

## Wybrane wątki psychiatryczne i psychologiczne we współczesnej debacie bioetycznej

### Selected psychiatric and psychological threads in the contemporary bioethical debate

Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: dr hab. n. praw. Rafał Kubiak

Correspondence to: Zakład Prawa Medycznego, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź,

tel.: +48 696 448 880, e-mail: bkmiecik@o2.pl

Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/10/E/HS5/00157

---

#### Streszczenie

W Polsce od 20 lat obowiązuje ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. To akt prawny o szczególnym znaczeniu: dzięki niemu wyjaśnione zostały ważne zagadnienia, m.in. obserwacja psychiatryczna, przymusowe leczenie i zastosowanie przymusu bezpośredniego. W naszym kraju istnieją jednak nieuregulowane kwestie prawno-medyczne – mowa o problemie zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro*. W ostatnich latach nie udało się wprowadzić odrębnych przepisów dotyczących tego zagadnienia. Gdy analizuje się obecną debatę bioetyczną, dostrzec można, że coraz częściej pojawiają się w niej wątki o charakterze psychologicznym i psychiatrycznym. W dyskusjach naukowych i publicystycznych padają pytania: Jak procedura zapłodnienia wpływa na emocje kobiety? Czy *in vitro* powinno być dostępne dla wszystkich zainteresowanych? Czy osoba z zaburzeniami psychicznymi może starać się o dziecko za pomocą metody *in vitro*? Do powyższych wątpliwości w ostatnim czasie dołączyły kolejne. Pojawiły się pytania o kondycję psychiczną dzieci poczętych w wyniku adopcji prenatalnej: czy będą one potrafiły odnaleźć własną tożsamość? Artykuł ukazuje nowe konteksty polskiej debaty bioetycznej odnoszące się wprost do problematyki psychiatrycznej i psychologicznej.

**Słowa kluczowe:** debata bioetyczna, prawa pacjenta, prawo psychiatryczne, adopcja prenatalna, zapłodnienie pozaustrojowe

#### Summary

The act on mental health protection has been operative in Poland for twenty years now. It is an act of special significance. It clarifies such important issues as psychiatric observation, involuntary treatment, and the use of direct coercion. There are, however, legal and medical issues in our country that have not been settled, such as the problem of *in vitro* fertilization. Attempts made in recent years to introduce separate regulations for it have failed. Analyzing the current bioethical debate, more and more often some psychological and psychiatric threads may be perceived in it. In scientific and journalistic discussions such questions appear as: How does fertilization procedure affect the woman's emotions? Should *in vitro* be available to all those interested? Can a person with mental disorders apply for a child using *in vitro* methods? Such doubts have recently been followed by subsequent ones. Some questions were asked about the mental health of children conceived through prenatal adoption. Will these children be able to find their identity? This article shows new contexts of Polish bioethical debate, directly referring to psychiatric and psychological problems.

**Key words:** bioethical debate, patient's rights, psychiatric law, prenatal adoption, *in vitro* fertilization

## WSTĘP

W połowie sierpnia 2014 roku obchodzono 20. rocznicę uchwalenia przez polski parlament *Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego* (dalej: ustawa o o.z.p.)<sup>(1)</sup>. Z perspektywy dwóch dekad funkcjonowania tego aktu należy zwrócić uwagę na jego szczególnie miejsce w szeroko pojętym systemie krajowego prawa medycznego<sup>(2)</sup>. Ustawa wprowadziła bowiem standardy odnoszące się do istotnych zagadnień: przyjęcia do szpitala bez zgody pacjenta, zastosowania przymusu bezpośredniego czy braku akceptacji wypisu osoby hospitalizowanej. Poszczególne unormowania ustawy o o.z.p. kształtują fundamentalne zasady dotyczące poszanowania praw i wolności człowieka przebywającego w szpitalu psychiatrycznym<sup>(3)</sup>. Warto dodać, że przywołany dokument ukazuje zjawiska kluczowe w trakcie postępowania terapeutycznego, wprost odnoszące się do relacji pacjent – personel medyczny. Za niezbędną do rozpoczęcia leczenia ustawa o o.z.p. uznaje poinformowaną zgodę pacjenta. W kolejnych częściach tego aktu jako najważniejsze traktuje się następujące zagadnienia: najmniejszą uciążliwość leczenia, poszanowanie tajemnicy w odniesieniu do informacji o pacjencie i przestrzeganie praw pacjenta, również tego leczącego bez swojej zgody.

Ostatni z wymienionych wątków był eksponowany w kolejnych nowelizacjach ustawy. To do tego zakresu tematycznego odnosiły się modyfikacje dotyczące procedury obserwacji psychiatrycznej (art. 24), procedury leczenia w trybie wnioskowym (art. 29), zasad zastosowania przymusu bezpośredniego (art. 18) i zasad dostępu do niezależnego eksperta analizującego stan przestrzegania praw pacjenta na terenie szpitala (art. 10a–10d)<sup>(4)</sup>.

Warto zauważyć, że ustawa o o.z.p. jest dokumentem istotnym także z perspektywy dyskusji etycznej związanej z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Kwestia zgody na leczenie i możliwości zastosowania przymusowej terapii kieruje nas ku następującemu pytaniu: czy we współczesnej medycynie wolno podejmować w stosunku do pacjenta działania o charakterze paternalistycznym<sup>(5)</sup>? Kilka przepisów ustawy o o.z.p. zezwala lekarzowi i pielęgniarce na dokonanie czynności stanowiących bezpośrednią ingerencję w sferę wolności drugiego człowieka. Należy się tu odnieść przede wszystkim do konieczności zastosowania siły wobec chorego: czy takie działanie może naruszać fundamentalne prawa człowieka?

Doświadczenie 20 lat funkcjonowania ustawy w polskim systemie prawnym i zdrowotnym wskazuje, że podobne dylematy da się skutecznie rozstrzygnąć<sup>(6)</sup>. Omawiany akt prawny wskazuje bowiem konkretne działania, które należy podjąć, gdy doświadczy się podobnych trudności. Działania te opierają się na zasadzie poszanowania godności każdego człowieka. Choć w ustawie nadal brakuje pewnych kluczowych rozstrzygnięć – dotyczących np. przymusowej hospitalizacji osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami odżywiania<sup>(7)</sup> – nie ulega wątpliwości, że analizowany

dokument to szeroko rozumiana gwarancja poszanowania praw człowieka z zaburzeniami psychicznymi.

W przededniu wspomnianej rocznicy uchwalenia ustawy, 18 sierpnia 2014 roku liczne organizacje skierowały do Ministerstwa Zdrowia uwagi odnoszące się do zapisów innego dokumentu, a mianowicie projektu *Ustawy o leczeniu niepłodności*<sup>(8)</sup>. W naszym kraju od ponad pięciu lat trwają próby skonstruowania aktu prawnego regulującego procedurę wspomaganego rozrodu metodą *in vitro*. Co interesujące, w bieżącym roku po raz pierwszy od rozpoczęcia dyskusji bioetycznej na ten temat pojawiły się wątki związane z problematyką psychiatryczną i psychologiczną. Zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy wprowadzenia refundacji zabiegów *in vitro* wskazywali, że aspekty dotyczące sfery psychicznej powinny być w sposób szczególny brane pod uwagę.

Warto zatem ukazać nowe konteksty debaty społeczno-medialnej i uzupełnić rozważania o wnioski z publikacji poruszających tematykę ochrony zdrowia psychicznego w kontekście dyskusji bioetycznej o medycynie reprodukcyjnej.

## WĄTKI PSYCHIATRYCZNE

Opinie o rządowym projekcie ustawy o leczeniu niepłodności (przedstawione, jak już wspomniano, 18 sierpnia 2014 roku) wskazywały na istotne luki w tym dokumencie. Przede wszystkim zauważono, że projekt nie wprowadził jednoznacznych kryteriów rozpoczęcia procedury wspomaganego rozrodu: o zakwalifikowaniu do programu *in vitro* ma decydować lekarz, na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej. Ponadto dokument nie wprowadza prawnej definicji niepłodności i nie określa krytycznego momentu, gdy rozpoczęcie omawianych działań jest uzasadnione<sup>(9)</sup>.

W stanowisku Instytutu na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris zwrócono uwagę, że może to prowadzić do sytuacji, w której staranie się o dziecko zostanie pozbawione rzetelnej oceny diagnostycznej. Jak wskazano, o potomstwo starać się będą m.in. osoby dotknięte zaburzeniami lub chorobami psychicznymi: „Tymczasem w przypadku procedury wspomaganego prokreacji o charakterze dawstwa zarodków, rodzicem »na życzenie« może zostać każdy bez żadnych wstępnych badań, w tym także osoby z poważnymi chorobami psychicznymi. W projekcie nie ma mowy o przeciwwskazaniach medycznych dotyczących osób biorących udział w procedurze. Nie ma również w ogóle odniesień do sytuacji zdrowotnej zarówno mężczyzny, jak i kobiety biorących udział w procedurze”<sup>(10)</sup>.

Co ważne, cytowane stanowisko nie odnosi się do wszystkich pacjentów psychiatrycznych – mowa jedynie o osobach dotkniętych „poważnymi chorobami psychicznymi”. Gdyby zaś z grona starających się o dziecko za pomocą metody *in vitro* proponowano generalne wykluczenie pacjentów szpitali psychiatrycznych i poradni zdrowia psychicznego, należałoby mówić o dyskryminacyjnym charakterze takich głosów. Jak bowiem wskazuje

Piotr Winczorek, „dyskryminacją jest nie znajdujące podstawy w obowiązujących normach prawnych i upośledzające daną osobę traktowanie jej przez inne podmioty, [...] uniemożliwianie [jej] lub utrudnianie korzystania z praw”<sup>(11)</sup>. Tym samym zdiagnozowane u danej osoby choroby lub zaburzenia psychicznego w żadnej mierze nie uprawnia do arbitralnego odebrania jej możliwości skorzystania ze świadczenia medycznego dostępnego dla osób bez podobnej diagnozy. Wykluczenie wydaje się natomiast możliwe w sytuacji, gdy np. objawy zaburzeń psychotycznych albo zaburzeń osobowości wpływają na decyzję o staraniu się o dziecko za pomocą metody wspomaganego rozrodu, która to decyzja musi wynikać ze świadomego rozeznania danej sytuacji.

Świadczenia typu *in vitro*, mimo braku uregulowania w odrębnej ustawie, odnoszą się do relacji lekarz – pacjent. Dlatego przed rozpoczęciem działań o charakterze diagnostyczno-leczniczym konieczne trzeba poinformować pacjenta o podejmowanych działaniach, a następnie uzyskać jego świadomą zgodę na rozpoczęcie procedury<sup>(12)</sup>.

Powyższą kwestię często podnoszono kilka lat temu w Stanach Zjednoczonych, gdy opinia publiczna została powiadomiona o przyjściu na świat ośmioraczków. Niebawem okazało się, że matką jest Nadya Suleman, mająca już szóstkę dzieci<sup>(13)</sup>. Jak relacjonowały amerykańskie media, ośmioro dzieci przyszło na świat dzięki metodzie *in vitro*, a poprzednie ciążę Suleman także wynikały z zastosowania procedury wspomaganego rozrodu. Debatę etyczną wywołało to, iż kobieta zdecydowała się na zapłodnienie tą metodą, choć nie miała pracy i samotnie wychowywała szóstkę dzieci<sup>(14)</sup>. Ponadto wiadomo, że poddała się operacji plastycznej, ponieważ chciała być podobna do aktorki Angeliny Jolie. Jak podkreślali członkowie rodziny „octomamy”, poddała się ona kolejnej procedurze *in vitro* ze względu na wielkie pragnienie posiadania liczego potomstwa<sup>(15)</sup>. Komentatorzy wskazywali: trzeba rozważyć ustanowienie *Nadya's law* – prawa, które umożliwiłoby lekarzowi m.in. podjęcie działań konsultacyjnych, gdyby podejrzewał, że decyzja o skorzystaniu z metody sztucznego zapłodnienia może być podyktowana szeroko rozumianymi zaburzeniami psychicznymi<sup>(16)</sup>.

## WSKAZANIA PSYCHOLOGICZNE

Podobne stwierdzenia coraz częściej pojawiają się w stanowiskach zwolenników metod wspomaganego rozrodu. W połowie sierpnia 2014 roku do polskiego Ministerstwa Zdrowia wpłynął dokument „Uwagi Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN do projektu Ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 roku”<sup>(17)</sup>. W tej analizie aż 16 razy odniesiono się do problematyki psychologicznej związanej z metodą *in vitro*.

Stowarzyszenie proponuje istotne zmiany w ministerialnym projekcie, uwzględniające złożone mechanizmy

działań reprodukcyjnych. Przede wszystkim postuluje wprowadzenie do projektu możliwości skorzystania z tzw. jawnego i wewnątrzrodzinnego dawstwa gamet lub zarodków – z wyłączeniem sytuacji o charakterze kazirodczym. Jak zaznaczają autorzy, „intencją jest bezpieczeństwo genetyczne dziecka, rozumiane jako zachowanie właściwego stopnia oddalenia genetycznego”. Podkreślono, że podobne działania są podejmowane ze względu na pragnienie zachowania ciągłości genetycznej w rodzinie i umożliwienie dziecku poznania biologicznych rodziców. W tym ujęciu postuluje się, aby „nie eliminować tej możliwości, a raczej zapewnić kandydatom na dawców spokrewnionych, niepartnerskich oraz kandydatom na biorców konsultacje psychologiczne w celu przedyskutowania wizji obu stron odnośnie przyszłych ról rodzicielskich i uzgodnienia dobra dziecka, co wydaje się być rozwiązaniem szanującym różnorodne potrzeby polskich rodzin, racjonalnym i mieszczącym się w paradygmacie humanistycznego podejścia do medycyny wspomaganego rozrodu”.

Stowarzyszenie odnosi się także do sugestii, zgodnie z którą konieczne jest umożliwienie dotarcia do danych osoby anonimowo oddającej komórkę rozrodczą. Zarówno najnowsze orzecznictwo sądów europejskich, jak i opinie organizacji zrzeszających rodziców wskazują na konieczność podjęcia działań zmierzających do realizacji prawa dziecka do tożsamości.

Stowarzyszenie Nasz Bocian, mając na uwadze znaczenie donacji dla psychofizycznego rozwoju dziecka, wskazuje na konieczność zmiany proponowanego art. 22.2 pkt 2, tj. „Zasadność i celowość pobrania komórek rozrodczych od określonego dawcy i zastosowania ich w celu dawstwa innego niż partnerskie ustalają lekarze na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej”. Ekspertki organizacji proponują dodanie na końcu zwrotu „i opinii psychologa”. Jak podkreślono w uzasadnieniu, „proces dawstwa niepartnerskiego nie jest procesem wyłącznie biomedycznym, jest jednocześnie procesem bioetycznym i psychologicznym, w którym stabilność motywacji kandydatów na dawców powinna stać się przedmiotem uważnej refleksji ze względu na dobro potencjalnego dziecka i jego rodziców (biorców)”<sup>(17)</sup>.

Warto dodać, że w uwagach stowarzyszenia ukazano istotne kwestie związane z badaniami psychologicznymi potencjalnych dawców. W propozycji dotyczącej art. 22. ust. 2 pkt 3 zasugerowano, by oprócz badań lekarskich i analiz laboratoryjnych uwzględnić badania psychologiczne. Podobne wnioski odniesiono do biorców komórek rozrodczych i zarodków. Jak zaznaczono w uwagach, wyniki konsultacji społecznych przeprowadzonych w 2014 roku wskazują, że „konsultacja psychologiczna przed zabiegiem adopcji prenatalnej powinna być zaproponowana pacjentowi przez lekarza”. Rodzicielstwo niegenetyczne jest bowiem rodzajem adopcji, więc musi mu towarzyszyć staranna weryfikacja dojrzałości motywacji obu stron procesu (dawców i biorców) – dla dobra przyszłego dziecka<sup>(18)</sup>.

## SPOJRZENIE PSYCHOLOGICZNE

W dyskusji o psychologicznych konsekwencjach stosowania metody *in vitro* pojawiły się również nowe wątki. Wspomniany Instytut Ordo Iuris w swojej opinii wskazał, że istnieje obawa o bezpieczeństwo omawianej procedury medycznej w kontekście psychosomatycznego rozwoju dziecka poczętego i urodzonego: „[...] w kontekście obfite udokumentowanych informacji o zwiększeniu ryzyka wad wrodzonych u dzieci poczętych *in vitro* (vide *infra* III.2), ten bardzo inwazyjny etap (PGD), nie mniej niż inne etapy procedur wspomaganego rozrodu, związane z manipulacją i hodowlą *in vitro*, może istotnie wpływać na przyszły rozwój fizyczny i odległy rozwój psychiczny człowieka, na poziomie wad nieuchwytnych metodami diagnostyki PGD, która miała służyć do ich wykrycia. Ponadto, w ramach PDG nie sposób uniknąć błędów, które pojawić się mogą w trakcie transferu zarodka do macicy, co często ma miejsce”<sup>(10)</sup>.

W literaturze przedmiotu spotkać się jednak można z odmiennymi poglądami. Jane Squires i Paul Kaplan przywołują analizy przeprowadzone w Belgii, Szwecji i USA: wśród 300 przebadanych dzieci poczętych naturalnie i przy użyciu omawianej procedury nie stwierdzono żadnych różnic w zakresie rozwoju psychologicznego. Warto jednak dodać, że badania objęły osoby do piątego roku życia, więc wniosek Ordo Iuris zasługuje na dalszą refleksję.

Obawy o rozwój dzieci podziela Andrzej Lewandowicz, jeden z polskich badaczy zajmujących się medycznymi i biochemicznymi aspektami wspomaganego rozrodu. W publicystycznym tekście *Choroby psychiczne po in vitro* zaznacza, że według najnowszych analiz prawdopodobieństwo pojawienia się poważnych zaburzeń psychicznych u dzieci poczętych ww. metodą wzrasta o 30%. Na podstawie wyników badań „Increased risk of psychiatric disorders in children born to women with fertility problems: results from a large Danish population-based cohort study” autor wskazuje, iż „wzrost ryzyka zaburzeń psychicznych określono jako statystycznie znamienne dla schizofrenii i psychoz (HR=1.25; 1.15-1.36), zaburzeń afektywnych (HR 1.27; 1.20-1.34), niepokoju (HR= 1.33; 1.28-1.38), zaburzeń łaknienia (HR=1.10; 1.01-1.21), opóźnienia rozwoju umysłowego (HR=1.26; 1.15-1.38), rozwoju umysłowego, włączając spektrum autystyczne (HR=1.19; 1.13-1.25)”. Ponadto Lewandowicz powołuje się na analizy przeprowadzone przez zespół pod kierunkiem Allana Jensena i dodaje, iż osoby poczęte metodą *in vitro* były między 1. a 41. rokiem życia 30% częściej hospitalizowane psychiatrycznie niż te poczęte naturalnie<sup>(19)</sup>.

## KONKLUZJA

Jak głosi preambuła do ustawy o o.z.p., „zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka”. W dyskusjach na temat wyznań i dylematów spotykanych

w praktyce psychiatrycznej i psychologicznej najczęściej podnosi się kwestię zgody na leczenie. Poza tym rozważa się sytuacje i procedury związane z przymusowym leczeniem, wykorzystanie placebo<sup>(20)</sup> i preparatów depot<sup>(21)</sup>. Powyższe refleksje i analizy odnoszą się jednak do nieco innej rzeczywistości – łączą się bezpośrednio z problematyką rozwoju współczesnej biotechnologii, przede wszystkim technik wspomaganego rozrodu.

Procedurze *in vitro* nieodłącznie towarzyszą wyzwania natury psychologicznej: pragnienie posiadania dziecka, trudności emocjonalne w trakcie procedury, a także rozczarowanie i smutek z powodu prokreacyjnego niepowodzenia sprawiają, iż opieka psychologiczna jest standardem postępowania w ramach leczenia niepłodności<sup>(22)</sup>.

Omawiane procedury nadal wiążą się z istotną niewiadomą. Nie potrafimy przewidzieć, jakie będą długotrwałe psychospołeczne konsekwencje anonimowego dawstwa zarodków. Nie sposób też określić, jak sama procedura *in vitro* będzie wpływać na kondycję fizyczną i psychiczną kolejnych pokoleń ludzi poczętych pozaustrojowo. Ponadto brakuje danych dotyczących funkcjonowania emocjonalnego kobiet biorących udział w procedurze adopcji prenatalnej. Jest to bowiem sytuacja niezwykła: w wyniku przyjęcia zarodka kobieta rodzi dziecko niespokrewnione genetycznie<sup>(23)</sup>.

Zaprezentowane wątpliwości związane z dostępem osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi do metody *in vitro* bez wątplenia wymagają głębszej analizy, uwzględniającej prawa i sytuację zdrowotną uczestników procedury<sup>(24)</sup>. Działania takie muszą w pełni respektować godność osób chorych psychicznie lub doświadczających innych zaburzeń o podobnym charakterze. Przyszłe rozważania powinny objąć problematykę potencjalnych konsekwencji poczęcia za pomocą *in vitro* dla zdrowia psychicznego dzieci. Bez względu jednak na powyższe należy zaznaczyć, że pojawienie się wątków psychiatrycznych i psychologicznych w debacie bioetycznej to zjawisko pozytywne, a zatem godne utrwalania.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU nr 111, poz. 535 z późn. zm.).
2. Bujny J.: Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem. C.H. Beck, Warszawa 2007: 255.
3. Kmiecik B.: Ustawa szczególnej troski. Med. Prakt. 2014. Adres: <http://www.mp.pl/poz/psychiatria/prawo/show.html?id=106352>.
4. Kmiecik B.: Nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 3 grudnia 2010 roku – analiza socjologiczno-prawna. Psychiatr. Psychol. Klin. 2011; 11: 31–36.
5. Hołówka J.: Paternalizm w psychiatrii. W: Siwiak-Kobayashi M., Leder S. (red.): Psychiatria i etyka. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1993: 25–26.
6. Duda J.: Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Wydawnictwo LexisNexis, Warszawa 2006: 9–10.

7. Tylec A., Olajossy M., Dubas-Ślemp H., Spychalska K.: Możliwość czy przymus leczenia? Anoreksja psychiczna – uregulowania prawne. Opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47: 531–539.
8. Ministerstwo Zdrowia: Projekt ustawy o leczeniu niepłodności. Warszawa, 16.07.2014 r.
9. Zob. Opinia Polskiej Federacji Ruchów Obrony Życia nt. ustawy o in vitro. Warszawa, 6.08.2014 r. Adres: [www.prolife.com.pl/pg/pl/wiadomosci/opinia\\_pfroz\\_nt\\_ustawy.html](http://www.prolife.com.pl/pg/pl/wiadomosci/opinia_pfroz_nt_ustawy.html).
10. Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris: Opinia w sprawie projektu ustawy z dnia 16 lipca 2014 r. o leczeniu niepłodności. 18.08.2014 r.
11. Winczorek P.: Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. K.E. Liber, Warszawa 2000: 47.
12. Nesterowicz M.: Prawo medyczne. Dom Organizatora, Toruń 2005: 232.
13. Nie chciała śmierci embrionów, urodziła ośmiioraczkę. *Rzeczpospolita*, Warszawa, 1.02.2009 r. Adres: [www.rp.pl/arttykul/256626.html?print=tak&p=0](http://www.rp.pl/arttykul/256626.html?print=tak&p=0).
14. Surdin A.: Birth of octuplets stirs ethical concerns. *Washington Post*, 4.02.2009 r. Adres: [www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/02/03/AR2009020303935.html](http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/02/03/AR2009020303935.html).
15. Bloc J.: Postpartum aggression. *The Guardian*, 11.02.2009 r. Adres: [www.guardian.co.uk/commentisfree/cifamerica/2009/feb/10/nadya-suleman-octuplets-ethics](http://www.guardian.co.uk/commentisfree/cifamerica/2009/feb/10/nadya-suleman-octuplets-ethics).
16. Davis A.A.: The politics of reproduction: the troubling case of Nadya Suleman and assisted reproductive technology. *Transforming Anthropology* 2009; 17: 105–116.
17. Uwagi Stowarzyszenia na Rzecz Leczenia Niepłodności i Wspierania Adopcji NASZ BOCIAN do projektu Ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 16 lipca 2014 roku. Warszawa 2014. Adres: [www.nasz-bocian.pl/node/47053](http://www.nasz-bocian.pl/node/47053).
18. Zob. art. 8 Ustawy z dnia 20 listopada 1989 r. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych (DzU z 1991 r. nr 120, poz. 526).
19. Lewandowicz A.: Choroby psychiczne po in vitro. *Nasz Dziennik*, 8.08.2014. Adres: [www.naszdziennik.pl/wp/90207,choroby-psychiczne-po-in-vitro.html](http://www.naszdziennik.pl/wp/90207,choroby-psychiczne-po-in-vitro.html). W tym kontekście zob.: Jensen A., Hargreave M., Plessen K.J. i wsp.: Increased risk of psychiatric disorders in children born to women with fertility problems: results from a large Danish population-based cohort study. W: *Abstracts of the 30<sup>th</sup> Annual Meeting of ESHRE, Munich, Germany, 29 June – 2 July 2014*; supl. 1: i28.
20. Bomba J.: Dylematy bioetyczne. *Badania naukowe, metodologia. Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 9: 35–38.
21. Kmiecik B.: Stosowanie preparatów przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu – depot, u chorych pacjentów przyjętych do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: dylematy medyczne, prawne i etyczne. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2008; 8: 204–210.
22. Wsparcie psychologiczne oferuje m.in. Centrum Medyczne Angelus w Katowicach. Warto zwrócić uwagę na to miejsce, ponieważ psycholog pełni tutaj funkcję doradcy nie tyle terapeutycznego, ile moralnego. Na stronie poradni czytamy: „W procesie leczenia niepłodności przeżywamy różne dylematy dotyczące systemu wartości, sfer prywatnych i intymnych oraz moralnych. Wiele czynników oddziałuje na nas w jednym czasie, dlatego też jest to okres wymagający często wsparcia psychologicznego”. Adres: <http://klinikanieplodnosci.pl/konsultacje-z-psychologiem.html>.
23. Szerzej na temat paradoksów w bioetyce zob.: Soniewicka M.: Prokreacja medycznie wspomagana. W: Stelmach J., Brozek B., Soniewicka M., Załuski W.: *Paradoksy bioetyki prawniczej*. Wolters Kluwer, Warszawa 2010: 82–112.
24. Zaig I., Azern F., Schreiber S. i wsp.: Women’s psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? *Arch. Womens Ment. Health* 2012; 15: 353–359.

Ciąg dalszy piśmiennictwa do pracy pt.: „*Psychiatria konsultacyjna – historia i współczesność*” (autorzy: Piotr Ścisło, Karina Badura-Brzoza, Michał Blachut, Piotr Gorczyca, Łukasz Kilarski, Robert Teodor Hese) ze strony 229.

26. Mukaetova-Ladinska E.B.: Towards living long and being healthy – the challenge for liaison psychiatric services for older adults. *Age Ageing* 2006; 35: 103–105.
27. Gitlin D.F., Levenson J.L., Lyketsos C.G.: Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad. Psychiatry* 2004; 28: 4–11.
28. Anderson D., Holmes J.: Liaison psychiatry for older people – an overlooked opportunity. *Age Ageing* 2005; 34: 205–207.
29. Alhuthail Y.R.: Timing of referral to consultation-liaison psychiatry. *Int. J. Health Sci. (Qassim)* 2009; 3: 165–170.
30. Alhuthail Y.R.: Psychiatric consultations and length of hospital stay. *Neurosciences (Riyadh)* 2008; 13: 161–164.
31. Smith G.R. Jr, Monson R.A., Ray D.C.: Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N. Engl. J. Med.* 1986; 314: 1407–1413.
32. Smith G.R. Jr, Rost K., Kashner T.M.: A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1995; 52: 238–243.
33. Saravay S.M., Lavin M.: Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994; 35: 233–352.
34. Jin C., Novik S., Saravay S.: Consultation-liaison psychiatry training and supervision results in fewer recommendations for constant observation. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2000; 22: 359–364.
35. Levitan S.J., Kornfeld D.S.: Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 790–793.
36. Kornfeld D.S.: Consultation-liaison psychiatry: contributions to medical practice. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1964–1972.
37. Chiles C., Wise T.N.: *Psychiatria konsultacyjno-łącznikowa*. W: Ebert M.H., Nurcombe B., Loosen P.T., Leckman J.F. (red.): *Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu*. Tom II, Czelej, Lublin 2011.
38. Makara M., Grzywa A., Spila B.: Consultative psychiatry – aims, challenges and perspectives. *Pol. Merkur. Lekarski* 2011; 31: 190–192.
39. Mukaetova-Ladinska E.B.: The case for liaison psychiatry for older adults. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62: 107–108.
40. Gregurek R., Bras M., Dordević V. i wsp.: Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr. Danub.* 2010; 22: 227–230.
41. Sperner-Unterweger B.: Psycho-oncology – psychosocial oncology: integration in a concept of oncological treatment. *Nervenarzt* 2011; 82: 371–378.
42. Miovic M., Block S.: Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110: 1665–1676.
43. Lefetz C., Reich M.: Suicidal crisis in oncology: assessment and care. *Bull. Cancer* 2006; 93: 709–713.
44. McDuff D.R., Solounias B.L., RachBeisel J., Johnson J.L.: Psychiatric consultation with substance abusers in early recovery. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 1994; 20: 287–299.