

Katarzyna Bliźniewska-Kowalska<sup>1</sup>, Monika Talarowska<sup>1</sup>, Agnieszka Szewczyk,  
Piotr Gałeczki<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

<sup>2</sup>Poradnia Psychologiczno-Psychiatryczna EGO w Łodzi

## Wspomagane samobójstwo — problem etyczny i prawny

*Assisted suicide: ethical and legal problem*

### Abstract

*The phenomenon of assisted suicide is even more common. From the legal point of view, assisted suicide and euthanasia should be distinguished. During assisted suicide, the organization provides only the necessary resources, and the patient himself commits suicide by self-administration of the deadly dose of the substance. Assisted suicide is legal in many countries, and in Switzerland it is also allowed for foreigners. In this paper, we present two clinical cases in which Polish patients were willing to undergo such procedure. The aim of this study was to present legal and ethical problems related to the issue of assisted suicide according to the Polish law.*

*Psychiatria 2019; 16, 1: 44–49*

**Key words:** *assisted suicide, mental health, suicide, legal issues, ethical issues*

### Wstęp

Samobójstwa stanowią poważny problem medyczny i społeczny. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) rocznie z powodu samobójstwa umiera około 800 000 osób. Należy jednak pamiętać, że nie każda próba samobójcza kończy się zgonem, dlatego szacuje się, że rzeczywista liczba podejmowanych prób samobójczych na świecie znacznie przekracza wymienioną [1]. W Polsce w 2017 roku średnio co godzinę i 40 minut dokonano skutecznej próby samobójczej [2]. W tym samym roku zgodnie z danymi Komendy Głównej Policji podjęto 11 139 zamachów samobójczych, z czego 5276 (47,4%) zakończyło się zgonem. Najwięcej próby samobójcze podejmowały osoby w wieku 19–44 lat (łącznie 5784 osób, co stanowiło 52% wszystkich zarejestrowanych zamachów w 2017 roku), a do samobójstw zakończonych zgonem najczęściej dochodziło w grupie wiekowej pomiędzy 55.–59. rokiem życia (11,43%, 603 osoby) (ryc.1). Mimo że od 2017 roku Policja znacznie rozszerzyła zakres gromadzonych przez siebie danych na temat zamachów samobójczych,

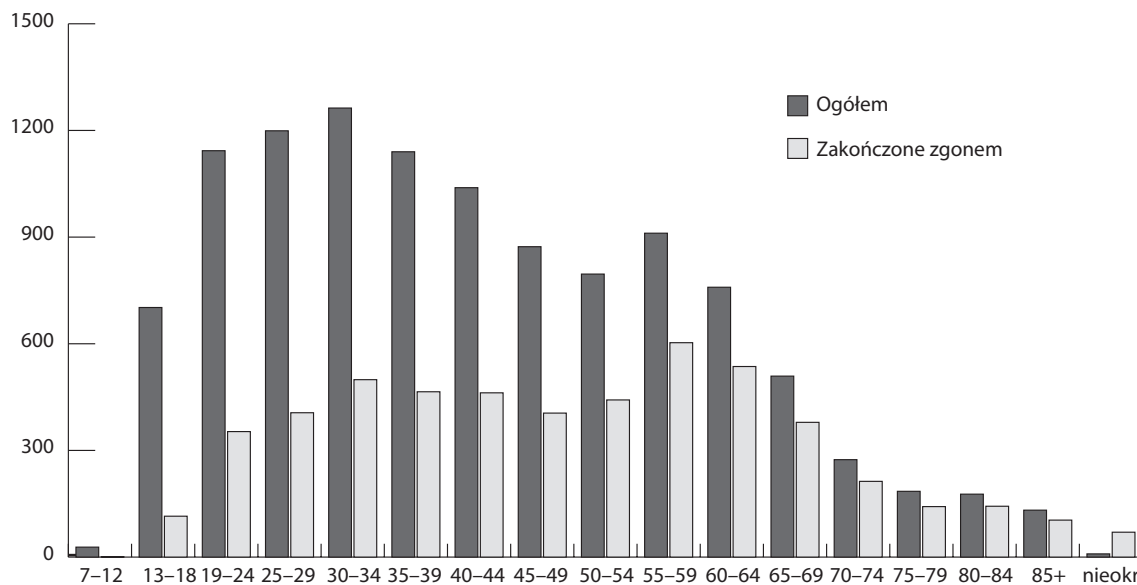
także o zachowania samobójcze, nadal nie ma w Polsce centralnego rejestru, do którego zgłaszane byłyby wszystkie podejmowane próby samobójcze. Dlatego dane policji dotyczące zamachów samobójczych, które nie zakończyły się zgonem, są prawdopodobnie znacznie zaniżone. Szacuje się bowiem, że podejmowanych prób samobójczych jest prawie dziesięciokrotnie więcej niż samobójstw udanych [2, 3].

Większości udanych prób samobójczych w latach 2013–2017 dokonali mężczyźni (ryc. 2) [2]. Zauważalna jest dość znaczna dysproporcja pomiędzy obiema płciami w zakresie wspomnianych zachowań. Takie zjawisko obserwuje się przede wszystkim w krajach wysoko rozwiniętych. Przyczyną może być coraz wyraźniejsza w ostatnich latach zmiana ról społecznych [2–6]. U kobiet stwierdza się ewolucyjnie uwarunkowaną łatwość w okazywaniu emocji oraz społeczne przyzwolenie na wyrażania smutku i przygnębienia, większą dbałość o stan swojego zdrowia oraz częstsze szukanie specjalistycznej medycznej pomocy [7]. Przy identycznych osiowych objawach depresji u obojga płci [8], odmienne wydają się sposoby radzenia sobie z nimi wybierane przez mężczyzn i kobiety.

Do skutecznych samobójstw dochodzi najczęściej w prywatnych mieszkaniach. Dane wskazują także, że najwięcej samobójstw zdarza się w poniedziałek (w od-

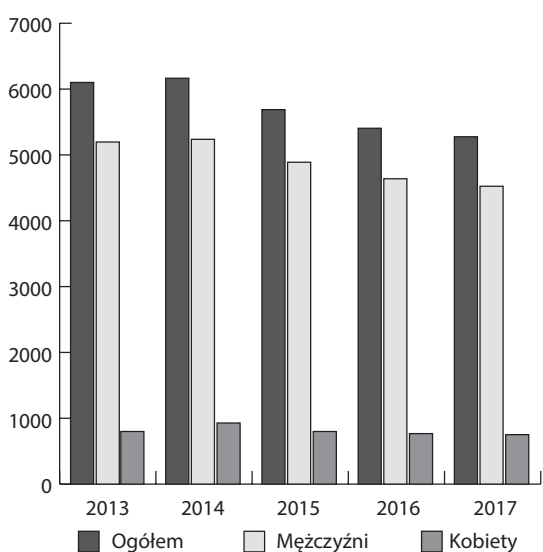
### Adres do korespondencji:

lek. Katarzyna Bliźniewska-Kowalska  
Klinika Psychiatrii Dorosłych UM  
ul. Aleksandrowska 159, 91–229 Łódź  
tel.: 42 71 55 985, faks: 42 640 50 58  
e-mail: katarzyna.blizniewska-kowalska@umed.lodz.pl



Rycina 1. Zamachy samobójcze w 2017 roku — podział ze względu na grupy wiekowe; dane na podstawie statystyk policyjnych; źródło: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>

Figure 1. Suicide attempts in 2017 — by age groups; data based on police statistics; source: <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> [2]



Rycina 2. Zamachy samobójcze zakończone zgonem w latach 2013–2017 — podział ze względu na płeć [2]

Figure 2. Fatal suicide attempts in 2013–2017 — by gender [2]

różnieniu od statystyk z lat ubiegłych, gdy najczęściej samobójstw popełniano w piątek) i jest dokonywanych przez powieszenie. Istotne wydaje się także, iż około 30% prób samobójczych w Polsce w 2017 roku dokonywanych było pod wpływem alkoholu. W 2017 roku 2562 z 11 139 osób chcących popełnić samobójstwo leczycy się wcześniej psychiatrycznie [2].

Próba samobójcza w wywiadzie jest najistotniejszym jednostkowym czynnikiem ryzyka samobójstwa [1]. Do

głównych przyczyn zachowań samobójczych zalicza się zaburzenia psychiczne, nieporozumienia rodzinne oraz przewlekłe choroby somatyczne. Obserwuje się 12-krotnie więcej samobójstw u osób z zaburzeniami psychicznymi — głównie afektywnymi, schizofrenią i zaburzeniami osobowości — w porównaniu z populacją ogólną. Badania wskazują również na zwiększające się prawdopodobieństwo samobójstwa u pacjentów z zaburzeniami kontroli impulsów, u osób nadużywających alkohol i inne substancje psychoaktywne oraz z zaburzeniami lękowymi [3–6].

#### Wspomagane samobójstwo a eutanazja

Coraz częściej można się spotkać w literaturze ze zjawiskiem tak zwanego samobójstwa na życzenie czy też wspomaganego samobójstwa. Z prawnego punktu widzenia należy rozgraniczyć wspomaganie samobójstwo i eutanazję. Eutanazję można podzielić na czynną oraz bierną, rozumianą jako zaniechanie dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta, czyli dystanazji [9, 10]. W przypadku czynnej eutanazji śmiertelna dawka leku jest podawana bezpośrednio przez personel medyczny. Podczas wspomaganego samobójstwa, ośrodek medyczny zapewnia jedynie niezbędne środki, a pacjent sam odbiera sobie życie poprzez samodzielne przyjęcie danej substancji. Wspomagane samobójstwo jest legalne w wielu krajach, a w Szwajcarii również dozwolone dla obcokrajowców, co zwiększa zjawisko tak zwanej „turystyki samobójczej” [11].

### Procedura wspomaganego samobójstwa

W Szwajcarii pod koniec lat 90. XX wieku w kantonie Zurych powstała organizacja, zajmująca się między innymi pomocą w samobójstwie. Aby móc skorzystać z takiej usługi, trzeba spełnić kilka warunków:

- być członkiem ww. organizacji,
- posiadać pełną zdolność do świadomego podejmowania decyzji,
- posiadać minimalną sprawność fizyczną pozwalającą na samodzielne spożycie śmiertelnościowego leku [10].

Szwajcarska organizacja składa się z różnych grup członków. Niewielka grupa aktywnych członków stanowi podstawę stowarzyszenia. Członkowie komitetu mają za zadanie pełnić rolę specjalistycznych konsultantów w zarządzaniu stowarzyszeniem. Jednakże co do zasady każda osoba pełnoletnia może zostać zwykłym członkiem stowarzyszenia, nawet jeśli nie jest rezydentem Szwajcarii i posiada obce obywatelstwo. Aby dołączyć do organizacji wystarczy wysłać (drogą mailową lub listowną) deklarację członkostwa. Stowarzyszenie pisemnie potwierdza akceptację i przesyła formularz instrukcji pacjenta, który należy wypełnić i odesłać. Wraz z tym listem nowy członek otrzymuje również fakturę ze szczegółowymi instrukcjami dotyczącymi płatności. Jednorazowa opłata wstępna za przystąpienie wynosi 200 CHF, a minimalna roczna opłata członkowska 80 CHF [10]. Każdy członek — bez względu na to, czy mieszka w Szwajcarii, czy za granicą — może poprosić o samobójstwo towarzyszące/wspomagane samobójstwo w siedzibie organizacji. Musi złożyć formalny wniosek zawierający list z prośbą o pomoc przy samobójstwie, notatkę biograficzną oraz dokumentację medyczną. Dane te są przekazywane do oceny szwajcarskiemu lekarzowi współpracującemu z organizacją. Zgodnie z informacjami zawartymi na oficjalnej stronie stowarzyszenia okres na przygotowanie do wspomaganego samobójstwa wynosi około 3 miesiące, z uwagi na konieczność dopełnienia wszelkich wymaganych formalności [10]. Całkowity koszt opisanej „usługi” wynosi około 10 500 CHF. Cena ta obejmuje między innymi organizację dwóch wizyt u lekarza, który bada stan zdrowia, ocenia wolę śmierci pacjenta i wypisuje receptę na lek. Rytuał śmierci w siedzibie organizacji na przedmieściach Zurychu trwa niecałą godzinę. Członek stowarzyszenia po raz kolejny potwierdza wolę odejścia. Najpierw zażywa środek przeciwwymiotny, a następnie wypija 15 gramów pentobarbitalu sodu i zapada w głęboki sen. Kilkanaście minut później przestaje oddychać. W każdym przypadku, z przyczyn prawnych, pacjent musi być w stanie samodzielnie podjąć się ostatecznego aktu — czyli połknięcia, podania przez zgłębnik żołądkowy lub otwarcia zastawki drogi dożylniej [10]. Z założenia organizacja ta ma charakter charytatywny. Ma pomagać

osobom cierpiącym z powodu ciężkich chorób, niestety granica jest trudna do określenia, zwłaszcza gdy dotyczy chorób psychicznych.

### Wspomagane samobójstwo w zaburzeniach psychicznych

W niektórych przypadkach za chorobę umożliwiającą samobójstwo wspomagane uznano również depresję [11]. W Holandii i Belgii pomoc medyczna przy śmierci (PAD, *physician-assisted death*), choć rzadko stosowana, jest dozwolona w zaburzeniach psychicznych [12]. To powoduje głębokie rozważania kliniczne i etyczne. Obecnie depresję w większości przypadków można bowiem skutecznie leczyć. Ponadto w jej najcięższych postaciach objawy natury psychicznej mogą poważnie wpływać na zdolności pacjenta do wyrażenia ważnej zgody na jakąkolwiek czynność medyczną, w tym wspomaganego samobójstwa. Często pomija się również fakt, że jakkolwiek poważna i upośledzająca choroba somatyczna, źródło intensywnego i przewlekłego cierpienia, niesie ze sobą bardzo duże ryzyko wystąpienia nierozpoznanych stanów depresyjnych, które z kolei mogą negatywnie wpływać na zdolność wyrażania ważnej zgody [11]. Niektórzy zwolennicy odpowiadają, że ograniczenie PAD do osób cierpiących na śmiertelną chorobę fizyczną są arbitralne i nielogiczne, argumentując, że cierpienie osób chorych psychicznie może trwać latami, nawet przez resztę ich życia [12].

Celem pracy jest przybliżenie problemów związanych z zagadnieniem samobójstwa na życzenie na gruncie obowiązujących w Polsce przepisów prawa, przede wszystkim ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 roku (Dz.U. 1994 nr 111, poz. 535). Poniżej zaprezentowano dwa przypadki kliniczne, w których pacjenci wyrazili zamiar skorzystania z takiej usługi.

#### Opis 1. przypadku

Do gabinetu lekarza psychiatry, a następnie psychologa zgłosił się 66-letni pacjent w celu wykonania badania psychologicznego — opisu osobowości, oceny funkcjonowania poznawczego oraz przede wszystkim oceny zdolności do podejmowania swobodnych i świadomych decyzji. Pacjent poinformował również swojego lekarza psychiatrę oraz psychologa wykonującego diagnozę o zamiarze skorzystania z usług organizacji zajmującej się samobójstwem na życzenie.

Pacjent jest mieszkającym samotnie kawalerem mającym wyższe wykształcenie, pracującym umysłowo. Nigdy nie założył rodziny, nie był w żadnym związku. Jest jedynakiem. Kilka miesięcy przed badaniem psychologicznym zmarła matka pacjenta, z którą był bardzo związany. Mężczyzna leczył się psychiatrycznie od około 40. roku

życia z powodu zaburzeń nerwicowych. Po uzyskaniu poprawy nie kontynuował leczenia. Od śmierci ojca około 20 lat temu stale przyjmuje leki nasenne ułatwiające zasypianie. Ponownie leczony psychiatrycznie od około 1,5–2 lat wstecz. Jego stan psychiczny pogorszył się, gdy matka zaczęła poważnie chorować. W ostatnim czasie przyjmował sulpiryd oraz trazodon. Negował razy głowy w przeszłości. Nie był leczony somatycznie.

Pacjent podkreślał, że śmierć matki była dla niego dużym ciosem. Poza matką praktycznie nie miał rodziny. Byli ze sobą bardzo związani. Nie mieszkali razem, jednak relacje mieli bardzo bliskie. Od śmierci matki badany skarżył się na znaczne obniżenie nastroju, poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, myśli i tendencje suicydalne, objawy lękowe. Pół roku przed badaniem przeszedł na emeryturę, z uwagi, jak podaje, na „kryzys intelektualny”. Pacjent twierdził, że zaczął unikać kontaktów z innymi ludźmi, całkowicie wycofał się z relacji interpersonalnych. Wielokrotnie podkreślał cierpienie, jakiego doświadczał w związku ze śmiercią matki. Czuł się samotny i opuszczony. Mówił o tym, że nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować. Nie widział dla siebie przyszłości, możliwości poprawy swego stanu.

Pacjent wyznał, iż zgłosił się do psychologa w celu dopełnienia wszelkich formalności przed dokonaniem wspomaganego samobójstwa. Podkreślał, że nie planuje sam odebrać sobie życia, chciałby, aby stało się to w profesjonalnej klinice w Szwajcarii. Zaczął już gromadzić wszystkie potrzebne dokumenty. Podczas badania psychologicznego pacjent był w dobrym kontakcie słowno-logicznym. Prawidłowo zorientowany co do miejsca, czasu i własnej osoby. Utrzymywał kontakt wzrokowy. Nastrój wyrównany, mimika żywa, adekwatna do wypowiedzanych treści. Obecne myśli rezygnacyjne. Bez objawów wytwórczych w trakcie badania. W badaniu wykorzystano metody kliniczne (wywiad, obserwacja) oraz psychometryczne: test *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2), test figury złożonej Reya, test pamięci wzrokowej Bentona, próbę uczenia się 10 słów, *Trail Making Test* (TMT) Reitana, kłocki z *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-R [PL]), próby neuropsychologiczne.

Wnioski z badania psychologicznego:

1. Obecność cech o charakterze zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN) pacjenta w przeprowadzonych testach bez cech otępienia. Obniżenie szybkości przetwarzania informacji, efektywności procesów uwagi pozostające bez wpływu na zdolność oceny sytuacji i podejmowania decyzji.
2. Objawy zaburzeń depresyjnych, jako reakcja żałoby na stratę znaczącego dla pacjenta obiektu.
3. Istotny wpływ na sposób funkcjonowania pacjenta, stopień ciężkości doświadczanych przez niego objawów mają utrwalone, niezmiennie cechy osobowości.

## Opis 2. przypadku

Pacjent, lat 28, 4-krotnie hospitalizowany psychiatrycznie z rozpoznaniem zaburzeń osobowości — osobowość narcystyczna. Ostatnia hospitalizacja przed 6 miesiącami. Wówczas pacjent został skierowany z poradni zdrowia psychicznego z powodu nasilonego lęku z napadami paniki, zaburzeń snu, drażliwości. W wywiadzie w dzieciństwie ADHD (*attention-deficit hyperactivity disorder*). Somatycznie długotrwałe nieleczone. W czasie hospitalizacji pacjent początkowo w silnym lęku, z trudnościami w ogniskowaniu uwagi, ze wzmożoną przerzutnością, z deficytem myślenia abstrakcyjnego, myślenie sztywne, nadmiernie konkretne. Obraz psychopatologiczny z dominującymi objawami ADHD u osoby dorosłej. Stopniowo w toku zastosowanego leczenia uzyskiwano stopniową poprawę stanu psychicznego, wyrównanie rytmów okołodobowych, znaczną redukcję lęku i niepokoju, redukcję natrętnych ruminacji.

Pacjenta skierowano na dalszą terapię w poradni psychologicznej oraz zalecono regularne przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych — paroksetyny i bupropionu — oraz rispiperidonu w małej dawce przed snem.

Obecnie po ostatniej hospitalizacji pacjent w terapii poznawczo-behawioralnej. Silnie skoncentrowany na swoich niepowodzeniach, wielkościowy, roszczeniowy, przerzucający odpowiedzialność za powodzenie terapii na terapeutę. Silne poczucie krzywdy, bycia gorszym od innych. Nastrój uwarunkowany sytuacyjnie, chwiejność emocjonalna. W trakcie ostatniego spotkania bez myśli i tendencji suicydalnych, nastrój wyrównany. Trzy dni po ostatniej wizycie pacjent poinformował swojego terapeuty, że z powodu dotkliwej samotności postanowił skontaktować się z organizacją w Szwajcarii zajmującą się wspomaganym samobójstwem. Podał, że już kontaktował się z tą organizacją (e-mail) w celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji na temat procedury. W wykonanym badaniu psychologicznym 4 lata wcześniej, podczas poprzedniej hospitalizacji stwierdzono brak cech o charakterze zmian organicznych w OUN pacjenta w przeprowadzonych testach. Subiektywnie odczuwane przez pacjenta osłabienie funkcjonowania poznawczego (trudności w koncentracji uwagi) może być spowodowane silnym lękiem przed oceną, cechy osobowości narcystycznej i anankastycznej, wysoki poziom lęku jako cechy osobowości, powiązany z impulsywnością zachowania, silną potrzebę osiągnięć, wysokie wymagania skierowane wobec siebie i innych, co w przypadku niepowodzenia zmusza pacjenta do rezygnacji z działania i może być przyczyną dekompensacji pod postacią objawów lękowo-depresyjnych, w relacjach z innymi zaznacza się potrzeba autoprezentacji i akceptacji. Prezentowane przez pacjenta objawy pojawiły się prawdopodobnie

w mechanizmie dekompensacji osobowości w obecnej sytuacji życiowej.

### Dyskusja

Przy analizie opisanych powyżej przypadków należy rozgraniczyć dwie sytuacje — pierwszą — kiedy pacjent jedynie informuje, że rozważa skorzystanie z „usługi” wspomaganego samobójstwa, oraz drugą — w której pacjent podjął już pewne kroki w celu dopuszczenia do samobójstwa. Co robić w sytuacji, gdy wiemy, że pacjent ma już wyznaczony termin samobójstwa i wykupiony bilet na samolot? Wydaje się, że pierwszym przypadkiem mamy do czynienia z myślami samobójczymi, w drugim z realnym zagrożeniem życia i tendencjami samobójczymi z dokładnie określonym planem i czasem podjęcia próby.

Zgodnie z preambułą do polskiej ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Uo-OZP) [13], zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa. Zgodnie z art. 23 i 24 tejże ustawy osoba, która bezpośrednio zagraża swojemu życiu albo życiu lub

zdrowiu innych osób, może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego, w celu diagnostyki i ewentualnego leczenia bez swojej zgody. W obliczu obowiązującego w Polsce prawa, każdy kto posiada wiedzę o tym, iż inna osoba planuje popełnić samobójstwo, powinien powiadomić odpowiednie służby, w celu uniknięcia zamachu samobójczego. Co w sytuacji, gdy pacjent zamierza popełnić tak zwane wspomaganie samobójstwo poza granicami Polski, w kraju, w którym takie procedury są legalne?

Zdaniem autorów niniejszej pracy, odpowiedź na pytanie o algorytm skutecznych i właściwych interwencji w opisanych przypadkach nie jest prosty. Z pewnością, należy pamiętać o tym, że w żadnym przypadku, bez osobistego zbadania pacjenta oraz oceny jego bieżącego stanu psychicznego, obecności/intensywności myśli suicydalnych nie można podjąć żadnej decyzji. Istotne znaczenie wydaje się mieć również historia życia pacjenta, wcześniejsze próby suicydalne, stopień zaburzeń osobowości, a także charakter i siła więzi terapeutycznej. Najbezpieczniejszym postępowaniem wydaje się w takich przypadkach ocena ryzyka podjęcia próby suicydalnej bazująca na standardowych czynnikach ryzyka, na przykład zgodnie z kwestionariuszem oceny ryzyka podjęcia próby samobójczej (tab. 1) [14].

**Tabela 1.** Kwestionariusz oceny ryzyka podjęcia próby samobójczej [14]

**Table 1.** Suicide risk assessment questionnaire [14]

1. Jasno i wprost wyrażone samobójcze zamiary
2. Obecne w rodzinie pacjenta przypadki samobójstw, gróźb, maltretowania
3. Próby samobójcze w wywiadzie
4. Pacjent ułożył sobie konkretny plan jak dokona samobójstwa
5. Utrata przez pacjenta bliskiej osoby
6. Uwagę pacjenta zwróciła rocznica straty
7. Objawy czynnej psychozy u pacjenta
8. Nadużywanie alkoholu/innych substancji psychoaktywnych/leków
9. Pacjent doznał ostatnio fizycznego i/lub psychicznego urazu
10. Samotność. Pacjent mieszka sam i nie utrzymuje kontaktów interpersonalnych
11. Zaburzenia depresyjne w obrazie psychopatologicznym pacjenta
12. Pacjent rozdaje swoje rzeczy lub porządkuje sprawy osobiste
13. Pacjent doświadcza dominującego uczucia beznadziei i/lub beznadziejności
14. Pacjent wykazuje radykalną zmianę zachowania i nastroju (apatia, wycofanie, izolacja, drażliwość)
15. Wysokie nasilenie jednej lub kilku emocji: gniew, agresja, wrogość, rozpacz, rozczarowanie
16. Poważne problemy finansowe pacjenta
17. Pacjent ma urojenia prześladowcze
18. Niezaplanowana ciąża
19. Pobyt w areszcie, problemy z prawem
20. Tematy związane ze śmiercią pojawiają się w rozmowach, tekstach itd.
21. Przekonanie pacjenta, że po jego śmierci jego bliskim będzie lepiej i że nikomu nie jest potrzebny

**Odniesienie 4–5 z tych czynników ryzyka sygnalizuje istotne zagrożenie popełnienia samobójstwa**

**Podsumowanie**

Stosowane obecnie leczenie zaburzeń psychicznych jest w dużej mierze skuteczne. Nawet jeśli nie uda się osiągnąć pełnej remisji objawów, współcześnie dostępne metody leczenia pozwalają, w większości przypadków, na

znaczną poprawę jakości życia pacjentów. To powoduje, że kwestia wspomagane samobójstwa u pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne rodzi liczne dylematy etyczne i należy do niej podchodzić z dużą ostrożnością.

**Streszczenie**

Coraz częściej można się spotkać ze zjawiskiem wspomagane samobójstwa. Z prawnego punktu widzenia należy rozgraniczyć wspomagane samobójstwo i eutanazję. Podczas wspomagane samobójstwa, ośrodek medyczny zapewnia jedynie niezbędne środki, a pacjent odbiera sobie życie poprzez samodzielne przyjęcie danej substancji. Wspomagane samobójstwo jest legalne w wielu krajach, a w Szwajcarii jest również dozwolone dla obcokrajowców. W niniejszej pracy prezentujemy dwa przypadki kliniczne, w których pacjenci wyrazili zamiar poddania się takiej procedurze. Celem pracy jest przybliżenie problemów etycznych i prawnych związanych z zagadnieniem wspomagane samobójstwa na gruncie obowiązujących w Polsce przepisów prawa.

*Psychiatria* 2019; 16, 1: 44–49

**Słowa kluczowe:** *wspomagane samobójstwo, zdrowie psychiczne, samobójstwo, zagadnienia prawne, zagadnienia etyczne.*

**Piśmiennictwo**

1. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. <http://www.who>. (5.11.2018).
2. <http://www.statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>. (5.11.2018).
3. Łukasik M, Bliźniewska K, Skiba A, et al. Pacjent z myślami samobójczymi — właściwe postępowanie. *Medycyna po Dyplomie*. 2018; 27(3): 50–56.
4. Szulc A, Koweszko T, Gałecki P. Samobójstwo. *Medyk*, Warszawa 2016.
5. Hołyst B. *Suicydologia*. LexisNexis, Warszawa 2012.
6. Nock MK. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation plans, and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(98): 105, doi: 10.1007/springerreference\_184731.
7. Sendra-Gutiérrez JM, Asensio-Moreno I, Vargas-Aragón ML. Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017; 45(5): 185–200, indexed in Pubmed: 29044444.
8. Thompson AH, Bland RC. Gender similarities in somatic depression and in DSM depression secondary symptom profiles within the context of severity and bereavement. *J Affect Disord*. 2018; 227: 770–776, doi: 10.1016/j.jad.2017.11.052, indexed in Pubmed: 29689692.
9. Encyklopedia PWN, definicja eutanazji. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/eutanazja;3899253.html> (5.11.2018).
10. [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=62&lang=en](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=62&lang=en). (5.11.2018).
11. Bersani G, Rinaldi R, Iannitelli A. The assisted suicide of Italians in Switzerland and the silence of psychiatry. *Riv Psichiatr*. 2018; 53(4): 173–176, doi: 10.1708/2954.29693, indexed in Pubmed: 30087487.
12. Steinbock B. Physician-assisted death and severe, treatment-resistant depression. *Hastings Cent Rep*. 2017; 47(5): 30–42, doi: 10.1002/hast.768, indexed in Pubmed: 28940342.
13. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U. 1994 nr 111, poz. 535).
14. Gałecki P, Szulc A. *Psychiatria*. Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.