już stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego wyrażonym w sprawie K 44/07, w którym sąd konstytucyjny wyraźnie wskazał, że każde ograniczenie prawnej ochrony życia ludzkiego powinno być traktowane jako środek o charakterze ostatecznym. Wydzźwięk analizowanego przepisu KEL jest ten sam – lekarz ma obowiązek – na tyle na ile jest to możliwe – stosować taką terapię względem kobiety w ciąży, która nie zaszkodzi jej dziecku. Tak też należy interpretować przesłankę dopuszczalności przerwania ciąży wymienioną w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r.

Kierując się wynikającą z orzecznictwa TK wskazówką, że ograniczenie (a w przypadku dobra jakim jest życie – w zasadzie pozbawienie) prawnej ochrony tej wartości konstytucyjnej może mieć miejsce jedynie w sytuacjach kolizji z dobrem równorzędnym (a więc również życiem), w pełni odrzucić należy rozpowszechnianą w ostatnim czasie rozszerzającą interpretację art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. Pomimo braku dookreślenia przez ustawodawcę przesłanki zagrożenia dla zdrowia kobiety, z całą pewnością nie można interpretować jej jako ryzyko naruszenia ogólnego dobrostanu psychicznego. Wydaje się natomiast, że objęte tą normą i pozostające w zgodności z regułami interpretacyjnymi wynikającymi z orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego są jedynie takie przypadki związane ze stanem psychicznym ciężarnej, które bezpośrednio wiążą się z zagrożeniem jej życia.

Jak wskazują specjaliści z zakresu psychiatrii i psychologii – jakkolwiek samo zagrożenie dla zdrowia psychicznego nie pojawia się nagle i niespodziewanie, w przebiegu niektórych chorób psychicznych może zaistnieć stan nagły, wiążący się z zagrożeniem życia i wymagający niezwłocznej interwencji psychiatrycznej. Mowa tu o ujawnieniu się **tendencji samobójczych**, w przypadku których nagłość i nieprzewidywalność jest kwestią samej dynamiki zaburzeń psychotycznych. Przykładem powyższego może być gwałtowne zachowanie chorej na schizofrenię, która pod naporem urojeń imperatywnych będzie chciała targnąć się na swoje życie (przy czym o efekcie nagłości i zaskoczenia można tu mówić z punktu widzenia obserwatora, bo sama „idea” popełnienia samobójstwa zapewne dłuższy czas dojrzewała w pacjentki). Podobnie rzecz ma się z zaburzeniami depresyjnymi (psychotycznymi) o ciężkim przebiegu, zwłaszcza z towarzyszącymi urojeniami katastroficznymi i winy. W przypadku zaburzeń osobowości sprawa wygląda nieco inaczej, bowiem tu należy liczyć się z wystąpieniem agravacji, zachowań autoagresywnych np. w formie samookaleczeń oraz instrumentalnych prób samobójczych – czyli zachowań, w których zawarty jest element manipulacji. Wtenczas zagrożenie dla życia, nawet wbrew intencjom pacjenta, również może być poważne. Oczywiście, kiedy mówimy o kobiecie ciężarnej – wskazanie związku przyczynowego między tendencjami samobójczymi a faktem ciąży jest wysoce problematyczne (a na pewno nie ma go w etiologii). Nie można jednak wykluczyć, że w subiektywnym przeżywaniu fakt ten mógłby odgrywać jakąś rolę i wpływać na zaostrzenie objawów; gdyby nadto był komunikowany – wykluczenie go jako motywu czynu samobójczego mogłoby być trudne. Trzeba jednak z całą mocą podkreślić, że szczególna sytuacja psychologiczna związana z tendencjami samobójczymi będącymi realnym zagrożeniem dla życia matki, w żadnym wypadku nie wymaga zastosowania tak radykalnego i drastycznego środka jak eliminacja życia dziecka (kiedy to ono znajduje się w centrum motywacji samobójczej). Przy przestrzeganiu bowiem zasad dobrej diagnozy uwzględniającej specyfikę osobowości i motywację kobiety nie istnieją przypadki, w których tendencje samobójcze mogłyby

25 Por. art. 39 w zw. z art. 8 KEL, dostępnego na stronie Naczelnej Izby Lekarskiej, https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf, dostęp: 08.01.2024.

stanowić prawnie doniosłe uzasadnienie dla poświęcenia życia dziecka. Skoro nawet w takich skrajnych sytuacjach aborcja jest do uniknięcia bez szkody dla zdrowia, a przede wszystkim życia kobiety, to tym bardziej nie jest opcją „pomocy” w mniej poważnych zaburzeniach stanu psychicznego w trakcie ciąży.

Wskazać można trzy grupy kobiet: chorych psychicznie w pełnym tego słowa znaczeniu (np. cierpiące na schizofrenię, czy depresję), wykazujących zaburzenia osobowości z towarzyszącym deficytem emocjonalnym (typu psychopatycznego) oraz kobiet, u których w sposobie przeżywania ciąży wybija się czynnik reaktywny (np. osoby neurotyczne, osoby wykazujące się niską odpornością psychiczną, a także znajdujące się w obiektywnie ciężkiej sytuacji życiowej i których rezerwy adaptacyjne są na wyczerpaniu). Dla uproszczenia grupy te nazwane zostaną: psychotyczną, psychopatyczną i reaktywną. Co do pierwszej grupy (najmniej licznej) podstawą leczenia psychoz jest farmakoterapia. Ponieważ jest to równocześnie grupa wysokiego ryzyka w przypadku stwierdzenia tendencji samobójczych, podstawowym zadaniem staje się zapewnienie stałego dozoru, co może być do uzyskania jedynie w warunkach szpitalnych. Cechą wspólną osób zapadających na najpoważniejsze choroby psychiczne jest szczególnego rodzaju wrażliwość emocjonalna (sensytywność). Ta sama cecha stanowi u chorych kobiet - czy to na schizofrenię, czy cierpiących na schorzenia afektywne - dobry prognostyk dla akceptacji poczętego dziecka. Można bowiem liczyć, że z chwilą wygaszenia urojeń i innych objawów wytwórczych, w które osoba dziecka została włączona, kobieta będzie chciała je urodzić. Byłoby niewybaczalnym błędem podążanie za myśleniem, które wcześniej zrodziło psychotyczny lęk, i popieranie aborcji. Rzecz jasna, nie może być o tym mowy, gdy kobieta jest w stanie psychozy, czyli w stanie znoszącym zdolności decyzyjne, ale błędem byłoby, po uzyskaniu remisji, proponowanie aborcji jako metody zapobieżenia przyszłemu nawrotom. Cięża i oczekiwanie narodzin dziecka może działać lecząco i mobilizująco, tak na poziomie biologicznym, jak psychologicznym. Nie bez znaczenia jest także poszerzenie strefy kontroli, która pod wpływem sił działających w psychozie była bardzo ograniczona.

Całkiem inna jest struktura potrzeb kobiet z drugiej grupy - z zaburzeniami osobowości i wyraźnym deficytem emocjonalnym. Od psychotyczek różni je przede wszystkim niedorozwój uczuciowości wyższej. Jeśli u takich kobiet pojawi się groźba samobójstwa, jako odpowiedź na nieplanowaną i niechcianą ciążę, może być ona motywowana wyłącznie egoistycznymi pobudkami. Zdemaskowanie tych pobudek może być podstawowym zadaniem w procesie diagnozy. Idea usunięcia dziecka jako przeszkody może bazować na braku odczytania ciąży jako skutku swojego wcześniejszego postępowania. Motyw samobójczy może pojawić się, jeśli kobieta napotka trudny do pokonania opór. Komunikowany zamiar samobójczy będzie miał wówczas za zadanie odzyskanie kontroli, tak by problem został rozwiązany zgodnie z życzeniem kobiety. Mogą też pojawić się akty autoagresji (samouszkodzenia ciała), które mają uwiarygodnić wypowiedziane groźby, lub które będą formą odreagowania nieznośnego napięcia. W pierwszym kroku postępowanie musi być takie, jak w przypadku realnego zagrożenia samobójczego, czyli zapobieżenie aktom autoagresji, co w praktyce oznacza hospitalizację psychiatryczną. O wdrożeniu farmakoterapii zdecyduje lekarz psychiatra. Natomiast ciężar korekty zachowania będzie spoczywał na psychoterapeucie.

Ostatnia grupa to grupa „reaktywna”. W przypadku kobiet przeżywających ciążę jako dramat - może zrodzić się pytanie, czy komunikowany zamiar samobójczy nie jest faktycznie wyrazem desperacji, bo kobieta nie widzi innego wyjścia z sytuacji. W tym wypadku ryzyko samobójcze jest kwestią względną, bo kobieta tak naprawdę nie chce ani śmierci dziecka ani własnej, a jej zachowanie może być rozumiane jako „wołanie o pomoc”. Adekwatnie zaadresowana pomoc powinna zapobiec najgorszemu, tj. próbie samobójczej czy aborcji. W tej grupie bywają sytuacje bardziej i mniej oczywiste - gdy np. dobrze funkcjonująca osoba, niemal z dnia na dzień, na wiadomość, że jest w ciąży, pogrąża się w depresji i zaczyna rozważać kwestię własnej śmierci. Może to świadczyć o tym, że jej przystosowanie było tylko pozornie dobre. Prawdopodobnie przyczyną takich zachowań jest silny konflikt wewnętrzny.

W trzech wyróżnionych grupach (psychopatycznej, reaktywnej, psychotycznej) mające się narodzić dziecko, było postrzegane odpowiednio jako: przeszkoda, „dramat”, obiekt wokół którego koncentruje się lęk (psychotyczny). W każdym z przypadków rysuje się droga postępowania, pozwalająca uniknąć uśmiercenia dziecka w prenatalnej fazie życia. Nigdy nie wolno poprzestawać na pierwszej, narzucającej się interpretacji sytuacji kobiety, ani pochodzącej od niej samej, ani ze źródeł podważających wartość życia nienarodzonych.

Opisane stany skrajnie poważnych zaburzeń w przebiegu ciężkich chorób psychicznych, występujących - co podkreślają praktycy - bardzo rzadko, mogą w ich ocenie niekiedy prowadzić do zagrożenia życia ciężarnej pacjentki. Całkowicie przeczące wyjątkowości takich sytuacji, przewidzianej przez ustawodawcę w art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r., są natomiast głoszone publicznie nieuzasadnione poglądy, że poza skrajnymi i poważnymi zaburzeniami mogącymi realnie zagrażać życiu pacjentki, możliwe jest przerwanie ciąży jedynie dla poprawy ogólnie pojmowanego dobrostanu psychicznego matki. Dla uzasadnienia prezentowanego stanowiska należy przytoczyć następujące argumenty. Przede wszystkim już z literalnego brzmienia § 2 ust. 1 rozporządzenia w sprawie kwalifikacji zawodowych lekarzy wynika, że wystąpienie okoliczności mających stanowić podstawę decyzji o aborcji, stwierdza właściwy dla choroby kobiety lekarz specjalista. Sformułowanie to obejmuje więc sytuacje, w których stan zagrożenia życia (lub zdrowia jak wskazuje przepis) matki występuje w przebiegu choroby, jak to zostało zobrazowane powyżej na przykładzie konkretnych zaburzeń psychicznych. Niedopuszczalne nie tylko w świetle przepisów Konstytucji, orzecznictwa TK, ale samego przepisu art. 4a ust. 1 pkt. 1 u.p.r. jest zatem pozbawienie życia dziecka poczętego w przypadkach, w których choroba kobiety w ogóle nie została zdiagnozowana, a aborcja ma - w subiektywnym przekonaniu pacjentki - stanowić remedium na pogorszenie nastroju, rozchwianie emocjonalne, lęki wywołane obawą o przyszłość swoją lub dziecka, etc. - czyli sytuacje mogące normalnie występować (z różnym natężeniem) w okresie ciąży. Także w szczególności przepisy u.z.l. i Kodeksu Etyki Lekarskiej nakazują w takich sytuacjach odpowiednie zaopiekowanie pacjentki poprzez przeprowadzenie wszelkiego postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego z należytą starannością, i poświęceniem im niezbędnego czasu (art. 8 KEL w zw. z art. 4 u.z.l.) oraz podejmowanie działań z troską o zachowanie zdrowia i życia dziecka (art. 39 KEL w zw. z art. 4 u.z.l.). W pełni zasadne wydaje się więc - w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego ciężarnej pacjentki zaobserwowanych podczas wizyty u lekarza - np. skierowanie jej do właściwego oddziału szpitalnego w celu podjęcia stałego monitorowania stanu jej zdrowia i w razie potrzeby wdrożenia adekwatnego do jej sytuacji i jednocześnie bezpiecznego dla dziecka leczenia. Zauważyć przy tym trzeba, że prawidłowa opieka medyczna i rzetelne monitorowanie stanu zdrowia kobiety z zaburzeniami psychicznymi powinny znacznie przyczynić się do zmniejszenia ryzyka ujawnienia się zagrażających życiu tendencji samobójczych, o których mowa powyżej. O tym jak istotne w procesie leczenia jest kontrolowanie stanu zdrowia pacjenta, wskazuje piśmiennictwo: „[...]lekarz stawia rozpoznanie na podstawie: wywiadu, badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych. Jednak ustalone rozpoznanie zawsze wymaga ponownej oceny, ponieważ mogą występować choroby wtórne, powikłania i niepożądane objawy leczenia oraz „atypowe” przypadki postępu choroby lub wybrane leczenie jest nieskuteczne. Dlatego należy pamiętać o jeszcze jednym ważnym elemencie diagnostycznym, jakim jest monitorowanie”²⁶.

Należy zatem podkreślić, że nawet jeśli u kobiety ciężarnej zostanie rozpoznany poważny stan - jednostka chorobowa o podłożu psychicznym, wtenczas w pierwszej kolejności obowiązkiem specjalistów jest wdrożenie odpowiedniego leczenia. W zależności od powagi stanu kobiety, proponowane są metody inne niż farmakologiczne, tj. oddziaływania psychoterapeutyczne. Przede wszystkim to lekarz o odpowiednich kwalifikacjach dobiera właściwe metody leczenia, które będą skuteczne dla ochrony kobiety, ale równocześnie bezpieczne dla dziecka. W celu zapobieżenia zagrożeniu dla stanu somatycznego, jak i psychicznego podejmowane są wszelkie działania, które skutecznie wyeliminują ów stan, przy czym odnosząc się do

26 I. Wrześniewska-Wal, *Przebieg ciąży a zdrowie matki i dziecka w wybranych orzeczeniach sądu lekarskiego*, Kultura Prawna nr 1 (1/2018), s. 77.

zdrowia psychicznego istotne jest określenie stopnia jego zagrożenia właśnie poprzez ocenę ryzyka samobójczego i ciągłe monitorowanie stanu pacjentki.

Z uwagi na powyższe należy przyjąć, że decyzja o przerwaniu ciąży i pozbawieniu życia dziecka na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. wymaga uprzedniego podjęcia działań zgodnych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 u.z.l.). Ponadto, wymienione w u.z.l. zasady etyki zawodowej wymagają, aby wymienione działania uwzględniały zarówno dobro matki, jak i jej dziecka (art. 39 KEL). Zauważyć trzeba, że doktryna wskazuje, iż zasady etyki zawodowej powiązane są z wymogiem wykonywania zawodu lekarza (a także innych zawodów medycznych) z należytą starannością: „[c]o istotne, dla przewinień zawodowych nie tylko w ustawie lekarskiej, ale i w treści przepisów regulujących zasady wykonywania pozostałych zawodów medycznych również można odnaleźć łączność z etyką zawodową. Z tego względu W. Borysiak podkreśla, że zachowywanie należytej staranności może być uznane za jedną z zasad etycznego wykonywania zawodów medycznych. Powyższe potwierdza konstrukcja art. 8 KEL. (...) Ze względu na podwójną naturę przewinienia zawodowego organy odpowiedzialności zawodowej oceniają należytą staranność zarówno z punktu zasad etyki, jak i przepisów prawa. W mojej opinii, każde przewinienie zawodowe wiąże się z niedochowaniem należytej staranności. Staranność np. lekarza będzie oceniana ze względu na reguły zawodowe (art. 4 ZawLekU) oraz zasady etyczne (art. 8 KEL)²⁷”. Z powyższego można wyprowadzić wniosek, że niepodjęcie zgodnych z regułami art. 39 KEL działań przez lekarza wobec kobiety ciężarnej, a więc uwzględniających także dobro jej dziecka, w świetle prawa stanowi przewinienie zawodowe. W konsekwencji także na gruncie przepisów prawa medycznego niedopuszczalne jest przyjęcie, że przerwanie ciąży może stanowić „metodę leczenia” problemów zdrowia psychicznego ciężarnych.

4. Podsumowanie

Ustawodawca krajowy przewidział określone przypadki dopuszczalnego przerwania ciąży, a więc pozbawienia życia rozwijającego się dziecka poczętego. Liczba legalnych przypadków takich działań na przestrzeni lat ulegała zmianie, głównie za sprawą działalności orzeczniczej Trybunału Konstytucyjnego, który uznał niezgodność z Konstytucją RP przepisu dopuszczającego aborcję z przyczyn społecznych (1997 r.) oraz na podstawie podejrzenia choroby lub wady rozwojowej dziecka (2020 r.).

Pozostała w art. 4a ust. 1 pkt 1 przesłanka zagrożenia zdrowia kobiety w ciąży jest aktualnie przedmiotem ożywionej dyskusji, a jednocześnie budzi poważne zastrzeżenia prawne. Autorzy niniejszej analizy wykazują, że w świetle obowiązujących przepisów i utrwalonego orzecznictwa TK w przedmiocie prawnej ochrony życia człowieka nieakceptowalne jest przyjęcie, że życie dziecka w prenatalnej fazie rozwoju może zostać – posługując się terminologią z kodeksu karnego – poświęcone w celu ochrony dobra prawnego niższego rzędu, a więc np. zdrowia matki (o czym przesądził Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 30 września 2008 r. sygn. K 44/07).

27 I. Wrześniewska-Wal, Komentarz do art. 4 u.z.l. [w:] System Prawa Medycznego T. 6, red. Barczak-Oplustil/Sroka, 2023, nb. 96 i 101.

W praktyce medycznej dopuścić należy sytuacje, że w przebiegu niektórych chorób psychicznych kobiety u kobiet ciężarnych mogą ujawnić się tendencje samobójcze, stanowiące mniej lub bardziej realne zagrożenie życia. Również w takich przypadkach aborcja nie może być traktowana jako środek terapeutyczny, a pomoc medyczna powinna opierać się na dostępnych metodach jakimi są w szczególności: hospitalizacja, farmakoterapia i psychoterapia. Zastosowanie tych środków pozwala na właściwe zaopiekowanie pacjentki przy jednoczesnym poszanowaniu dobra prawnego jakim jest życie dziecka poczętego. Do tego rodzaju rozwiązań obligują też przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej - we wszelkich działaniach podejmowanych względem kobiety w ciąży lekarz ma bowiem obowiązek zadbania o życie i zdrowie zarówno matki, jak i dziecka (art. 39 KEL w zw. z art. 4 u.z.l.). W praktyce oznacza to podjęcie starań o przywrócenie zdrowia matce z użyciem metod i środków terapeutycznych bezpiecznych także dla dziecka.

Na tle przedstawionych argumentów trzeba natomiast całkowicie odrzucić pojawiające się w debacie tezy: o „terapeutycznym” charakterze aborcji oraz o dopuszczalności jej dokonania na podstawie art. 4a ust. 1 pkt 1 u.p.r. w sytuacjach, w których nie jest to ostatecznością, a zgodnie z aktualną wiedzą medyczną istnieją dostępne środki mogące uchylić stan zagrożenia życia kobiety wywołany przebiegiem choroby psychicznej.



WSPARCIE DARZYŃCÓW

Instytut Ordo Iuris jest fundacją i zakres naszej aktywności jest ściśle uzależniony od funduszy, które pozyskamy na działalność statutową. Ceniąc sobie niezależność, nie korzystamy ze środków publicznych i grantów, których pozyskanie mogłoby ją ograniczać. Naszą działalność prowadzimy tylko dzięki hojności naszych Darczyńców, zwłaszcza tych, którzy wspierają nas regularnie co miesiąc w ramach Kręgu Przyjaciół (więcej na: www.przyjaciele.ordoiuris.pl)

RAZEM MOŻEMY REALNIE WPŁYWAĆ NA RZECZYWISTOŚĆ!

DAROWIZNĘ MOŻNA PRZEKAZAĆ NA KONTO

32 1160 2202 0000 0002 4778 1296

Fundacja Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris
ul. Zielna 39, 00-108 Warszawa
oraz za pomocą przelewów internetowych
Tpay i PayPal (szczegóły na stronie www.ordoiuris.pl)



ordoiuris.pl



[/ordoiuris](https://www.facebook.com/ordoiuris)



[/ordoiuris](https://www.youtube.com/ordoiuris)



[/ordoiuris](https://www.instagram.com/ordoiuris)



[@ordoiuris](https://twitter.com/ordoiuris)