

Jan Kulesza

Uniwersytet Łódzki, Polska

jkulesza@wpia.uni.lodz.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0574-9120>

Adam Jerzy Białas

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska

adam.bialas@umed.lodz.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3501-167X>

Amputacja ze względu na dysfориę związaną z integralnością ciała a prawo karne

Amputation Due to Body Integrity Dysphoria and Criminal Law

Abstract: One of the issues related to the legality of medical procedures is the response to the question of the legality of deep interventions in the human body resulting from a patient's medical conditions. This includes the issue of amputating a healthy limb, which can lead to an improvement in the mental quality of life for a patient suffering from body integrity dysphoria. From a medical standpoint, non-invasive treatment methods do not lead to significant improvements in the patient's mental condition; in contrast, amputation serves as an effective therapeutic method. However, from the perspective of criminal law, such an amputation constitutes a severe impairment of human health. Nevertheless, since it has a medical justification, it is legally permissible under criminal law. A physician's actions for therapeutic purposes, conducted in accordance with the principles of medical practice, do not violate the rules governing the treatment of legal goods in the form of health. However, it is not possible to justify amputation solely based on the patient's consent to such a procedure (consent of the possessor of the legal good); an individual does not have the right to freely dispose of all their legal goods, and they cannot give legally valid consent to a severe impairment of their health.

Keywords: Body Integrity Dysphoria (BID), amputation of healthy limbs, criminal liability of a medical profession

Słowa kluczowe: *Body Integrity Dysphoria* (BID), amputacja zdrowych kończyn, odpowiedzialność karna lekarza

Wprowadzenie

Jedną z kwestii związanych z zakresem legalności zabiegów medycznych jest odpowiedź na pytanie o zgodność z prawem głębokich ingerencji w ciało człowieka, będących wynikiem jednostek chorobowych pacjenta. W tym zakresie mieści się zagadnienie amputacji zdrowej kończyny jako prowadzącej do poprawy jakości życia psychicznego pacjenta cierpiącego na dysforię związaną z integralnością ciała (ang. *Body Integrity Dysphoria* – BID). Jest to rzadkie zaburzenie o nie w pełni poznanej etiologii, polegające na silnym i utrzymującym się pragnieniu stania się osobą fizycznie niepełnosprawną w znaczący sposób (np. przez amputację kończyny), któremu towarzyszy trwały dyskomfort lub silne poczucie niezadowolenia względem aktualnego obrazu własnego ciała. Pragnienie stania się fizycznie niepełnosprawnym może prowadzić do szkodliwych konsekwencji, w tym również do podejmowania prób faktycznego stania się niepełnosprawnym, np. poprzez samoamputację kończyny, co stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia. Z kolei, choć interwencja chirurgiczna prowadzić może do uzgodnienia stanu ciała z pożądanym jego obrazem w mózgu pacjenta, staje się on jednak osobą niepełnosprawną. Zagadnienie to pozostaje poza polem zainteresowania polskiego piśmiennictwa prawniczego (z wyjątkiem: Boratyńska, 2019, s. 838–841; Boratyńska & Konieczniak, 2008, s. 34–36; Kubiak, 2015, s. 165–167).

Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy lekarz dokonujący amputacji jako metody leczenia BID powinien ponieść za ten czyn odpowiedzialność karną na podstawie art. 156 § 1 pkt 2 k.k. Pozbawienie kończyny stanowi bowiem ciężki uszczerbek na zdrowiu w rozumieniu wskazanego przepisu. Jednocześnie jednak lekarz taki działa na korzyść pacjenta, lecz w innej sferze – jego zdrowia psychicznego, zmierzając do wyleczenia go.

W pracy przyjęto hipotezę, zgodnie z którą dokonanie amputacji u osoby cierpiącej na BID jest zgodne z zasadami leczenia tego schorzenia jako jedyna skuteczna terapia. Stanowi działanie zgodne z zasadami sztuki medycznej – regułami postępowania z dobrem prawnym w postaci zdrowia człowieka. Nie może zatem skutkować odpowiedzialnością karną lekarza ze względu na brak naruszenia normy sankcjonowanej. Amputacja kończyny powinna jednak zostać poprzedzona zastosowaniem nieinwazyjnych metod terapii, o ile roszą one szanse na realne polepszenie stanu psychicznego pacjenta.

Aby osiągnąć założony cel pracy oraz zweryfikować trafność przyjętej hipotezy, jako niezbędne jawi się w pierwszym rzędzie przedstawienie zagadnienia BID od strony medycznej. Zostaną wyjaśnione kwestie terminologiczne, obraz kliniczny i postaci schorzenia, możliwe rodzaje terapii oraz ich skuteczność. Ta część zostanie zwięzła konkluzją odnośnie do terapii najskuteczniejszej oraz skuteczności terapii alternatywnych. Wnioski w zakresie metod leczenia zostaną następnie przełożone na podstawy braku albo uwolnienia od odpowiedzialności lekarza dokonu-

jącego amputacji jako metody leczenia BID. Ze względu na zróżnicowane poglądy doktryny rozważania obejmą perspektywę pierwotnej i wtórnej legalności zabiegów leczniczych oraz kwestię skuteczności zgody dysponenta dobrem prawnym w postaci zdrowia na dokonanie na nim ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Rozważania prawne, oprócz weryfikacji postawionej hipotezy badawczej, pozwolą zatem również na odniesienie jej do innych perspektyw dogmatycznych, aniżeli przyjęta przez autorów pracy. Poza polem rozważań pozostaną kwestie bioetyczne, jak również dotyczące innych gałęzi prawa (osoba taka staje się osobą niepełnosprawną, z czym system prawa wiąże określone konsekwencje).

1. Tło medyczne BID i metody terapii

Zaburzenie określane jako dysforya związana z integralnością ciała jest z kilku powodów problematyczne klinicznie. Na początku zaznaczyć warto, że spotykamy pewnie trudności nomenklaturowe samej jednostki nozologicznej. W źródłach angielskich występuje ona pod dwoma nazwami – jako wspomniana wcześniej dysforya związana z integralnością ciała, lecz niekiedy także jako zaburzenie tożsamości integralności ciała (ang. *Body Integrity Identity Disorder* – BIID). W historycznych opisach omawianego zaburzenia w literaturze medycznej, w tym najstarszych, pochodzących z lat 70. XX w., było ono natomiast określane mianem „apotemnofilii” (prawdopodobnie najstarsze opisy przypadków dotyczące BID pochodzą z 1977 r. – Money, Jobaris & Furth, 1977, s. 115–125). Ponadto używano także nazwy „ksenofilia” czy „zaburzenie tożsamości osoby po amputacji” (ang. *amputee identity disorder*) (zob. Kasten, 2023, s. 2). Wszystkie te terminy oddawały jednak charakter omawianego zaburzenia jedynie w części. Apotemnofilia łączyła pragnienie amputacji z orientacją seksualną, nie uwzględniając przyczyn nieseksualnych. Dodatkowo, podobnie jak termin „zaburzenie tożsamości osoby po amputacji”, sugerowała zawężenie obrazu klinicznego do pragnienia amputacji, nie obejmując innych form niepełnosprawności. Także termin „ksenomelia” wydaje się chybiony w aspekcie pacjentów, którzy przejawiają pragnienie paraplegii, a nie utraty kończyny (szerzej: Sedda & Bottini, 2014, s. 1255–1265).

Kolejnym ważnym podkreślenia problemem jest, że analizowane zaburzenie nie zostało ujęte ani w aktualnej, piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5), opublikowanej w 2013 r. (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013; wyd. pol.: Gałęcki i in., 2018), ani też w rewizji dziesiątej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* – ICD-10) (Światowa Organizacja Zdrowia, 2009, wyd. pol.: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012, s. 207–255), która na-

dal używana jest do celów sprawozdawczych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Zostało ono jednak uwzględnione w obowiązującej od roku 2022 rewizji jedenastej wspomnianej klasyfikacji (ICD-11) (World Health Organization, 2022), której oficjalna polska wersja nie została do tej pory opublikowana ani tym bardziej zastosowana w powszechnej praktyce klinicznej. Jednakże w kontekście analizowanej problematyki warto wspomnieć, że dostępna jest w Polsce kompleksowa publikacja z zakresu psychiatrii, w której jednostki nozologiczne omówiono właśnie na podstawie ICD-11 (Gałęcki & Szulc, 2023a, 2023b).

W rzeczowej klasyfikacji ICD-11 analizowane zaburzenie sklasyfikowano pod nazwą „dysforia związana z integralnością ciała” (ang. *Body Integrity Dysphoria* – BID), dlatego została ona przyjęta za wiążącą także przez autorów niniejszego opracowania. BID sklasyfikowana została w ICD-11 w nowym zbiorze jednostek nozologicznych, zatytułowanym *Zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym lub cielesnym doświadczeniem* (ang. *disorders of bodily distress or bodily experience*), na który składają się dwie kategorie diagnostyczne, mianowicie zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym (ang. *bodily distress disorder*) oraz właśnie dysforia związana z integralnością ciała (World Health Organization, 2022).

Dla pełniejszego zrozumienia samej nazwy tego zaburzenia wyjaśnienia wymaga także sam termin „dysforia”, czyli złość, będąca zaburzeniem uczuciowości. P. Gałęcki i A. Szulc (2023a, s. 47) piszą, że, jest to nastrój cechujący się negatywnie przeżywanym wzburzeniem związanym z poczuciem ograniczenia, frustracji, przy braku możliwości realizacji własnych celów. Użycie terminu „dysforia” w nazwie omawianego zaburzenia wydaje się trafnie odzwierciedlać jego obraz kliniczny. Do podstawowych cech BID ICD-11 zalicza bowiem silne i utrzymujące się pragnienie stania się osobą fizycznie niepełnosprawną w znaczący sposób (np. amputacja kończyny, paraplegia czy ślepotą), któremu towarzyszy trwały dyskomfort lub intensywne negatywne odczucia dotyczące obecnej konfiguracji ciała lub jego funkcjonowania. Konieczne dla rozpoznania jest także, aby pragnienie bycia niepełnosprawnym prowadziło do szkodliwych konsekwencji, manifestujących się poprzez podejmowanie prób faktycznego stania się niepełnosprawnym poprzez samookaleczenia, które doprowadziły do znaczącego zagrożenia zdrowia lub życia, lub zaabsorbowanie pragnieniem bycia niepełnosprawnym skutkującym znaczącym upośledzeniem funkcjonowania w sferze osobistej, rodzinnej, społecznej, edukacyjnej, zawodowej lub innych istotnych obszarach życia (np. unikanie bliskich relacji, obniżenie produktywności w pracy). Spełnienie podstawowych cech zaburzenia wymaga także, aby początek tego uporczywego pragnienia pojawił się we wczesnym okresie dojrzewania. Konieczne jest również, aby obrazu klinicznego nie można było w lepszy sposób wyjaśnić poprzez rozpoznanie innego zaburzenia psychicznego, takiego jak schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, w których może wystąpić urojeniowe przekonanie, że kończyna należy do innej osoby, czy poprzez symulację. Ponadto objawy lub zachowania nie mogą być w lepszy sposób wyjaśnione przez niezgodność płciową, cho-

roby neurologiczne ani jakiegokolwiek inne schorzenia (World Health Organization, 2022).

Osoby dotknięte BID często opisują swój dyskomfort jako przekonanie, że powinni być urodzić się z pożądaną niepełnosprawnością. Większość pacjentów wykazuje także powiązane zachowania symulacyjne, takie jak np. wiązanie nogi w celu symulacji amputacji, które często są pierwszymi przejawami zaburzenia. Takie zachowania zazwyczaj odbywają się w ukryciu, a potrzeba zachowania tajemnicy może prowadzić do unikania lub zakończenia bliskich relacji, które mogłyby kolidować z możliwościami symulacji (World Health Organization, 2022).

Ponadto często występuje komponenta pożądania seksualnego, która może przejawiać się jako pociąg seksualny do osób z określonymi niepełnosprawnościami lub jako intensywne podniecenie seksualne na myśl o byciu niepełnosprawnym (World Health Organization, 2022).

W diagnostyce różnicowej BID należy brać pod uwagę schizofrenię i inne zaburzenia psychiatryczne, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, cielesne zaburzenia dysmorficzne, zaburzenia pozorowane (włącznie z zespołem Münchhausena), zaburzenia parafilne obejmujące zachowania samotne lub osoby wyrażające na nie zgodę, a także choroby neurologiczne (Gałęcki & Szulc, 2023b, s. 3).

Nie istnieją aktualnie żadne oficjalne wytyczne leczenia BID. Ponadto, ze względu na niską częstość występowania tego zaburzenia, dominują opisy przypadków i analizy niewielkich grup pacjentów. Jako pierwszą warto omówić psychofarmakologię z użyciem inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny. Ta grupa leków okazała się jak do tej pory nieskuteczna w zniesieniu pragnienia niepełnosprawności. U niektórych pacjentów jedynie ograniczyły dyskomfort (por. Müller, 2009, s. 39; Ryan, 2009, s. 26). Nie wykazano do tej pory zadowalającej skuteczności psychofarmakologii, psychoterapii ani technik relaksacyjnych (por. Blom, Hennekam & Denysa, 2012, s. 3; Noll & Kasten, 2014, s. 228). Podjęto także niesatysfakcjonujące próby zastosowania przedsiorkowej stymulacji kalorycznej (Lenggenhager i in., 2014, s. 212).

Wreszcie, zaznaczając jednakże brak wystarczających dowodów i długoterminowych obserwacji pozwalających uznać leczenie operacyjne za postępowanie pierwszego wyboru w przypadku BID, opublikowane do tej pory opisy przypadków oraz przeprowadzone badania wykazują jego wysoką skuteczność (por. Nadeau, 2024; Kasten, 2023, s. 15). Według dostępnych danych w analizowanych przypadkach 54 pacjentów amputacja prowadziła do ustąpienia objawów BID oraz znaczącej poprawy jakości życia pacjentów (badania oryginalne: Blom, Hennekam & Denysa, 2012, s. 6). W grupie 21 operowanych pacjentów z BID stwierdzono, że żaden z nich nie żałował poddania się amputacji, a poprawa zauważalna była w niemal wszystkich obszarach życia (Noll & Kasten, 2014, s. 222–232). Wobec tego uzasadnione wydaje się twierdzenie, że leczenie chirurgiczne może stanowić formę terapii dla pacjentów cierpiących na BID, gdy inne metody leczenia okazały się niesatysfakcjonujące. Oznacza to, że ta me-

toda terapii jest zgodna z zasadami sztuki medycznej i jako taka wyznacza reguły postępowania z dobrem prawnym w postaci zdrowia pacjenta cierpiącego na BID.

2. Terapia BID z punktu widzenia prawa karnego

2.1. Brak naruszenia normy sankcjonowanej

Konkluzja, zgodnie z którą dokonanie amputacji u osoby cierpiącej na BID stanowi najskuteczniejszą formę terapii tego schorzenia, umożliwia jej ocenę prawnokarną przez pryzmat pierwotnej albo wtórnej legalności zabiegów medycznych o charakterze leczniczym¹. W doktrynie karnistycznej (por. Dukiet-Nagórska, 2008, s. 16–17; Dukiet-Nagórska, 2021, s. 255–257; Filar, 2000, s. 94–95; Giezek, 2020, s. 208; Górski, 2019, s. 81; Grudecki, 2021, s. 225; Indeck i Liszewska, 2002, s. 145; Kędziora, 2009, s. 52–53; Liszewska, 1998, s. 83; Pohl, 2019, s. 319; Sitarz, 2021, s. 260–261; Sroka, 2013, s. 30, 34; Sroka, 2022, s. 254–255; Wróbel & Zoll, 2010, s. 167–168; Zawiejski, 2021, s. 373; Zoll, 1988, s. 6–16; Zoll, 2016, teza 71; Zontek, 2021, nb. 9, 17) zaczyna przeważać koncepcja pierwotnej legalności tych zabiegów. Odnotować jednak należy utrzymywanie się poglądu odmiennego [w szczególności Boratyńska & Konieczniak, 2019, s. 158–168; Cieślak, 2010, s. 100; Gardocki, 2021, s. 117; Hałas, 2020, s. 126; Lachowski, 2016, s. 506–507; Marek & Konarska-Wrzošek, 2016, s. 167; Marek & Lachowski, 2021, s. 120, 137; Mozgawa, 2020, s. 263, 312; Stefański, 2008, s. 126, 153; Warylewski, 2020, s. 341–343; dla T. Bojarskiego (2012, s. 164, 179) „pogląd o pierwotnym charakterze czynności leczniczych nie jest niewątpliwy”], kontynuującego ten nurt myśli prawniczej, który legalność czynności leczniczych uzasadniał, odwołując się do konstrukcji kontratypu, zatem wtórnie uchylał ich bezprawność.

Jako trafne jawi się opowiedzenie za pierwotną legalnością czynności medycznych o charakterze leczniczym (uprzednio Kulesza, 2023, s. 380, 382). Czynności lecznicze nie podlegają negatywnemu wartościowaniu, które wynika ze stwierdzenia bezprawności zachowania podmiotu nawet w przypadkach takich, jak omawiany, gdzie skuteczna terapia wymaga głębokiej ingerencji w zdrowie fizyczne pacjenta, aby osiągnąć dobrostan jego zdrowia psychicznego. Nie stanowią zachowań społecznie nieakceptowalnych, które by dopiero w drodze wtórnego wartościowania miały zostać uznane za społecznie opłacalne, jak to ma miejsce w przypadku zastosowania konstrukcji kontratypu. Zachowanie osoby wykonującej zabieg leczniczy może prowadzić do narażenia czy naruszenia dobra prawnego w postaci życia i zdrowia pacjenta. W omawianym kontekście prowadzi realnie do odjęcia kończyny chorego na BID, co czyni go osobą niepełnosprawną fizycznie. Jeśli jednak zostało zrealizowane zgodnie z regułami postępowania z tymi dobrami prawnymi – w celu leczniczym

1 Nie stanowi przedmiotu rozważań spór wokół zasadności wyróżniania pierwotnej i wtórnej legalności oraz kwestia podstaw legalności czynności (zaś wężziej: zabiegów) o charakterze nieleczniczym.

oraz *lege artis* – nie narusza normy sankcjonowanej. Następuje to również wówczas, gdy – jak w przypadku pacjentów cierpiących na BID – postępowanie *lege artis* wiąże się jednocześnie ze spowodowaniem niepełnosprawności fizycznej pacjenta, jednak w celu wyleczenia tego schorzenia. Czynności lecznicze nie wymagają wtórnej legalizacji za pomocą konstrukcji kontratypu, ponieważ nie realizują znamion typu rodzajowego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu – są pierwotnie legalne.

Odwołując się do konkluzji części medycznej rozważań, należy przyjąć, że dokonanie amputacji przez lekarza u osoby cierpiącej na BID nie naruszy normy sankcjonowanej, będzie zatem pierwotnie legalne. Jak wskazano, schorzenie to jest uwzględnione w klasyfikacji ICD-11, zaś inne metody leczenia okazały się niesatysfakcjonujące. Jedynie leczenie chirurgiczne może stanowić formę skutecznej terapii dla pacjentów cierpiących na BID. Dokonanie zatem amputacji będzie realizowało cel leczniczy działania lekarza oraz zachowa zgodność z regułami sztuki medycznej. Jak się zdaje, niezbędne jest jednak poprzedzenie tak radykalnej terapii wdrożeniem jej wariantów nieinwazyjnych, nawet jeśli nie rokuje one dużych szans na poprawę stanu pacjenta. Nie można z góry wykluczyć, że samo ograniczenie dyskomfortu chorego zostanie uznane przez niego za – trwale bądź czasowo – wystarczające dla funkcjonowania na akceptowalnym dla niego poziomie ograniczonego komfortu psychicznego.

2.2. Zgoda dzierżyciela dobra prawnego

W przypadku odrzucenia konkluzji, zgodnie z którą amputacja kończyny osoby dotkniętej BID może być uzasadniona jako zabieg leczniczy, choćby ze względu na zasygnalizowany brak wystarczających dowodów i długoterminowych obserwacji pozwalających uznać leczenie operacyjne za postępowanie pierwszego wyboru w przypadku BID, rozważyć można powołanie na zgodę dysponenta dobrem prawnym w postaci zdrowia. Niezależnie od tego², czy przyjmuje się, że zgoda taka oznacza pierwotną legalność zachowania osoby powołującej się na jej istnienie (Wróbel & Zoll, 2010, s. 343–344; Zoll, 2016, tezy 2, 70; Zontek, 2021, nb. 17; Zoll, 1982, s. 94–95), czy wskazuje na jej kontratypowy charakter (Bojarski, 2012, s. 165, 183; Cieślak, 2010, s. 99; Gardocki, 2021, s. 117; Giezek, 2020, s. 202–203; Hałas, 2020, s. 126, 137; Indeck i & Liszewska, 2002, s. 147; Lachowski, 2016, s. 498; Letkiewicz, 2013, s. 234–235; Marek & Konarska-Wrzonek, 2016, s. 167, 182; Marek & Lachowski, 2021, s. 120, 135; Mozgawa, 2020, s. 263, 304; Pohl, 2019, s. 317–318; Stefański, 2008, s. 127, 153; Warylewski, 2020, s. 338–339), jednostce nie przysługuje pełna swoboda dysponowania swoimi dobrami prawnymi. W doktrynie przyjmuje się, że nie jest dopuszczalne wyrażenie prawnokarnie skutecznej zgody na spowodowanie u siebie ciężkiego, a nawet średniego uszczerbku na zdrowiu (tak wyraźnie Bojarski, 2012, s. 183–184; Cieślak, 2010, s. 99; Gardocki, 2021, s. 136; Giezek, 2020, s. 203; Hałas, 2020, s. 137; Indeck i

2 Rozważamy tu jedynie kwestię zgody jako kontratypu samoistnego/podstawy legalności pierwotnej, pozostawiając poza zakresem inne jej funkcje.

& Liszewska, 2002, s. 148; Kulesza, 2023, s. 381; Lachowski, 2016, s. 501; Letkiewicz, 2013, s. 236–237; Marek & Konarska-Wrzonek, 2016, s. 182; Marek & Lachowski, 2021, s. 136; Mozgawa, 2020, s. 305; Stefański, 2008, s. 151; Warylewski, 2020, s. 338; Zająć, 2018, s. 103; odmiennie Długosz, 2012, s. 11; Grudecki, 2021, s. 336 i nast.; Wytrykowski, 2002, s. 110–111), chodzi bowiem o dobro niedyspozytywne – o bezwzględnej wartości społecznej. Jak podkreślił Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z 1997 r., „wszelkie zachowania nakierowane na naruszenie zdrowia człowieka muszą być uznane z tego punktu widzenia za zachowania naruszające dobro prawne”. Elementem ograniczającym swobodę jednostki w dysponowaniu dobrami prawnymi jest bowiem interes społeczny (szerzej Daniluk, 2007, s. 91–93) – społeczna opłacalność zadysponowania przez jednostkę sferą jej praw i wolności. W im większym stopniu jej decyzja oddziałuje również na innych członków społeczeństwa, układ życia społecznego oraz ich zbiorowość, którą jest państwo, tym mniej swobody posiada w zakresie rozporządzania sferą praw i wolności, stając się względem pewnej grupy praw jedynie ich dzierżycielem, lecz nie dysponentem. System ochrony dóbr prawnych uwzględnia zatem ich znaczenie nie tylko dla pojedynczej osoby, lecz także dla innych osób oraz zbiorowości. Stąd wynika zróżnicowany charakter dóbr prawnych i ich podział na względne/bezwzględne – dysponowalne/niedysponowalne (szerzej Tarapata, 2016, s. 100 i nast.). Zależność tę dobrze obrazuje omawiane zagadnienie terapii BID, której jedyna w pełni skuteczna postać prowadzi do niepełnosprawności fizycznej pacjenta, co nie pozostaje bez wpływu na jego funkcjonowanie w każdej sferze życia – prywatnej i społecznej. Dokonanie zatem amputacji kończyny „skierowane jest bezpośrednio i w pierwszym rzędzie przeciwko prawom jednostki (przestępstwa przeciwko życiu, zdrowiu, wolności, czci, mieniu itp.), a pośrednio przeciwko interesowi ogółu, który domaga się tego, aby życie, zdrowie, wolność, cześć, mienie i inne prawa jednostek znajdowały się pod ochroną prawa karnego w interesie ogółu, w interesie bezpieczeństwa i uporządkowanego współżycia członków społeczności zorganizowanej w państwo” (Śliwiński, 1946, s. 63). M. Kulik (1999, s. 79) trafnie wskazuje, że sferą dysponowalną przez jednostkę objęte jest jedynie prawo do prywatności i wszystkie szczegółowe dobra prawne z niego wyprowadzane. W pozostałym zakresie dóbr prawnych interes społeczeństwa ochrony dobra prawnego niezależnie od woli jego dzierżyciela powoduje, że sfera zachowań narażających czy naruszających dobra prawne, nawet za jego zgodą, objęta jest kryminalizacją, są to bowiem zachowania społecznie szkodliwe. Z tego względu nie jest możliwe uzasadnienie legalności ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zgodą dzierżyciela dobra prawnego, nawet jeśli uważa on, że jest to niezbędne dla jego normalnego funkcjonowania w życiu społecznym i prywatnym. Konstatacja ta znajduje zastosowanie niezależnie od tego, czy przyjąć kontratypowy czy pierwotnie legalizujący charakter zgody dysponenta dobrem. W przypadku oparcia na kontratypie kontekst społeczny staje się jeszcze bardziej wyrazisty. M. Kulik [1999, s. 79; Kulik, 2010, s. 221 i nast.; Hryniewicz (2012, s. 49–55) pisze o kolizji interesów: indywidualnego i społecznego] kontratyp buduje wprost na

kolizji praw podmiotowych: organizacji państwowej do poszanowania porządku publicznego oraz jednostki do rozporządzania przysługującymi jej dobrami prawnymi. W takim ujęciu koszty indywidualne i społeczne ciężkiego uszczerbku na zdrowiu przemawiają przeciwko dopuszczalności wyrażenia na niego skutecznej zgody.

Nie jest możliwe uznanie, jako prawnie relewantnej, zgody na dokonanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci amputacji kończyny przez osobę cierpiącą na BID, za zgodę dysponenta dobrem uzasadniającą pierwotną albo wtórną legalność działania osoby dokonującej amputacji. Osoba po amputacji stałaby się osobą z fizyczną niepełnosprawnością i stan taki byłby przez nią spowodowany w sposób umyślny. Z punktu widzenia społeczeństwa i państwa byłby to stan niepożądany, który nie mógłby zostać uznany za społecznie tolerowalny. Jest to sytuacja inna, aniżeli przypadek dobrowolnej sterylizacji (choć i jej legalność budzi w doktrynie wątpliwości) czy uzgodnienia płci. W wyroku z 2009 r. Trybunał Konstytucyjny zbadał zgodność z art. 31 ust. 3 Konstytucji obowiązku zapinania pasów bezpieczeństwa podczas jazdy pojazdem mechanicznym, zabezpieczonego sankcją w art. 97 k.w. Jako pozostające w kolizji konstytucyjnie chronione wartości wskazał z jednej strony wolność jednostki, doznającą ograniczenia w wyniku nałożenia obowiązku zapinania pasów, z drugiej zaś zdrowie, odnośzone zarówno do ochrony zdrowia całego społeczeństwa czy poszczególnych grup, jak i zdrowia poszczególnych osób. Jako wartość uzasadniającą ingerencję wskazał również przesłankę wolności i praw innych osób. Zdaniem Trybunału skutki kalectwa lub śmierci kierowców i pasażerów pojazdów samochodowych negatywnie oddziałują na członków ich rodzin, nadto obciążają całe społeczeństwo ponoszące koszty wypłacanych poszkodowanemu lub członkom jego rodziny świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia chorobowego, rentowego i zdrowotnego [por. również wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. dotyczący zgodności z Konstytucją kryminalizacji posiadania i uprawy marihuany, z głosem Kuleszy (2016, s. 132–138)].

Wnioski

Radykalna ingerencja w ciało pacjenta cierpiącego na BID w postaci amputacji kończyny jest legalna, jeżeli jest dokonana w celu leczniczym i zgodnie z regułami sztuki lekarskiej (regułami postępowania z dobrem prawnym), a także stanowi jedyne narzędzie skutecznej terapii. Niezbędne jest jednak uprzednie wyczerpanie innych dostępnych metod leczenia. Konkluzja ta obejmuje nie tylko, będące przedmiotem artykułu, amputacje, lecz także, przykładowo, parapeligę. Nie jest natomiast możliwe uzasadnienie amputacji z powołaniem na zgodę darczyńcy dobra prawnego. Zgoda taka nie jest prawnie skuteczna, gdy obejmuje spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Blom, R.M., Hennekam, R.C., & Denysa, D. (2012). Body integrity identity disorder. *PLoS One*, 7(4), e 34702. DOI: 10.1371/journal.pone.0034702
- Bojarski, T. (2012). *Polskie prawo karne. Zarys części ogólnej* (wyd. IV). Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
- Boratyńska, M. (2019). w: M. Boratyńska, & P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego: Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Boratyńska, M., & Konieczniak, P. (2008). Autonomia pacjenta a wskazania medyczne. *Studia Iuridica*, 49, 9–42.
- Boratyńska, M., & Konieczniak, P. (2019). w: M. Boratyńska, & P. Konieczniak (red.), *System Prawa Medycznego: Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Cieślak, W. (2010). *Prawo karne. Zarys instytucji i naczelné zasady*. Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Daniluk, P. (2007). Kryteria określające zakres dóbr prawnych będących przedmiotem dyspozycji w warunkach kontraktu zgody uprawnionego. *Przegląd Sądowy*, 4, 90–101.
- Długosz, J. (2012). Zgoda dysponenta dobrem prawnym w świetle regulacji konstytucyjnych. Rozważania na pograniczu dogmatyki konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia o sobie i dogmatyki prawa karnego. w: R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego* (ss. 1–12). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Dukiet-Nagórska, T. (2008). *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*. Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Dukiet-Nagórska, T. (2021). w: T. Dukiet-Nagórska, & O. Sitarz (red.), *Prawo karne. Wykład akademicki*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Filar, M. (2000). *Lekarskie prawo karne*. Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Gałęcki, P. & Szulc, A. (2023a). *Psychiatria. Tom 1*. Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Gałęcki, P. & Szulc, A. (2023b). *Psychiatria. Tom 2*. Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Gałęcki, P., Pilecki, M., Rymaszewska, J., Szulc, A., Sidorowicz, S., & Wciórka, J. (red.). (2018). *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych. DSM-5* (wyd. V). Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Gardocki, L. (2021). *Prawo karne* (wyd. XXII). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Giezek, J. (2020). w: M. Bojarski (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna i szczególna* (wyd. VIII). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Górski, A. (2019). *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Grudecki, M. (2021). *Kontrakt typy pozaustawowe w polskim prawie karnym*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Hałas, R. (2020). w: A. Grześkowiak, & K. Wiak (red.), *Prawo karne* (wyd. VII). Wydawnictwo C.H. Beck.

- Hryniewicz, E. (2012). Zgoda dysponenta dobrem prawnym na gruncie prawa karnego. w: R. Zawłocki (red.), *Zgoda pokrzywdzonego* (ss. 29–56). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Indecki, K., & Liszewska, A. (2002). *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, karze i środkach penalnych*, Wydawnictwo Dom Wydawniczy ABC.
- Kasten, E. (2023). The Girl Who Wants to Get Rid of Her Left Leg – Body Identity Dysphoria. *Healthcare (Basel)*, 11(13):1901. DOI: 10.3390/healthcare11131901
- Kędziora, R. (2009). *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Kubiak, R. (2015). Czy zgoda na ciężki uszczerbek na zdrowiu jest prawnie skuteczna. w: J. Kasprzak, W. Cieślak, & I. Nowicka (red.), *Meandry prawa karnego i kryminalistyki. Księga jubileuszowa prof. zw. dra hab. Stanisława Pikulskiego* (ss. 145–168). Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie.
- Kulesza, J. (2016). Glosa do wyroku TK z 4.11.2014 r., SK 55/13. *Państwo i Prawo*, 11, 132–138.
- Kulesza, J. (2023). w: J. Kulesza (red.), *Prawo karne materialne. Nauka o przestępstwie, ustawie karnej i karze*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Kulik, M. (1999). Prawo do prywatności a karalność spowodowania lekkiego uszczerbku na zdrowiu za zgodą pokrzywdzonego. *Prokuratura i Prawo*, 10, 69–81.
- Kulik, M. (2010). Klauzula porządku publicznego w kontraktach zgody pokrzywdzonego jako instrument służący proporcjonalności jego stosowania. w: T. Dukiet-Nagórska (red.), *Zasada proporcjonalności w prawie karnym* (ss. 215–233). Wydawnictwo Oficyna a Wolters Kluwer business.
- Lachowski, J. (2016). w: L.K. Paprzycki (red.), *System Prawa Karnego: Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej* (wyd. II). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Lenggenhager, B., Hilti, L., Palla, A., Macaudo, G., & Brugger, P. (2014). Vestibular stimulation does not diminish the desire for amputation. *Cortex*, 54, 210–212. DOI: 10.1016/j.cortex.2014.02.004
- Letkiewicz, K. (2013). Zgoda dysponenta dobrem prawnym a ograniczenia w zakresie dysponowania życiem i zdrowiem. *Prawa Człowieka. Humanistyczne Zeszyty Naukowe*, 16, 223–242.
- Liszewska, A. (1998). *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Marek, A., & Konarska-Wrzonek, V. (2016). *Prawo karne* (wyd. XI). Wydawnictwo C.H. Beck.
- Marek, A., & Lachowski, J. (2021). *Prawo karne. Zarys problematyki* (wyd. V). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). Apotemnophilia: two cases of self-demand amputation as a paraphilia. *Journal of Sex Research*, 13(2), 115–125. DOI: 10.1080/00224497709550967
- Mozgawa, M. (2020). w: M. Mozgawa (red.), *Prawo karne materialne. Część ogólna* (wyd. V). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified? *The American Journal of Bioethics*, 9(1), 36–43. DOI: 10.1080/15265160802588194
- Nadeau, N. (2024). Successful treatment of body integrity dysphoria with amputation: A case report. *Clinical Case Reports*, 12(4). DOI: 10.1002/ccr3.8720
- Noll, S., & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder (BIID): how satisfied are successful wannabes. *Psychology and Behavioral Sciences*, 3(6), 222–232 DOI: 10.11648/j.pbs.20140306.17

- Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 maja 1997 r., sygn. akt K 26/96, OTK 1997, nr 2, poz. 19.
- Pohl, L. (2019). *Prawo karne. Wykład części ogólnej* (wyd. IV). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Ryan, C.J. (2009). Out on a Limb: The Ethical Management of Body Integrity Identity Disorder. *Neuroethics*, 2(1), 21–33. DOI: 10.1007/s12152-008-9026-4
- Sedda, A., & Bottini, G. (2014). Apotemnophilia, body integrity identity disorder or xenomelia? Psychiatric and neurologic etiologies face each other. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1255–1265. DOI: 10.2147/NDT.S53385
- Sitarz, O. (2021). w: T. Dukiet-Nagórska, & O. Sitarz (red.), *Prawo karne. Wykład akademicki*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Śliwiński, S. (1946). *Polskie prawo karne materialne. Część ogólna*. Wydawnictwo Gebethner i Wolff.
- Sroka, T. (2013). *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Sroka, T. (2022). w: A. Barczak-Oplustil, & T. Sroka (red.), *System Prawa Medycznego: Tom 6. Odpowiedzialność publicznoprawna*. Wydawnictwo C.H. Beck.
- Stefański, R.A. (2008). *Prawo karne materialne. Część ogólna*. Wydawnictwo Difin.
- Światowa Organizacja Zdrowia (2009). Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania. w: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja* (Tom 1) (ss. 207–255). wyd. pol.: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012.
- Tarapata, S. (2016). *Dobro prawne w strukturze przestępstwa. Analiza teoretyczna i dogmatyczna*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Warylewski, J. (2020). *Prawo karne. Część ogólna* (wyd. VIII). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Wróbel, W., & Zoll, A. (2010). *Polskie prawo karne*. Wydawnictwo Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 9 lipca 2009 r., sygn. akt SK 48/05, OTK ZU nr 7A/2009, poz. 108.
- Wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 listopada 2014 r., sygn. akt SK 55/13, OTK ZU nr 10A/2014, poz. 111.
- Wytrykowski, K. (2002). Wpływ charakteru dobra prawnego na skuteczność zgody pokrzywdzonego. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, 11, 99–116.
- Zajac, D. (2018). Zgoda dzierżyciela dobra prawnego na zachowanie ryzykowne jako okoliczność wpływająca na zakres odpowiedzialności karnej. *Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych*, 22(2), 89–119.
- Zawiejski, P. (2021). w: T. Dukiet-Nagórska, & A. Liszewska (red.), *System Prawa Medycznego: Tom III. Odpowiedzialność prawna w związku z czynnościami medycznymi*. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.
- Zoll, A. (1982). *Okoliczności wyłączające bezprawność czynu*. Wydawnictwo Prawnicze.
- Zoll, A. (1988). *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*. Wydawnictwo Prawnicze.

- Zoll, A. (2016). Komentarz do art. 1. w: W. Wróbel, & A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część ogólna. Tom I. Część I. Komentarz do art. 1–52* (wyd. V). Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska (SIP LEX).
- Zontek, W. (2021). Rozdział III. Wyłączenie odpowiedzialności karnej. Wprowadzenie. w: M. Królikowski, & R. Zawłocki (red.), *Kodeks karny: Tom I. Część ogólna. Komentarz. Art. 1–116* (wyd. V). Wydawnictwo C.H. Beck (SIP Legalis).