

**List do redakcji**

**Tajemnica zawodowa lekarza psychiatrii**

**Letter to editor: Professional confidentiality  
applicable to psychiatrists**

Elwira Marszałkowska-Krześ

Instytut Prawa Cywilnego, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytet Wrocławski  
Dyrektor instytutu: prof. dr hab. E. Marszałkowska-Krześ

**Summary**

Psychiatrists performing activities under the Mental Health Protection Act who in connection with their performance of such activities become aware of information that, if kept confidential, can constitute a threat to the life or health of the patient or other people, are released from the duty to keep such information confidential. In such a case, they have a moral and legal duty to disclose such information to law enforcement authorities and cannot be prosecuted under criminal law for disclosing such confidential information. An attempt to interrogate a physician who files such a report regarding circumstances of which he became aware while performing activities under the Mental Health Protection Act will, however, be illegal. Yet, that leads to disputes and controversies in the medical and legal communities, and, therefore, the issue requires a prompt, uniform interpretation. Due to the expected increase in attempted dyadic deaths (after the Germanwings plane crash,) the problem should be carefully regulated so that psychiatrists know the legal boundaries of dealing with patients – potential suicides.

**Słowa kluczowe:** psychiatra, tajemnica zawodowa, efekt Wertera

**Key words:** psychiatrist, professional confidentiality, Werther effect

Wspólnej dyskusji środowisk medycznych i prawnych oraz wypracowania jednolitego stanowiska, będącego wykładnią także dla sądów powszechnych, wymaga teza, że **lekarze psychiatrzy wykonujący czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego są zwolnieni od obowiązku zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych**

**czynności, jeżeli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób.**

Amerykański socjolog David Philips w wyniku wieloletnich badań wykazał, że po nagłośnieniu przez media masowe samobójstwa wzrasta ilość samobójstw oraz wypadków, a działanie to nazwał „naśladowczą śmiercią samobójczą”, która nazywana jest też efektem Wertera [1].

Katastrofa airbusa A320 linii Germanwings, we wtorek 24 marca 2015 r., spowodowana została przez drugiego pilota, który w ten sposób popełnił samobójstwo.

Kilka dni później, w niedzielę 29 marca 2015 r., w autobusie relacji Warszawa–Lublin jedna z pasażerek podeszła do kierowcy i złapała za kierownicę. Lokalne media poinformowały natychmiast, że kobieta jeszcze w trakcie prowadzonych z nią czynności wyjaśniających przyznała, że miała myśli samobójcze. Jeden z portali internetowych napisał, że pasażerka chciała przejąć kontrolę nad autobusem i doprowadzić do wypadku.

Gdy media obiegła informacja o wybuchu butli z gazem w czwartek 30 kwietnia 2015 r. około godz. 4.30 w Słupcy, już w piątek 1 maja 2015 r. 60-letni mężczyzna popełnił samobójstwo w Gorzowie Wielkopolskim około godz. 15.00, podpalając butlę z gazem i wieszając się w piwnicy swojego domu. Eksplozja realnie zagrażała mieszkańcom sąsiednich domów.

Na to zjawisko i jego ewentualne negatywne skutki zwrócili uwagę między innymi M. Kaczmarek [2] oraz E. Marszałkowska-Krześ i S. Krześ [3].

Dlaczego drugi pilot airbusa A320 doprowadził do katastrofy samolotu? Na to pytanie starał się odpowiedzieć dr Jerzy Pobocho, biegły psychiatra sądowy. „W wieku 28 lat może ujawnić się po raz pierwszy schizofrenia. Choroba taka może się zacząć właśnie popełnieniem przestępstwa. Druga możliwość to depresja, która może spowodować powstanie pomysłu samobójstwa rozszerzonego. W tym przypadku rozszerzonego na samolot i osoby, które w tym samolocie przebywały” – ocenia Pobocho [4].

Z obserwacji Davida Philipsa wynika, że syndrom Wertera może trwać wiele miesięcy. Powinniśmy zatem z dużym prawdopodobieństwem spodziewać się kolejnych naśladowców zamierzających popełnić samobójstwo rozszerzone. Niektórzy z nich być może już wkrótce trafią do gabinetów lekarzy psychiatrów.

Co powinien zrobić lekarz psychiatra, gdy dowie się, wykonując czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, o tym, że ktoś planuje popełnienie samobójstwa rozszerzonego, a więc stanowi realne zagrożenie dla życia innych ludzi? Jeżeli, wykonując te czynności, poweźmie wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu, usiłowaniu lub dokonaniu czynu zabronionego określonego w art. 118, 118a, 120–124, 127, 128, 130, 134, 140, 148, 163, 166, 189, 252 kodeksu karnego lub przestępstwa o charakterze terrorystycznym, a nie zawiadomi niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw, podlegać będzie karze pozbawienia wolności do lat 3, na podstawie art. 240 kodeksu karnego?

Odpowiedzi na te pytania są stosunkowo proste na gruncie przepisu art. 40 ust. 1 pkt 3 ustawy z 5 grudnia 1995 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634), zgodnie z którym wprowadzie lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku

z wykonywaniem zawodu, ale przepis ten nie obowiązuje, jeżeli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób. Inaczej mówiąc – w takiej sytuacji lekarz ma prawo, a nawet obowiązek ujawnienia tajemnicy lekarskiej.

„Na lekarzu, który spełniając swe czynności zawodowe powziął wiarygodną wiadomość o popełnieniu zabójstwa, spoczywa prawny obowiązek powiadomienia organu powołanego do ścigania przestępstw, wynikający z art. 240 par. 1 kk. Nie ma przeszkód po temu, by odczytywać treść art. 40 ust. 2 pkt 1 ustawy o zawodzie lekarza jako odesłanie do wszelkich, ustawowo przewidzianych, przypadków ujawnienia tajemnicy lekarskiej, gdyż literalne brzmienie na to pozwala, zaś względy celowościowe nie stoją temu na przeszkodzie” [5].

Ostrożną tezę wysunęła A. Huk: „Lekarz jest zwolniony od obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (art. 40 ust. 2 pkt 3 ustawy oraz art. 25 Kodeksu [Etyki Lekarskiej]) (...) Decyzja o ujawnieniu określonych informacji i o zakresie tego ujawnienia będzie ostatecznie zależeć od oceny samego lekarza. Problem ten jest bardzo delikatny i może w pewnych wypadkach prowadzić do poważnych kontrowersji. Przesłanki decyzji lekarskiej muszą być z jednej strony uzależnione od ocen czysto medycznych, a z drugiej – od innych okoliczności związanych z sylwetką samego pacjenta, jego stylem życia, sposobem zachowania itp. (...) Informowanie osób trzecich jest wyjątkiem od zasady ogólnej. Niebezpieczeństwo dla innych uzasadniające uchylenie tajemnicy lekarskiej musi być realne, a nie tylko hipotetyczne, co powinno być poparte obiektywnymi ustaleniami medycznymi” [6].

Zarówno wśród lekarzy psychiatrów, jak i prawników liczną grupę stanowią zwolennicy teorii o bezwzględności tajemnicy lekarskiej wiążącej lekarza psychiatrę. Twierdzenie to wywodzą z brzmienia art. 50 i 52 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1377):

„Art. 50. 1. Osoby wykonujące czynności wynikające z niniejszej ustawy są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów, a nadto z zachowaniem przepisów niniejszego rozdziału.

1. Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:
  - 1) lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,
  - 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,
  - 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne,
  - 4) Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcyjona-

- riuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych,
- 5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

Art. 52. 1. Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary.

2. Zakaz określony w ust. 1 stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego”.

- Przede wszystkim uwagę należy zwrócić na postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 kwietnia 2005 r. I KZP 6/05 [7]: „Przepis art. 52 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.) dotyczy każdej osoby, która wykonuje czynności określone w tej ustawie, ustanawia on bezwzględny zakaz dowodowy, będąc przepisem szczególnym w stosunku do unormowania art. 180 k.p.k., a wobec tego takiej osoby nie można przesłuchać co do okoliczności przewidzianych w art. 52 ust. 1, nawet jeżeli wyrazi ona gotowość ujawnienia tego rodzaju tajemnicy zawodowej”.

Sąd Najwyższy podzielił w tym postanowieniu zdanie Z. Kwiatkowskiego [8]: „Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 52 ustawy o o.z.p. zakaz przesłuchiwania osób w nim wymienionych obejmuje wszystkie wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy, dotyczące popełnienia przez nią czynu zabronionego, a nie tylko jej formalne przyznanie się do popełnienia tego czynu.

W świetle powyższego unormowania zarówno lekarz psychiatra, jak i inne osoby wykonujące czynności przewidziane w ustawie o o.z.p. są zwolnione z obowiązku denuncjacji – nakładanego przez art. 240 § 1 k.k. – w zakresie zawiadomienia odpowiedniego organu o fakcie popełnienia przestępstw z art. 118, 127, 128, 130, 134, 140, 148, 163, 166 lub 252 tego kodeksu.

Przeprowadzone rozważania pozwalają wyrazić zdanie, iż przepis art. 52 ustawy o o.z.p. statuuje bezwzględny zakaz dowodzenia za pomocą określonego dowodu w procesie karnym i stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 180 § 2 k.p.k.”

- W doktrynie tę linię prezentują także P. Gałęcki, K. Bobińska i K. Eichstaedt: „W literaturze, naszym zdaniem zasadnie, podnosi się, że prawny obowiązek denuncjacji wynikający z art. 240 k.k. nie dotyczy jednak (...) osoby zobowiązanej do zachowania tajemnicy psychiatrycznej w oparciu o art. 52 ust. 1 w zw. z art. 50 ust. 1 u.o.z.p. (...) Innymi słowy, tajemnica psychiatryczna w zakresie, o jakim jest mowa w art. 52 u.o.z.p., ma charakter bezwzględny, co oznacza, iż nie można z niej zwolnić osoby zobowiązanej do jej przestrzegania. Osoby takiej nie można również pociągnąć do odpowiedzialności karnej z art. 240§1 k.k. w związku z nieujawnieniem czynu zabronionego, o którym jest mowa w dyspozycji tego przepisu” [9].

Podobnie M. Szewczyk wykluczyła możliwość pociągnięcia lekarza psychiatry do odpowiedzialności karnej za przestępstwo niedoniesienia z art. 240 k.k. Pogląd ten oparła na odrębnym reżimie prawnym dotyczącym tajemnicy lekarskiej przewidzianym

w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (stanowiącym *leges specialis* względem ogólnych regulacji dotyczących tajemnicy lekarskiej) [10].

- Zgodzić się jednak należy z wywoływaniem S. Ładosia, że „powyższy pogląd budzi poważne wątpliwości. Trudno przyjąć, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowią *leges specialis* względem art. 40 u.z.l. Przyjęcie reguły kolizyjnej, która w takim przypadku nakazuje wyłączenie normy ogólnej, prowadziłoby w praktyce do poważnych konsekwencji. Przykładowo, oznaczałoby to obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej przez lekarza psychiatrę, mimo że może to powodować niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia osoby badanej bądź innych osób (przyjęcie reguły specjalności wyłączałoby także art. 40 ust. 2 u.z.l.). Należy więc przyjąć, że przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowią tylko uzupełnienie regulacji przewidzianej w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Jest to związane ze szczególnym typem lecznictwa psychiatrycznego, które wymaga dodatkowych regulacji normatywnych m.in. w zakresie tajemnicy lekarskiej. Oznacza to, że lekarz psychiatra ma te same obowiązki ujawnienia informacji chronionych tajemnicą lekarską jak każdy inny lekarz (przewidziane w art. 40 ust. 2 u.z.l.), a oprócz tego jeszcze dodatkowe (np. konieczność udzielenia tych informacji na rzecz służb ochrony państwa przewidzianych w art. 50 ust. 2 pkt 4 u.o.z.p.).

Należy zauważyć, że przyjęcie poglądu o szczególnym reżimie ochrony tajemnicy zawodowej lekarza psychiatry – który wyłącza reżim ogólny – stawiałoby lekarzy psychiatrów przed bardzo trudnym dylematem etycznym. Polegałby on na obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej nawet w przypadku podejrzenia najcięższego przestępstwa (np. zabójstwa), które mogła popełnić badana osoba. Lekarz psychiatra musiałby nawet dokonać wyboru pomiędzy koniecznością ochrony tajemnicy lekarskiej a koniecznością zapobieżenia przez organy ścigania ewentualnym przestępstwom, które może powtarzać osoba z zaburzeniami psychicznymi” [11].

Podkreślić należy, że czym innym jest zawiadomienie o przestępstwie jako czynność faktyczna, a czym innym procedura przyjęcia zawiadomienia o przestępstwie.

Jak trafnie wywiodła K. Dudka, przytaczając obszerny dorobek doktryny, źródłem wiedzy o przestępstwie, zobowiązującym stosownie do art. 10 i 303 kodeksu postępowania karnego do wszczęcia i przeprowadzenia postępowania przygotowawczego, bardzo często nie jest zawiadomienie o przestępstwie złożone do protokołu i protokół przesłuchania świadka zawiadamiającego o przestępstwie.

„Chociaż kodeks postępowania karnego w art. 303 wymienia tylko jedno ze źródeł informacji, jakim jest zawiadomienie, niemniej wiadomości na temat przestępstwa mogą pochodzić z innych jeszcze źródeł, np. informacji własnych organów ścigania, powziętych w toku prowadzonych czynności procesowych lub pozaprocessowych (operacyjnych) w innej sprawie, a także być wynikiem samooskarżenia sprawcy przestępstwa lub doniesień w mediach. Zwłaszcza ostatnio obserwuje się wzrost aktywności mediów w ujawnianiu przestępstw, w szczególności o charakterze aferowym (np. sprawa łódzkiego pogotowia, afera starachowicka i wiele innych). Pośród różnorodnych form informacji o przestępstwie wskazuje się również anonim, przez który rozumie się informację, której autor nie jest znany, a jak wskazuje P. Filipiak, zwykle nadal nieznanym chce pozostać” [12].

Również J. Grajewski [13] wśród źródeł wiadomości o przestępstwie wymienia ustne, telegraficzne, telefoniczne i pisemne zawiadomienia osób prywatnych.

Dopuszczalne zatem jest zawiadomienie przez lekarza psychiatrę o zbrodni popełnionej czy planowanej przez jego pacjenta, bez konieczności składania zeznań. W mojej ocenie z obowiązku zawiadomienia ani prawnie, ani moralnie lekarz psychiatra nie może być zwolniony.

Kluczowe znaczenie dla tych rozważań ma niezaprzeczone stwierdzenie, że życie człowieka, w tym potencjalnej ofiary pacjenta lekarza psychiatry, jest dobrem najwyższym, nadrzędnym nad prawem do poufności, które niewątpliwie przysługuje pacjentowi z zaburzeniami psychicznymi.

Wykładnię przedkładającą dobro osobiste chorego – sprawcy lub potencjalnego sprawcy przestępstwa – nad prawo do życia jego ofiar stosują zwolennicy teorii bezwzględnego obowiązywania tajemnicy wiążącej lekarza psychiatrę.

Podstawowy przepis art. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r. (Dz. U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284) wprowadza nienaruszalną zasadę, że prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę. Nieprzypadkowe jest też usytuowanie tego przepisu. Prawo do życia jest wyeksponowane przed innymi prawami człowieka – nadano mu zatem nieodwołalny priorytet. W przypadku kolizji różnych praw bezwzględne pierwszeństwo ma prawo do ochrony życia.

Jak trafnie wywiódł L. Garlicki, obowiązek ochrony życia wprowadzony w tym przepisie odnosi się także do zagrożeń wynikających z przestępczych zamierzeń osób trzecich. Państwo nie ponosi bezpośredniej odpowiedzialności za działania osób prywatnych, ale musi spełniać swe obowiązki pozytywne [14].

Oznacza to, że prawo powinno być tak stanowione i interpretowane, aby w żadnym przypadku, gdy nie jest to jednoznacznie i wprost zapisane w ustawie, nie chroniło prywatności i poufności potencjalnego sprawcy przestępstwa kosztem jego potencjalnych ofiar.

- Wyżej prezentowane stanowisko – obowiązek ochrony w pierwszej kolejności prawa do życia potencjalnych ofiar przestępstw, potwierdził wielokrotnie Europejski Trybunał Praw Człowieka w swoim orzecznictwie: „Na państwie ciążyą pozytywne obowiązki podjęcia odpowiednich środków w celu ochrony jednostki przed inną jednostką, a także w pewnych okolicznościach przed nią samą” (wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 16.10.2008 r., 5608/05).
- „Obowiązki państwa rozciągają się poza podstawowy wymóg zapewnienia prawa do życia skutecznymi przepisami prawa karnego; w niektórych okolicznościach z art. 2 EKPC może też wynikać obowiązek podjęcia środków prewencyjnych w celu ochrony życia jednostki” (wyroki Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 03.04.2001 r. (27229/95), z 20.03.2008 r. 1(5339/02) i z 24.10.2002 r. (37703/97)).
- „Państwo ma obowiązek podjęcia odpowiednich kroków dla ochrony życia osób pozostających pod jego jurysdykcją” (wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 28.03.2000 r. (22535/93)).

Idealnym podsumowaniem tego fragmentu rozważań jest wywód J. Bartoszewicza: „Życie jest wartością najwyższą i to zarówno w hierarchii wartości Europejskiej

Konwencji Praw Człowieka, jak też – co oczywiste – w wymiarze indywidualnym. Co za tym idzie, jakiegokolwiek działania zagrażające życiu, zarówno bezpośrednio, jak też pośrednio, bezkarnymi pozostać nie mogą. Nie ma bowiem mowy o praktycznym i skutecznym zapewnieniu przez państwo prawa do życia, jeżeli brak jest po stronie państwa woli i determinacji w przypisywaniu odpowiedzialności za działania życiu zagrażające” [15].

Pozostaje to w oczywistej harmonii z przepisami konstytucji. Zgodnie z jej art. 7 organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa, a najwyższym prawem Rzeczypospolitej Polskiej jest konstytucja, której przepisy stosuje się bezpośrednio, chyba że konstytucja stanowi inaczej. Na mocy art. 38 Konstytucji Rzeczypospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia. Wykładni tego przepisu dokonał Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 30 września 2008 r., K 44/07 (Dz. U. z 2008 r. Nr 177, poz. 1095, str. 9498): „Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyrokach z 23 marca 1999 r., sygn. K. 2/98 oraz 8 października 2002 r., sygn. KK 36/00, niezależnie od owej „obronnej” treści prawa do życia, z art. 38 Konstytucji wynika także zobowiązanie władz publicznych do podejmowania pozytywnych działań służących ochronie życia. Z kolei w sprawie o sygn. K. 26/96 Trybunał stwierdził, że „Ochrona życia ludzkiego nie może być rozumiana wyłącznie jako ochrona minimum funkcji biologicznych niezbędnych do egzystencji, ale jako gwarancje prawidłowego rozwoju, a także uzyskania i zachowania normalnej kondycji psychofizycznej, właściwej dla danego wieku rozwojowego (etapu życia)”. We wskazanym, pozytywnym aspekcie prawa do prawnej ochrony życia, mieszczą się zatem – uznawane także w orzecznictwie ETPC oraz innych europejskich sądów konstytucyjnych – pozytywne obowiązki państwa. W kontekście mogących powstawać zagrożeń terrorystycznych, militarnych czy też niepokojów społecznych o innym tle, elementem prawa do prawnej ochrony życia jest zatem także obowiązek zapewnienia bezpieczeństwa obywateli (ang. obligation to secure albo freedom from fear; niem. Schutzpflichten)”.

Powyższe rozważania prowadzą do konkluzji, że lekarze psychiatry wykonujący czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, którzy powezmą w związku z wykonywaniem tych czynności wiadomość, co do której zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób, są zwolnieni od obowiązku zachowania tej tajemnicy. Mają w takim przypadku moralny i prawny obowiązek ujawnienia tej tajemnicy organom ścigania i nie mogą być pociągnięci do odpowiedzialności karnej za jej ujawnienie. Bezprawne będzie natomiast usiłowanie przesłuchania lekarza, który złoży takie zawiadomienie na okoliczności, o których wiadomość powziął, wykonując czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

### Piśmiennictwo

1. Philips D. *The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect.* Am. Soc. Rev. 39(3): 340–354.

2. Kaczmarek M. *Rozszerzone samobójstwo, a może samobójczy zamach?* <http://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1613963,1,rozszerzone-samobojstwo-a-moze-samobojczy-zamach.read> [dostęp: 08.05.2015].
3. Marszałkowska-Krześ E, Krześ S. *Efekt Wertera*. Rzeczpospolita, 8.04.2015r.; 81(10110): i3.
4. <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiate,2/psychiatra-wypowiada-sie-o-drugim-pilocie,527903.html> [dostęp: 08.05.2015].
5. Dukiet-Nagórska T. *Lekarski obowiązek współdziałania z organami ścigania a tajemnica lekarska*, teza nr 5. LEX/el 36496/5 [www.lex.pl](http://www.lex.pl) [dostęp 09.05.2015].
6. Huk A. *Tajemnica zawodowa lekarza*, teza nr 3. LEX/el 30447/3 [www.lex.pl](http://www.lex.pl) [dostęp 09.05.2015].
7. Orzecznictwo Sądu Najwyższego – Izba Karna i Wojskowa. 2005; 4: 39. Prokuratura i Prawo. wkł. 2005; 7-8:17. Wokanda. 2005; 12: 20, Biuletyn Sądu Najwyższego. 2005; 4: 23.
8. Kwiatkowski Z. *Zakaz przesłuchiwanie w charakterze świadków osób obowiązanych do zachowania tajemnicy w zakresie ochrony zdrowia psychicznego i lekarzy wykonujących czynności biegłego na okoliczności wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary (art. 52 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego)*. W: Kwiatkowski Z. red. *Zakazy dowodowe w procesie karnym*. LEX/el. [www.lex.pl](http://www.lex.pl) [dostęp 09.05.2015].
9. Gałęcki P, Bobińska K, Eichstaedt K. red. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Lexis Nexis; 2013.
10. Szewczyk M. *Kilka uwag dotyczących przestępstw przeciwko wymiarowi sprawiedliwości*. PiPr. 2000; 6: 123.
11. Ładoś S. *Pozycja prawna oskarżonego z zaburzeniami psychicznymi*. Warszawa: Lex Wolters Kluwer; 2013. [www.lex.pl](http://www.lex.pl) [dostęp 09.05.2015].
12. Dudka K. *Anonim a wszczęcie postępowania karnego*. PiPr. 2005; 4: 55–62.
13. Grajewski J. red. *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*. Tom I. Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze; 2006.
14. Garlicki L. *Komentarz do przepisu art. 2 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z dnia 4 listopada 1950 r.* SIP LEGALIS/el. [www.legalis.pl](http://www.legalis.pl) [dostęp 09.05.2015].
15. Bartoszewicz J. *Glosa do wyroku ETPC z dnia 17 stycznia 2013 r., 52013/08*. LEX/el. 2013; 177903/2: teza 2. [www.lex.pl](http://www.lex.pl) [dostęp 09.05.2015].

Prof. dr hab. Elwira Marszałkowska-Krześ  
Dyrektor Instytutu Prawa Cywilnego  
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii  
Uniwersytet Wrocławski

Otrzymano: 5.05.2015

Przyjęto do druku: 10.05.2015