



Konrad Burdziak
dr
Uniwersytet Szczeciński
e-mail: konrad.burdziak@usz.edu.pl
ORCID: 0000-0002-0696-1174



Leczenie PTSD z wykorzystaniem MDMA jako sposób przeciwdziałania zjawisku samobójstwa (problemy *de lege lata*)

Streszczenie

Przedmiotem pracy uczyniono problematykę leczenia PTSD z wykorzystaniem MDMA jako sposobu przeciwdziałania zjawisku samobójstwa. Rozważania w tym zakresie przeprowadzono na tle polskiego prawa. W pracy wykorzystano metodę dogmatycznoprawną. Zdecydowano się przy tym skorzystać z derywacyjnej koncepcji wykładni prawa autorstwa M. Zielińskiego. Autor pracy ustalił, że: 1) PTSD może stanowić źródło zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka w postaci targnięcia się przezeń na własne życie; 2) PTSD może być skutecznie leczone z wykorzystaniem MDMA; 3) polskie prawo nie pozwala na wykorzystywanie MDMA w leczeniu PTSD; 4) polskie prawo przewiduje odpowiedzialność karną za posiadanie MDMA/*ecstasy*.

Słowa kluczowe: PTSD, MDMA, substancje psychoaktywne, samobójstwo

Wprowadzenie. Cel pracy i metoda badawcza

Celem niniejszej pracy jest udzielenie odpowiedzi na pytania: 1) Czy PTSD (ang. *post-traumatic stress disorder* – zespół stresu pourazowego) stanowić może źródło

zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka w postaci targnięcia się przezeń na własne życie; 2) czy PTSD może być skutecznie leczone z wykorzystaniem MDMA (3,4-Metylenodioksymetamfetaminy); 3) czy polskie prawo pozwala na wykorzystywanie MDMA w leczeniu PTSD?

Autor pracy stawia przy tym następujące hipotezy badawcze: 1) PTSD stanowić może źródło zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka w postaci targnięcia się przezeń na własne życie; 2) PTSD może być skutecznie leczone z wykorzystaniem MDMA; 3) polskie prawo nie pozwala na wykorzystywanie MDMA w leczeniu PTSD.

Metodą badawczą wykorzystaną w pracy jest metoda dogmatycznoprawna. Zdecydowano się skorzystać w tym zakresie z derywacyjnej koncepcji wykładni prawa autorstwa M. Zielińskiego.

PTSD i MDMA¹

Jak wskazuje się w literaturze, środki psychoaktywne, w tym także psychodeliki, od dawna wykorzystywane są w ramach terapii rozmaitych zaburzeń. Przykładowo LSD wykorzystywano już w połowie XX wieku jako „lekarstwo” na alkoholizm, a fakt ten oraz enteogenne² właściwości LSD dla niektórych stały się podstawą dla wyprowadzenia wniosku, że „lek” ten może z powodzeniem wspomagać także terapię innych zaburzeń, w tym m.in. lęku³.

Z perspektywy niniejszej pracy kluczowe jest, że trwają badania dotyczące leczenia zaburzeń lękowych wspomaganego MDMA⁴. W tym miejscu omówiona zostanie przy tym wyłącznie kwestia zespołu stresu pourazowego (PTSD) jako zaburzenia powodującego wyjątkowe zakłócenia w życiu człowieka. Jak wskazują A. Cebella i I. Łucka:

1 Niniejszy podpunkt opracowany został przede wszystkim przy wykorzystaniu publikacji B. Sessa, E. Worthley, *Psychedelic Drug Treatments: Assisting the Therapeutic Process*, Dulles, Virginia 2016. Autor nie przypisuje sobie autorstwa poglądów zawartych w tym podpunkcie i zawsze odsyła do odpowiednich fragmentów publikacji.

2 „Enteogeny (gr. *ἐν*, en, „w”, i *θεός*, *theós*, „bóg”; bóg wewnątrz) – w najściślejszym rozumieniu są to substancje psychoaktywne (najczęściej zawarte w roślinach psychodeliki) indukujące mistyczne i duchowe doświadczenia. W szerszym rozumieniu są to zarówno naturalne, jak i syntetyczne substancje powodujące odmienne stany świadomości podobne do tych wywołanych w szamańskich rytuałach. W niektórych kontekstach słowo enteogeny jest używane zamiennie ze słowem psychodeliki. Gordon Wasson proponował ten termin jako określenie grupy substancji psychoaktywnych” – <https://pl.wikipedia.org/wiki/Enteogeny> (dostęp 5.11.2020).

3 Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 86.

4 Zob. *ibidem*, s. 88–89.

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło do klasyfikacji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition (DSM-III) nową jednostkę chorobową — zaburzenie po stresie traumatycznym. Przy czym uraz będący przyczyną powstania zespołu stresu pourazowego (PTSD, post-traumatic stress disorder) może być wywołany nie tylko walką na froncie wojennym, uwięzieniem, przeżyty katastrofą komunikacyjną, kataklizmem przyrodniczym, terroryzmem, traumą związaną z doświadczeniami z obozu koncentracyjnego, torturami, lecz także może być skutkiem przemocy seksualnej czy wewnątrzrodzinnej. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podkreśliło istotę poczucia zagrożenia życia oraz bezradność ofiary w mechanizmie powstawania zaburzenia⁵.

Typowymi objawami, oznakami wskazanego zaburzenia czy okolicznościami mu towarzyszącymi są – według wskazanych autorek – m.in. epizody powtarzającego się przeżywania urazu na nowo w natrętnych wspomnieniach (reminiscencje) lub w snach; uporczywie utrzymujące się poczucia odrętwienia i otępienia uczuciowego, odizolowania od innych ludzi, niereagowanie na otoczenie, anhedonia oraz unikanie działań i sytuacji, które mogłyby przypominać przeżyty uraz; dramatyczne, ostre wybuchy strachu, paniki lub agresji, wyzwalone przez bodźce powodujące nagłe przypomnienie sobie lub przeżycie na nowo sytuacji urazowej lub początkowej reakcji na tę sytuację; lęk i depresja, a nierzadko – i wymaga to podkreślenia – myśli samobójcze⁶.

Jeżeli chodzi o kwestie procesów zachodzących w ludzkim mózgu w przypadku PTSD, to wyróżnić można trzy struktury, które są w tym zakresie najbardziej interesujące: 1) ciało migdałowate (odpowiada w organizmie za „reakcję walki lub ucieczki”); 2) hipokamp i 3) kora przedczołowa (odpowiadają za uzasadnianie, rozważanie i planowanie). Jak wskazuje się w literaturze, traumatyczny stres może zakłócić komunikację między tymi strukturami z jednej strony w ten sposób, że do ciała migdałowatego nie dotrze informacja, że niebezpieczeństwo minęło, z drugiej strony zaś w ten sposób, że hipokamp nie będzie odbierać emocjonalnych informacji przetwarzanych przez ciało migdałowate i przechowywać ich w pamięci

5 A. Cebella, I. Łucka, *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, „Via Medica” 2007, t. 4, nr 3, s. 129. Jak wskazują E. Krediet et al.: „Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a complex disorder with a host of neurobiological alterations” (E. Krediet et al., *Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD*, „International Journal of Neuropsychopharmacology” 2020, nr 23 (6), s. 385). Podkreślenia wymaga, że do rozpoznania PTSD wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wskazanych w DSM. Chodzi o kryteria należące do grup: *stressor, intrusion symptoms, avoidance, negative alterations in cognitions and mood, alterations in arousal and reactivity* itd. – zob. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/box/part1_ch3.box16/ (dostęp 4.01.2021).

6 Zob. A. Cebella, I. Łucka, op. cit., s. 130.

długotrwałej. Co za tym idzie – wspomnienia traumy pozostaną przez cały czas, a człowiek będzie czuł się, jakby był w ciągłym niebezpieczeństwie⁷.

Leczenie PTSD odbywa się z wykorzystaniem selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) – sertraliny i paroksetyny. Środki te uważa się za skuteczne w tym sensie, że pozwalają na osiągnięcie założonych skutków, podkreśla się jednak w literaturze, że „leki” te działają wyłącznie objawowo, a dodatkowo – przepisywane są pacjentowi tak długo, jak długo potrzebuje on złagodzenia objawów spowodowanych przez PTSD. SSRI charakteryzują się nadto znaczną liczbą możliwych negatywnych skutków ubocznych⁸. Przykładowo – używanie Paroxinoru może wywołać następujące skutki niepożądane: 1) zaburzenia krwi i układu chłonnego w postaci nieprawidłowego krwawienia czy małopłytkowości; 2) zaburzenia układu immunologicznego w postaci ciężkich i mogących zakończyć się zgonem reakcji alergicznych; 3) zaburzenia endokrynologiczne w postaci zespołu nieprawidłowego wydzielania hormonu antydiuretycznego; 4) zaburzenia metabolizmu i odżywiania w postaci zmniejszenia łaknienia, zwiększenia stężenia cholesterolu, zaburzenia kontroli glikemii, hiponatremii; 5) zaburzenia psychiczne w postaci senności, bezsenności, pobudzenia, nietypowych snów, splątania, omamów, reakcji maniакаlnych, lęku, depersonalizacji, napadów paniki, akatyzyi, a nawet – wyobrażeń i zachowań samobójczych⁹. Wskazuje się wręcz, że:

U pacjentów z zachowaniami samobójczymi w wywiadzie albo ze znacznego stopnia wyobrażeniami samobójczymi przed rozpoczęciem leczenia występuje większe ryzyko myśli samobójczych lub prób samobójczych. Osoby takie powinny być ściśle obserwowane podczas leczenia. Metaanaliza kontrolowanych placebo badań klinicznych dotyczących leków przeciwdepresyjnych stosowanych u dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wykazała istnienie zwiększonego ryzyka zachowań samobójczych podczas stosowania leków przeciwdepresyjnych w porównaniu do placebo u pacjentów w wieku poniżej 25 lat. Farmakoterapii powinna towarzyszyć ścisła obserwacja pacjentów, zwłaszcza tych z grupy wysokiego ryzyka, w szczególności na początku leczenia i po jego zmianach. Pacjentów (oraz ich opiekunów) należy uprzedzić o konieczności

7 Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 89. Na istotną rolę ciała migdałowatego i hipokampu w kontekście powstawania i utrzymywania się PTSD wskazuje także J.W. Kalat, zdaniem którego: „Większość chorych na PTSD ma mniejsze niż przeciętnie hipokampy (...). Czy ta różnica jest skutkiem PTSD, czy też świadczy o predyspozycji do PTSD u osób, które już wcześniej miały mniejsze hipokampy? Prawdopodobnie jedno i drugie” (J.W. Kalat, *Biologiczne podstawy psychologii*, Warszawa 2020, s. 449) i dalej: „Najwyraźniej ciało migdałowate, które jest tak istotne dla przetwarzania emocjonalnego, odgrywa też główną rolę w powstawaniu skrajnego oddziaływania emocjonalnego, jakie prowadzi do rozwoju PTSD” (ibidem, s. 449).

8 Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 90–91.

9 Zob. http://leki.urpl.gov.pl/files/27_Paroxinor_20mg.pdf (dostęp 8.11.2020).

zwrócenia uwagi na każdy objaw klinicznego nasilenia choroby, zachowania lub myśli samobójcze oraz nietypowe zmiany w zachowaniu, a w razie ich wystąpienia, o konieczności niezwłocznego zwrócenia się do lekarza¹⁰.

Jak wskazuje się w literaturze, SSRI kontrolują ilość serotoniny w szczelinie synaptycznej poprzez hamowanie procesu wychwytu zwrotnego (normalnie serotonina jest ponownie wchłaniana przez neuron presynaptyczny po przekazaniu przez neuroprzekaznik impulsu nerwowego). Jak zauważa J. Stefaniuk:

Wywołują one zwiększenie stężenia serotoniny w synapsie, co po pewnym czasie spowoduje zmiany adaptacyjne w gęstości receptorów: zmniejszy się liczba autoreceptorów 5-HT_{1A} oraz receptorów 5-HT_{2A} i 5-HT_{2C}. Poza działaniem na poziom serotoniny, SSRI powodują też zwiększenie poziomu neurotrofin, głównie BDNF – białka stymulującego neurogenezę, a także zmniejszenie poziomu cytokin prozapalnych, takich jak TNF-alfa czy IL-6, które również mogą mieć swój udział w powstawaniu zaburzeń depresyjno-lękowych¹¹.

Jak natomiast działa MDMA? Otóż twierdzi się, że MDMA odwraca aktywność mózgu wywołaną stresem pourazowym poprzez znaczne zmniejszenie aktywności lewego ciała migdałowatego (ciało migdałowate to struktura parzysta). Środek ten zwiększa poziom serotoniny w szczelinie synaptycznej, nie hamuje jednak procesu wychwytu zwrotnego, lecz działa poprzez stymulowanie masowego uwalniania zmagazynowanej serotoniny z pęcherzyków w błonie presynaptycznej, która wypełnia szczelinę synaptyczną i przekazuje impuls nerwowy do neuroprzekaznika postsynaptycznego¹².

Przewaga MDMA nad SSRI polega przy tym na tym, że: 1) MDMA ma zdolność zmniejszania poziomu lęku narastającego w ciele migdałowatym; 2) MDMA

¹⁰ Ibidem.

¹¹ J. Stefaniuk, „Terapia szokowa”, czyli *agoniści receptor 5-HT_{2A} w leczeniu depresji i lęku*, w: M. Dąsala (red.), *Acta Uroboroi. W kręgu alchemii*, Wrocław 2017, s. 78–79.

¹² Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 91–92. Jak wskazuje E. Krediet et al.: „On a neurobiological level, MDMA attenuates amygdala activity while activating the frontal cortex (...), the activity of which is often impaired in patients suffering from PTSD (...). MDMA also increases oxytocin levels, which is a potential contributing factor to experienced increases in interpersonal trust (Vizeli and Liechti, 2018). Oxytocin levels have been shown to mediate the pro-social effects of MDMA in animal studies (...), and a recent study found that a single dose of MDMA in mice reopens the critical period for social reward learning, which required activation of oxytocin receptors in the nucleus accumbens, and endures beyond the acute effects of the drug (...). The effects of MDMA on fear extinction and memory consolidation may be another contributing factor to its therapeutic potential for the treatment of PTSD (...). Ongoing research is testing whether these findings translate to humans as well (e.g., NCT03181763)” (E. Krediet et al., op. cit., s. 388).

zwiększa poziom zaufania, empatii i pozytywnych uczuć wobec innych; 3) MDMA umożliwia terapię i pacjentowi osiągnięcie silniejszego, bardziej otwartego związku; 4) MDMA pozwala pacjentowi zmierzyć się z osobistą traumą w bezpiecznym środowisku i w sposób niezagrażający¹³.

Jak wspomniano, trwają badania nad leczeniem PTSD wspomagany MDMA. Wyniki tych badań są zaś więcej niż obiecujące:

The results of the first randomized placebo-controlled trial (RCT) of MDMA-assisted psychotherapy for PTSD were published in 2010 (...). Twelve treatment-resistant patients received 2 sessions with 125 mg MDMA (plus an optional booster of 62.5 mg), while 8 patients received a placebo. The results showed that 83% of the patients in the MDMA group did not meet the criteria for PTSD anymore, according to Clinician-Administered PTSD Symptoms Scale (CAPS-IV) cutoff scores, compared with 25% in the placebo group. A long-term follow-up demonstrated that treatment effects were stable over a 3.5-year period (...). These results were replicated in 2 other studies (...) in which MDMA-treated patients also showed increases in posttraumatic growth. A pooled analysis on 105 patients from 6 RCTs (...) showed that patients who received MDMA experienced significantly greater reductions in PTSD symptom scores than patients in the control group (Cohen's $d = 0.8$). After 2 MDMA sessions, 54.2% of patients no longer met PTSD diagnostic criteria compared with 22.6% in the control group. Compared with data used for the FDA approval of paroxetine and sertraline, MDMA-assisted psychotherapy showed higher effect sizes and significantly lower dropout rates (...). Based on these results, the FDA granted MDMA a breakthrough therapy designation for the treatment of PTSD¹⁴.

MDMA a polskie prawo

Wspomniane obiecujące wyniki badań nad leczeniem PTSD wspomagany MDMA skłaniają do postawienia pytania, czy możliwe byłoby prowadzenie takiego leczenia w Polsce. Mogłoby to bowiem stanowić jeden z dodatkowych sposobów, choć oczywiście – li tylko pośredni, przeciwdziałania zjawisku samobójstwa. Warto przypomnieć, że wśród typowych objawów, oznak PTSD czy okoliczności mu towarzyszących wymienia się m.in. myśli samobójcze. Wskazuje się wręcz, że:

Chociaż 40–90% osób jest narażonych na przeżycie traumatycznego zdarzenia w pewnym momencie życia, PTSD rozwinie się tylko u małego odsetka społeczeństwa (7%

¹³ Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 92.

¹⁴ E. Krediet et al., op. cit., s. 389.

i 12%). Jednak osoby z PTSD są sześć razy bardziej narażone na ryzyko popełnienia samobójstwa, a roczne koszty utraty wydajności szacuje się na około 3 mld USD¹⁵.

Odpowiadając na wskazane wyżej pytanie, odwołać się należy – siłą konieczności – do Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii¹⁶. Ustawa ta dokonuje bowiem podziału środków odurzających i psychotropowych na grupy i określa zasady ich wykorzystywania. I tak, zgodnie z ustawą: 1) środki odurzające dzieli się na grupy I-N, II-N, III-N i IV-N w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych (art. 31 u.p.n.); 2) substancje psychotropowe dzieli się na grupy I-P, II-P, III-P i IV-P w zależności od stopnia ryzyka powstania uzależnienia w przypadku używania ich w celach innych niż medyczne oraz zakresu ich stosowania w celach medycznych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 roku w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych¹⁷, MDMA zaliczyć należy do substancji psychotropowych w grupie I-P.

62		Izo-pentadron	1-metyloamino-1-fenyl-pentan-2-on
63	KATYNON		(-)- α -aminopropiofenon
64	(+)-LIZERGID	LSD, LSD-25	dietyloamid kwasu 9,10-didehydro-6-metyloergolino-8 β -karboksylowego
65		MDMA	(\pm)-3,4-metylenodioksy-N, α -dimetylofenetyloamina, czyli 3,4-metylenodioksyamfetamina
66		MDPBP	1-(3,4-metylenodioksyfenilo)-2-(pirolidyn-1-ylo)butan-1-on
67		MDPPP	1-(3,4-metylenodioksyfenilo)-2-(1-pirolidynilo)-1-propanon
68		MMDA	(\pm)-5-metoksy-3,4-metylenodioksy- α -metylofenetyloamina, czyli 5-metoksy-3,4-metylenodioksyamfetamina
69		Meskalina	3,4,5-trimetoksyfenetyloamina

Rysunek 1. Fragment załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2018 roku

Źródło: własne.

Czy jest to istotna informacja? Oczywiście – tak. Podkreślenia wymaga bowiem, że w myśl art. 33 u.p.n.:

¹⁵ <https://cordis.europa.eu/article/id/239896-predicting-ptsd-with-mirnas/pl> (dostęp 4.01.2021).

¹⁶ Dz.U. z 2019 r., poz. 853 ze zm.

¹⁷ Dz.U. z 2018 r., poz. 1591 ze zm.

1. Środki odurzające grup I-N i II-N oraz substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P mogą być używane wyłącznie w celach medycznych, przemysłowych lub prowadzenia badań. 2. Substancje psychotropowe grupy I-P mogą być używane wyłącznie w celu prowadzenia badań, a środki odurzające grupy IV-N wyłącznie w celu prowadzenia badań oraz w lecznictwie zwierząt – w zakresie wskazanym w przepisach wydanych na podstawie art. 44f.

O ile zatem badania z MDMA mogą być prowadzone, o tyle leczenie PTSD wspomaganie MDMA jest niedopuszczalne i mogłoby grozić także odpowiedzialnością karną w związku z np. wytwarzaniem, przetwarzaniem albo przerabianiem – wbrew przepisom ustawy – substancji psychotropowej (art. 53 ust. 1 u.p.n.) czy też w związku z udzieleniem – wbrew przepisom ustawy – substancji psychotropowej bądź w związku z ułatwieniem albo umożliwieniem jej użycia albo nakłanianiem do jej użycia (art. 58 ust. 1 u.p.n.).

Zgodzić się należy więc z B. Kurzepą, że:

Wytwarzanie, przetwarzanie lub przerabianie, w celu prowadzenia badań naukowych, środków odurzających grup I-N, II-N i IV-N oraz substancji psychotropowych grup I-P, II-P, III-P i IV-P jest dozwolone wyłącznie jednostkom naukowym. Muszą one jednak wcześniej uzyskać zezwolenie Głównego Inspektora Farmaceutycznego (art. 35 ust. 1 i ust. 4 pkt 1 ustawy). Podobne zezwolenie wymagane jest w przypadku stosowania środków odurzających grupy IV-N oraz substancji psychotropowych grupy I-P w celu prowadzenia badań naukowych. Czynności tego rodzaju powinny się mieścić w zakresie działalności statutowej danej jednostki naukowej¹⁸.

Co jednak w sytuacji, w której po MDMA (a w zasadzie po uliczne MDMA, czyli popularne *ecstasy*) sięgnąłby pojedynczy, „zwykły” obywatel? Czy możliwe i zasadne byłoby pociągnięcie go wówczas do odpowiedzialności karnej? Niewątpliwie sięgnięcie po *ecstasy* i jej posiadanie stanowi wypełnienie znamion przedmiotowych (obiektywnych) typu czynu zabronionego pod groźbą kary określonego w art. 62 ust. 1, 2 lub 3 u.p.n. Nie da się bowiem zaprzeczyć temu, że sięgnięcie po *ecstasy* i jej posiadanie jest niczym innym, niż tylko posiadaniem substancji psychotropowych wbrew przepisom ustawy. Rzecz jasna, można byłoby twierdzić, że w danym, konkretnym przypadku ma miejsce wypadek mniejszej wagi; wskazać należy jednak, że tego rodzaju przypadek także stanowi podstawę do pociągnięcia sprawcy do odpowiedzialności karnej.

¹⁸ B. Kurzepa, *Komentarz do art. 33 u.p.n.*, w: A. Ważny (red.), *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2019, wersja online, teza 3.

Oczywiście kuszącym rozwiązaniem byłoby sięgnięcie w takiej sytuacji po instytucję z art. 62a u.p.n., zgodnie z którym:

Jeżeli przedmiotem czynu, o którym mowa w art. 62 ust. 1 lub 3, są środki odurzające lub substancje psychotropowe w ilości nieznacznej, przeznaczone na własny użytek sprawcy, postępowanie można umorzyć [z naciskiem na słowo „można”, a nie „trzeba” czy „należy” – dop. KB] również przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, jeżeli orzeczenie wobec sprawcy kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

Zwrócić należy jednak uwagę, że konieczne byłoby wówczas stwierdzenie, że: 1) mamy do czynienia z substancją psychotropową w ilości nieznacznej – brakuje tymczasem definicji ustawowej sformułowania „ilość nieznaczna”; 2) orzeczenie kary byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu; 3) orzeczenie kary byłoby niecelowe ze względu na stopień społecznej szkodliwości czynu¹⁹ (dodać należy, że wszystkie te przesłanki musiały zostać spełnione jednocześnie). Wszystkie wyżej wymienione okoliczności mają zatem wysoce uznaniowy charakter. Zwraca na to uwagę także sam ustawodawca (rzeczywisty), wskazując, że:

W przedłożonym projekcie zrezygnowano z bliższego definiowania pojęcia nieznacznej ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej pozostawiając to znamię znamieniem ocennym (podobnie jak znane obecnie polskiemu ustawodawstwu znamię znacznej ilości środka odurzającego lub substancji psychotropowej stanowiące znamię niektórych typów kwalifikowanych przestępstw stypizowanych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii). Rozwiązanie takie może oczywiście nastroczać pewne trudności w praktyce²⁰.

Podobnie sytuacja przedstawia się w kontekście przesłanki niecelowości orzeczenia kary z uwagi na okoliczności popełnienia czynu oraz przesłanki niecelowości orzeczenia kary z uwagi na stopień społecznej szkodliwości. Zasadnie wskazuje R. Krajewski (odwołując się do poglądu M. Kalinowskiego), że: „rozwiązanie to budzi wątpliwości. (...) w przepisie art. 62a u.p.n. występuje zbyt dużo terminów nieostrych, aby służył on skutecznej racjonalizacji stosowania represji karnej wobec posiadaczy narkotyków. Chodzi zwłaszcza o zwrot «nieznaczna ilość» narkotyku”²¹.

¹⁹ Na marginesie wskazać należy, że w przypadku ustalenia znikomej społecznej szkodliwości zachowania się sprawcy (czego nie można wykluczyć) jego odpowiedzialność karna zostałaby wyłączona na podst. art. 1 § 2 k.k.

²⁰ <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruk/3420> (dostęp 4.01.2021).

²¹ R. Krajewski, *Umorzenie postępowania w sprawie o przestępstwo posiadania narkotyków w nieznacznej ilości na własny użytek sprawcy*, „Przeгляд Sądowy” 2017, nr 11–12, s. 170.

W kontekście analizowanej przez nas sytuacji, tj. gdy sprawca nabywa i posiada *ecstasy* w celu wsparcia terapii (czy też zamiast terapii) PTSD, spełnienie wyżej wymienionych warunków byłoby zresztą trudne do zrealizowania nie tylko z uwagi na ich wysoką ocenność. Wystarczy wskazać, że sam ustawodawca (rzeczywisty) zwraca uwagę, że:

Tym co może decydować o przyjęciu, że stopień społecznej szkodliwości czynu uzasadnia skorzystanie z proponowanego przepisu może być przede wszystkim charakter posiadanego środka, tzn. jego szkodliwość. I tak w przypadku posiadania cannabis, a więc substancji o mniejszej szkodliwości, niż wiele innych środków, w ilościach nieznacznych i okolicznościach niestwarzających w zasadzie zagrożenia dla dóbr prawnych osób trzecich powinny, w zasadzie można domniemywać zasadność zastosowania proponowanego przepisu. W przypadku innych środków [w tym – jak się wydaje – również MDMA – dop. KB], ze względu na większe zagrożenie, jakie stwarzają one generalnie dla dobra chronionego, jakim jest zdrowie publiczne, zastosowanie tego przepisu powinno wchodzić w grę znacznie rzadziej, co nie oznacza jednak całkowitego wykluczenia takiej możliwości²².

Gdy dodany zostanie do tego słuszny pogląd, w myśl którego nie sposób uznać pojęcia „okoliczności popełnienia czynu” jako odnoszącego się do właściwości osobistych sprawcy²³ (tych właściwości nie można uwzględnić również, ustalając stopień społecznej szkodliwości czynu), należy uznać, że w kontekście posiadania *ecstasy* zrealizowanie warunków przewidzianych w art. 62a u.p.n. może być bardzo utrudnione (co nie oznacza jednak – rzecz jasna – całkowitego wykluczenia takiej możliwości).

Czy byłaby szansa na powołanie się przez sprawcę na działanie w granicach tzw. kontratypu stanu wyższej konieczności określonego w art. 26 § 1 k.k.? Wszak działa on w celu uchylecia niebezpieczeństwa grożącego dobru chronionemu

22 <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/3420> (dostęp 4.01.2021).

23 Zob. W. Zontek, *Komentarz do art. 62a*, w: W. Górski, M. Małecki, D. Zajac (red.), *Przestępstwa narkotykowe i dopalacze. Komentarz*, Kraków, online, teza 21. Warto wskazać, że w art. 77 § 1 k.k. sformułowanie „okoliczności popełnienia czynu/przestępstwa” pojawia się w towarzystwie takich sformułowań, jak: „postawa”, „właściwości osobiste”, „warunki osobiste”, „zachowanie po popełnieniu przestępstwa”, „zachowanie w czasie odbywania kary”. Powyższe wyraźnie sugeruje, że zdaniem polskiego ustawodawcy do okoliczności popełnienia czynu/przestępstwa nie sposób zaliczyć właściwości i warunków osobistych sprawcy. Oczywiście można by przyjęc również odmienną interpretację i twierdzić, że na gruncie art. 62a u.p.n. okoliczności popełnienia czynu/przestępstwa oznaczają coś innego niż to, co wyżej wskazano (np. z uwagi na fakt, że sformułowanie „okoliczności popełnienia czynu” pojawia się obok sformułowania „stopień społecznej szkodliwości czynu”). Dotychczas nie wskazano jednak żadnego argumentu jednoznacznie przesądzającego, że taka właśnie byłaby prawidłowa.

prawem w postaci własnego zdrowia, dobro poświęcone (konieczność zabezpieczenia społeczeństwa przed swobodnym, niekontrolowanym posiadaniem środków odurzających i substancji psychotropowych²⁴) przedstawia zaś wartość niższą od poświęcanego. Odpowiedź na wskazane pytanie winna być rzecz jasna negatywna. Oczywiście jest wszakże to, że nie zostanie spełniony w interesującej nas sytuacji warunek niemożności uchylenia niebezpieczeństwa w inny sposób (wszak możliwe byłoby zawsze zwrócenie się wówczas do specjalistów psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów) oraz warunek bezpośredniości niebezpieczeństwa grożącego dobru chronionemu prawem (nie da się bowiem ukryć, że skoro sprawca miał możliwość nabycia *ecstasy*, to trudno byłoby uznać, że niebezpieczeństwo było w tamtej chwili niebezpieczeństwem aktualnym, obecnym²⁵). Powołanie się przez sprawcę na tzw. kontratyp stanu wyższej konieczności byłoby zatem jednoznacznie wykluczone.

W kontekście powyższego podkreślenia wymaga jednak, że nic nie stałoby na przeszkodzie powoływaniu się przez sprawcę na jego przekonanie o tym, że w danej konkretnej sytuacji niebezpieczeństwo było bezpośrednie i nie można było go inaczej uniknąć. Jeżeli przekonanie takie zostałoby uznane za usprawiedliwione, np. stanem zdrowia psychicznego sprawcy, wówczas konieczne byłoby wyłączenie odpowiedzialności karnej sprawcy na podstawie art. 29 k.k., określającego instytucje w postaci błędu co do okoliczności wyłączającej bezprawność i błędu co do okoliczności wyłączającej winę.

Podejmowane wyżej próby ustalenia ewentualnych podstaw wyłączenia odpowiedzialności karnej za zachowanie się sprawcy posiadającego *ecstasy* sugerować mogą, rzecz jasna, że autorowi pracy bliskie jest przekonanie, że tego rodzaju zachowanie przynajmniej w wyjątkowych wypadkach winno zostać usprawiedliwione i faktycznie tak jest. W przekonaniu autora pracy należy – przynajmniej niekiedy – usprawiedliwić zachowanie się człowieka szukającego w MDMA pomocy

24 Por. M. Kulik, *Komentarz do art. 62 u.p.n.*, w: M. Mozgawa (red.), *Pozakodeksowe przestępstwa przeciwko zdrowiu. Komentarz*, Warszawa 2017, online, teza 2.

25 Jak wskazuje A. Spotowski: „Wydaje się, że w omawianym kontekście [tj. w kontekście stanu wyższej konieczności – dop. KB] bezpośrednie niebezpieczeństwo należy rozumieć jako niebezpieczeństwo aktualne, obecne, czyli zachodzące w danej chwili. Kryterium znaczości prawdopodobieństwa nie może tutaj odgrywać istotnej roli, ponieważ stopień prawdopodobieństwa nastąpienia skutku ujemnego nie zawsze ma wpływ na możliwość przeciwdziałania. Przy stanie wyższej konieczności chodzi przecież o wykorzystanie szansy uchylenia niebezpieczeństwa, a więc należy tak określić początek stanu wyższej konieczności, aby zachować szansę uchylenia niebezpieczeństwa. (...) Takie ujęcie nie budzi obaw, że zakres stanu wyższej konieczności zostanie nadmiernie rozszerzony i będzie można się nań powoływać nawet przy nieznacznym zagrożeniu. Na przeszkodzie temu stoi bowiem inny wymóg, a mianowicie to »aby niebezpieczeństwa nie można było inaczej uniknąć«” (A. Spotowski, *Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym*, Warszawa 1990, s. 271–272).

z poradzeniem sobie z PTSD. Nie oznacza to wszakże – i wymaga to podkreślenia – woli autora pracy, by np. posiadanie *ecstasy* zostało wyjęte spod zakresu regulacji art. 62 ust. 1, 2 lub 3 u.p.n. Podkreślenia wymaga bowiem, że o ile MDMA i kontrolowane jego przyjmowanie może okazać się skuteczne we wspieraniu terapii PTSD, o tyle *ecstasy* („uliczne MDMA”) wykorzystywane bez kontroli specjalisty nie tylko może nie pomóc w terapii PTSD, lecz wręcz zaszkodzić. Wskazać należy wszakże, że w literaturze wskazuje się, że pomiędzy MDMA a *ecstasy* występują poważne różnice. I tak, wskazać należy, że: 1) *ecstasy* może zawierać obok MDMA także inne substancje, w tym nawet substancje toksyczne; 2) w badaniach laboratoryjnych udowodniono, że tylko czyste MDMA jest wystarczająco bezpieczne do spożycia przez ludzi i to tylko wtedy, gdy jest przyjmowane w warunkach klinicznych; 3) *ecstasy* niesie ze sobą większe ryzyko fizycznej krzywdy niż klasyczne psychodeliki przyjmowane w niekontrolowany sposób²⁶.

Wnioski

Podsumowując powyższe ustalenia, wskazać należy, że: 1) PTSD rzeczywiście może stanowić źródło zagrożenia dla życia i zdrowia człowieka w postaci targnięcia się przezeń na własne życie; 2) PTSD rzeczywiście może być skutecznie leczone z wykorzystaniem MDMA; 3) polskie prawo nie pozwala na wykorzystywanie MDMA w leczeniu PTSD; 4) polskie prawo przewiduje odpowiedzialność karną za posiadanie MDMA/*ecstasy*. Ostatni z wymienionych wyżej wniosków (i związaną z nim sytuację osób z PTSD) uznać należy przy tym za pożądany, a to z uwagi na wspomniany fakt, że: 1) badania nad skutecznością i bezpieczeństwem leczenia PTSD wspomaganym MDMA wciąż trwają; 2) *ecstasy* może zawierać obok MDMA także inne substancje, w tym nawet substancje toksyczne; 3) w badaniach laboratoryjnych udowodniono, że tylko czyste MDMA jest wystarczająco bezpieczne do spożycia przez ludzi i to tylko wtedy, gdy jest przyjmowane w warunkach klinicznych; 4) *ecstasy* niesie ze sobą większe ryzyko fizycznej krzywdy niż klasyczne psychodeliki przyjmowane w niekontrolowany sposób.

W momencie osiągnięcia pewności co do możliwości skutecznego i bezpiecznego leczenia PTSD wspomaganego MDMA należałoby jednak dokonać stosownych zmian w Ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii, zmian – podkreślenia wymaga – umożliwiających taką terapię.

²⁶ Zob. B. Sessa, E. Worthley, op. cit., s. 92.

Bibliografia

- Cebella A., Łucka I., *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, „Via Medica” 2007, t. 4, nr 3.
- Kalat J.W., *Biologiczne podstawy psychologii*, Warszawa 2020.
- Krajewski R., *Umorzenie postępowania w sprawie o przestępstwo posiadania narkotyków w nieznacznej ilości na własny użytek sprawcy*, „Przegląd Sądowy” 2017, nr 11–12.
- Krediet E. et al., *Reviewing the Potential of Psychedelics for the Treatment of PTSD*, „International Journal of Neuropsychopharmacology” 2020, nr 23 (6).
- Kulik M., *Komentarz do art. 62 u.p.n.*, w: M. Mozgawa (red.), *Pozakodeksowe przestępstwa przeciwko zdrowiu. Komentarz*, Warszawa 2017.
- Kurzępa B., *Komentarz do art. 33 u.p.n.*, w: A. Ważny (red.), *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Komentarz*, Warszawa 2019.
- Sessa B., Worthley E., *Psychedelic Drug Treatments: Assisting the Therapeutic Process*, Dulles, Virginia 2016.
- Spotowski A., *Funkcja niebezpieczeństwa w prawie karnym*, Warszawa 1990.
- Stefaniuk J., *„Terapia szokowa”, czyli agoniści receptor 5-HT_{2A} w leczeniu depresji i lęku*, w: M. Dąsala (red.), *Acta Uroboroi. W kręgu alchemii*, Wrocław 2017.
- Zontek W., *Komentarz do art. 62a*, w: W. Górski, M. Małecki, D. Zając (red.), *Przestępstwa narkotykowe i dopalacze. Komentarz*, Kraków.

Treatment of PTSD with MDMA as a method of counteracting the incidence of suicide. A discussion in the context of Polish law

Abstract

The subject of the study is the treatment of PTSD with the use of MDMA as a method of counteracting the incidence of suicide. The discussion is carried out in the context of Polish law. The method used in the paper involves an analysis of the law in force, aided by M. Zieliński's derivative concept of legal interpretation. The author of the study has established that: 1) PTSD may constitute a source of a threat to human life and health where persons might take their own lives; 2) PTSD can be successfully treated with MDMA; 3) Polish law does not allow the use of MDMA in the treatment of PTSD; 4) Polish law provides for criminal liability for possession of MDMA/ecstasy.

Keywords: PTSD, MDMA, psychoactive substances, suicide

CYTOWANIE

Burdziak K., *Leczenie PTSD z wykorzystaniem MDMA jako sposób przeciwdziałania zjawisku samobójstwa (problemy de lege lata)*, „Acta Iuris Stetinensis” 2021, nr 3 (vol. 35), 9–22,
DOI: 10.18276/ais.2021.35-01.