

Prawne aspekty prowadzenia i korzystania z neuroterapii

Legal aspects of conducting and using neurotherapy

Rafał Łukasz Szewczyk¹, Maciej Łukasz Siedlecki², Marta Agnieszka Ratomska³

¹Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

²Okręgowa Rada Adwokacka we Wrocławiu

³Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2016; 11, 1: 21–27

Adres do korespondencji:

Rafał Szewczyk
Instytut Psychologii
Uniwersytet Jagielloński
ul. Ingardena 6, 30-060 Kraków
tel. +48 783 306 438
e-mail: rafal.lukasz.szewczyk@gmail.com

Streszczenie

Nieinwazyjne techniki neuroterapii (*neurofeedback*, TMS, tDCS) zyskują coraz większą popularność jako metody wspierające leczenie i rehabilitację procesów poznawczych, zaburzeń emocjonalnych oraz dysfunkcji o charakterze sensomotorycznym. Mimo nieinwazyjności wspomnianych metod, wśród pacjentów i początkujących terapeutów pojawiają się obawy co do ich potencjalnej szkodliwości. Tymczasem w Polsce wciąż nie ma regulacji prawnych, które określałyby zakres kompetencji, jakie powinna posiadać osoba mogąca świadczyć usługi neuroterapeutyczne. Pojawia się zatem pytanie o rodzaj i zakres odpowiedzialności, jaki spoczywa na neuroterapeutach. Niniejszy artykuł ma dwa zasadnicze cele: 1) zaprezentowanie trzech najpopularniejszych metod neuroterapii z uwzględnieniem potencjalnych zagrożeń związanych z ich stosowaniem; 2) scharakteryzowanie sytuacji prawnej zarówno neuroterapeutów, jak i ich pacjentów. Dlatego też na początku artykułu zostaną omówione zasady działania *neurofeedbacku*, przezczaszkowej stymulacji magnetycznej oraz przezczaszkowej stymulacji prądem stałym. Następnie na podstawie zapisów prawa cywilnego zostaną przedstawione warunki oraz granice odpowiedzialności neuroterapeutów jako osób świadczących usługi zdrowotne, a także konsekwencje wynikające z tej odpowiedzialności. Omówione zostaną różnice między odpowiedzialnością deliktową oraz kontraktową, jak również między błędem terapeutycznym a błędem diagnostycznym. Sprecyzowany zostanie rodzaj umowy między terapeutą a pacjentem i możliwe formy jej zawierania. Wskazane zostaną również konsekwencje niedopełnienia zobowiązań wynikających z zawartej umowy oraz warunki i możliwości dochodzenia zadośćuczynienia za krzywdę lub szkodę, jakie pacjent może ponieść z winy terapeuty.

Słowa kluczowe: *biofeedback*, *neurofeedback*, TMS, tDCS, prawa pacjenta.

Abstract

Noninvasive techniques of neurotherapy (*neurofeedback*, transcranial magnetic stimulation, transcranial direct-current stimulation) are becoming increasingly popular methods supporting the treatment and rehabilitation of cognitive processes, affective disorders and sensory-motor dysfunctions. Despite the noninvasiveness of such methods, patients and novice therapists fear their potential harmful effects. At the same time, Poland lacks legal regulations explicitly stating the range of competences required for providing neurotherapy services. Therefore, an inevitable question arises about the type and the scope of liability facing neurotherapists. This article has two major aims: (1) to present the three most popular methods of neurotherapy including potential risk related to their use; (2) to characterize the legal situation of therapists as well as their patients. This is why at the beginning of this article the basic principles of *neurofeedback*, transcranial magnetic stimulation and transcranial direct-current stimulation will be discussed. Next, based on the legal records, conditions and boundaries of the liability of the therapists (as people providing medical services) will be presented along with the consequences arising from this liability. Differences between tortious and contractual liability as well as between a therapeutic mistake and a diagnostic mistake will be discussed. Both the type and possible forms of the contract between therapist and patient will be specified. The consequences of non-compliance with the obligations resulting from the contract will be indicated. Conditions and possibilities of claiming for disservice or harm compensation will also be identified.

Key words: *biofeedback*, *neurofeedback*, TMS, tDCS, patient rights.

Co to jest neuroterapia i czy jest bezpieczna?

Zgodnie z definicją podawaną przez Russell-Chapin i Chapin (2013) „neuroterapia jest formą neuromodulacji; neuromodulacja zaś oznacza zmianę w funkcjonowaniu neuronalnym”. Jest to dosyć szerokie określenie, które sugeruje, że neuroterapią można nazwać wszelkie oddziaływania mające na celu zmianę aktywności ośrodkowego układu nerwowego. Za formę neuroterapii można by więc było uznać farmakoterapię, jako że substancje psychoaktywne w istocie wywołują zmianę funkcjonowania neuronalnego. W literaturze medycznej i psychologicznej do neuroterapii zalicza się natomiast wyłącznie oddziaływania prowadzone za pomocą środków nefarmakologicznych. Należą do nich np. biologiczne sprzężenie zwrotne (EEG-*biofeedback*/*neurofeedback*) oraz przeczaszkowa stymulacja magnetyczna lub elektryczna (TMS, tDCS) (Brunoni i wsp. 2012; Rossi i wsp. 2012). Są to metody nieinwazyjne, ponieważ nie wymagają chirurgicznej ingerencji w struktury neuronalne.

Obecnie najpopularniejszą metodą neuroterapii w Polsce jest EEG-*biofeedback*. Zasada jego działania opiera się na nauce samoregulacji wybranego pasma fal mózgowych. Pacjent stopniowo uczy się wzmacniać i/lub obniżać amplitudę wybranych fal. Urządzenie rejestrujące aktywność mózgu można porównać do lusterka. Dzięki niemu pacjent może zaobserwować, jak wygląda sygnał EEG towarzyszący jego różnym stanom psychofizycznym. Następnie pacjent dąży do osiągnięcia większej lub mniejszej amplitudy danej fali poprzez zmianę swojego stanu. Każda zmiana aktywności neuronalnej jest wynikiem działań samego pacjenta. Na przykład w treningu relaksacyjnym amplituda fali alfa rośnie w miarę osiągania przez pacjenta stanu relaksacji. Niemożliwe jest natomiast osiągnięcie stanu relaksacji poprzez zmianę aktywności neuronalnej wywołanej za pomocą elektroencefalografu. Oznacza to, że pacjent poprzez otrzymywanie informacji zwrotnej sam reguluje dany parametr i że nic nie dzieje się bez jego aktywnego udziału.

Ewentualne zagrożenia, jakie mogą być związane z nieprawidłowym prowadzeniem treningu i terapii EEG-*biofeedback*, mogą wynikać z błędów w diagnozie lub z nieprawidłowego doboru protokołu treningowego. Co prawda efektywność terapii zależy w dużej mierze od wysiłków samego pacjenta, jednak o tym, jaki zakres fal będzie wzmacniany lub hamowany, decydują diagności i terapeuci. Jeżeli w trakcie EEG-*biofeedbacku* w sposób nadmierny będzie wzmacniany lub

hamowany prawidłowy sygnał neuronalny, może to przynieść niepożądane skutki. Pociuszający może być fakt, że zauważalne efekty treningu wymagają intensywnej i systematycznej pracy. W związku z tym, podobnie jak długo trzeba czekać na pozytywne wyniki, tak samo długo i uporczywie trzeba by było pracować na efekty niepożądane. Bezpieczeństwo *neurofeedbacku* można porównać np. do sportu, w którym źle dobrane lub zbyt intensywne ćwiczenia mogą przynieść negatywne skutki. Podsumowując – *neurofeedback* jest bezpieczny, jeśli jest prowadzony przez odpowiednio wyszkoloną trenera lub terapeutę (van Dongen-Boomsma i wsp. 2013; Evans i Rubi 2007; Hammond 2004; Holtmann i wsp. 2004; Little i wsp. 2010).

Przeczaskowa stymulacja magnetyczna (*transcranial magnetic stimulation* – TMS) polega na zmianie pobudzenia neuronalnego w wybranym obszarze mózgu za pomocą pola elektromagnetycznego generowanego w specjalnej cewce przyłożonej do powierzchni głowy (Krieg i Mogul 2013; Anand i Hotson 2002; Rossi i wsp. 2012; Rothwell 2005). Ze względu na rodzaj cewki oraz intensywność stymulacji jej efekty mogą dotyczyć wyłącznie obszarów kory mózgowej lub docierać także do struktur podkorowych. W zależności od pobudzającej lub hamującej roli stymulowanych neuronów oraz w zależności od częstotliwości impulsów obserwuje się wzrost lub spadek pobudzenia neuronalnego w danym obszarze mózgu. Z kolei w zależności od miejsca przyłożenia cewki możliwe jest stymulowanie odrębnych funkcji, np. ruchowych, poznawczych, językowych, a nawet wpływanie na stany emocjonalne. W praktyce klinicznej wykorzystuje się tzw. powtarzalną przeczaszkową stymulację magnetyczną (*repetitive TMS*), która skutkuje długotrwałymi zmianami w zakresie pobudliwości neuronalnej (Machii i wsp. 2006).

Uznaje się, że przewagą stymulacji magnetycznej nad farmakoterapią jest brak działań niepożądanych. Jedynym negatywnym i przemijającym efektem terapii są bóle głowy zgłaszane przez niektórych pacjentów na chwilę po zakończonej sesji (Machii i wsp. 2006). Można zatem stwierdzić, że jest to metoda bezpieczna, jeśli posługują się nią osoby kompetentne. Zagrożenie mogłoby powstać wtedy, kiedy stymulacja byłaby aplikowana w dawkach niedostosowanych do potrzeb danego pacjenta. Jako że TMS pozwala zarówno na zwiększenie, jak i zmniejszenie poziomu pobudzenia neuronalnego, ważne jest świadome stosowanie parametrów stymulacji magnetycznej. Na przykład w terapii zaburzeń depresyjnych celem stymulacji jest

zwiększenie pobudzenia układu limbicznego. Gdyby zaś osoby te otrzymywały stymulację hamującą pobudzenie w tym obszarze, mogłoby to skutkować pogorszeniem ich stanu. Niemniej jednak, podobnie jak w przypadku *neurofeedbacku*, efektywność terapii TMS jest zauważalna dopiero po kilku tygodniach systematycznego i intensywnego jej stosowania, zatem doprowadzenie do niepożądanych efektów wymagałoby długotrwałej pracy.

Przeznaczkowa stymulacja prądem stałym (*transcranial direct-current stimulation* – tDCS) polega na indukcji prądu o niskim natężeniu do tkanki mózgowej w warstwach korowych. Zasada działania tej metody opiera się na zmianie potencjału spoczynkowego błony komórkowej oraz siły połączeń synaptycznych (Rothwell 2005; Horvath i wsp. 2014; Stagg i Nitsche 2011). Zmiany te z założenia nie są przypadkowe, ale mają przebiegać w ściśle określonym kierunku. Zakłada się, że hipopolaryzacja neuronów znajdujących się pod elektrodą ujemną prowadzi do zwiększenia ich pobudzenia, a hiperpolaryzacja neuronów znajdujących się pod elektrodą dodatnią skutkuje wyhamowaniem pobudzenia neuronalnego (Horvath i wsp. 2014; Stagg i Nitsche 2011). Autorzy zwracają jednak uwagę, że jest to zasada uproszczona, a faktyczne efekty oddziaływań tDCS zależą od wartości natężenia aplikowanego prądu, orientacji przyłożonych elektrod, a w szczególności od czasu trwania stymulacji (Stagg i Nitsche 2011).

Przeznaczkową stymulację prądem stałym wykorzystuje się np. jako metodę neurorehabilitacji po udarze mózgu oraz jako metodę wspomagającą leczenie bólu, uzależnień, lekoopornej padaczki, chronicznej depresji (za: Stagg i Nitsche 2011, s. 37). Efekty pojedynczej sesji utrzymują się najwyżej przez kilka minut. Dopiero kilkanaście rozłożonych w czasie sesji może przynieść efekty trwające do kilku tygodni.

Badania nad skutkami ubocznymi stosowania tDCS wykazują, że pacjenci najczęściej zgłaszają swędzenie, ból głowy, zmęczenie oraz nudności jako krótkotrwałe objawy pojawiające się bezpośrednio po stymulacji (Poreisz i wsp. 2007). Oprócz tych subiektywnych dolegliwości nie ma dowodów wskazujących na gorsze wyniki w testach neuropsychologicznych, uszkodzenie tkanki mózgowej ani patologiczny zapis EEG powstały na skutek oddziaływań tDCS (zob. Nitsche i wsp. 2008). W badaniach prowadzonych na szczurach wykazano, że szkodliwa dawka stymulacji prądem stałym (prowadząca do lezji) wynosi ponad 1429 mA/cm² (Liebetanz i wsp. 2009). Z kolei średnia dawka

aplikowana ludziom wynosi zaledwie ok. 0,05 mA/cm² (Stagg i Nitsche 2011).

Metoda tDCS wykorzystuje stały prąd o natężeniu 1–2 mA. W przybliżeniu odpowiada to kilku woltom przyłożonego napięcia, czyli od 1 do 3 baterii połączonych szeregowo (Zyss 2010). Przez krytyków jest uznawana za metodę, która nie może trwale modyfikować funkcji komórek nerwowych (Higgins i George 2009). Wskazuje się również na bardzo duże rozbieżności w wynikach różnych grup otrzymujących podobną stymulację (Horvath i wsp. 2014).

Podsumowując – obecnie nie ma przesłanek o szkodliwości żadnej z wyżej opisanych nieinwazyjnych metod neuroterapii. Obydwie metody (TMS i tDCS) uznawane są za bezpieczne, jeśli są prowadzone przez odpowiednio wykształcone i przeszkolone osoby (Bikson i wsp. 2009; Rossi i wsp. 2009).

Kto może prowadzić neuroterapię i jaki zawód wykonuje neuroterapeuta?

W tym miejscu należy określić, jaki zawód wykonuje terapeuta posługujący się aparaturą do neuroterapii. Część tych aparatów posiada status aparatury medycznej, co może sugerować, że osoby posługujące się nią wykonują zawód medyczny. W wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Szczecinie z 8 października 2013 r. sygn. I SA/Sz 464/13 stwierdza się: *Z definicji osoby wykonującej zawód medyczny wynika, że jest nią zarówno osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów prawa, jak i osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Racionalizm ustawodawcy nakazuje przyjąć, iż definiując ww. pojęcie, miał on świadomość, że są takie zawody medyczne, których wykonywanie regulują odrębne przepisy, oraz zawody medyczne, dla których nie ma takich odrębnych przepisów.* Innymi słowy, WSA stwierdził, że *neuroterapeuta jest osobą wykonującą zawód medyczny, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, w ramach którego świadczy usługi w zakresie opieki medycznej służące przywracaniu i poprawie zdrowia.* Należy jednak podkreślić, że nie każdy terapeuta wykonuje zawód medyczny, a jedynie ten terapeuta, który ma dodatkowe kwalifikacje neuroterapeuty. W tym samym wyroku WSA stwierdził również, że w Polsce nie ma regulacji prawnych dotyczących nabycia kwalifikacji do prowadzenia neuroterapii. Podobnie nie ma też wskazań odnośnie do tego, jakie instytucje mają prawo nadawania odpowied-

nich uprawnień do posługiwania się aparaturą tego typu. Brak regulacji prawnych powoduje zatem, że obecnie neuroterapią zajmować się może każdy. W praktyce jednak są to najczęściej psychologowie, pedagodzy, nauczyciele, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni i lekarze.

Jakie są podstawowe aspekty odpowiedzialności cywilnej neuroterapeuty?

Neuroterapeuta, jak każdy podmiot świadczący usługi na rzecz innych osób, ponosi za swoje działania odpowiedzialność prawną. Jedną z płaszczyzn takiej odpowiedzialności jest odpowiedzialność cywilna, rozumiana jako konieczność poniesienia negatywnych konsekwencji za wyrządzenie szkody majątkowej albo krzywdy niemajątkowej. Celem odpowiedzialności pozostaje zniwelowanie szkody lub krzywdy, którą, w następstwie działań jakiegoś podmiotu, poniósł poszkodowany. Innymi słowy, konieczne jest wskazanie osoby, na której spoczywa odpowiedzialność cywilna, aby możliwe było zrekompensowanie szeroko rozumianego uszczerbku, jaki poszkodowany może ponieść w zakresie jego dóbr prawnie chronionych. Poszkodowanym w tej relacji jest zazwyczaj pacjent. Sprawcą szkody może być terapeuta – psycholog, psychiatra, seksuolog, nauczyciel, pedagog, psychoterapeuta.

Odpowiedzialność cywilna zaistnieje wówczas, gdy łącznie zaistnieją następujące elementy:

- nastąpi czyn powodujący szkodę (w formie działania lub zaniechania), za który na podstawie norm prawnych sprawca ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą; wskazać tutaj należy grupę przepisów prawnych obejmujących:
 - odpowiedzialność umowną,
 - odpowiedzialność z tytułu czynu niedozwolonego;
- wystąpi szkoda:
 - o charakterze majątkowym, na samej osobie lub na jej mieniu,
 - o charakterze niemajątkowym, tzw. krzywda;
- pomiędzy wskazanymi elementami zaistnieje związek przyczynowy o charakterze adekwatnym.

Odpowiedzialność cywilna neuroterapeuty obejmuje, co do zasady, dwa obszary prawne. Należą do nich: 1) odpowiedzialność deliktowa (art. 415 i nast. Kodeksu cywilnego) oraz 2) odpowiedzialność kontraktowa (art. 471 i nast. Kodeksu cywilnego). Odpowiedzialność deliktowa zachodzi wtedy, gdy sprawca dopuści się czynu niedozwolonego. W tej sytuacji pomiędzy poszkodowanym a sprawcą szkody nie

istnieje żaden stosunek prawny, a jedynie stosunek faktyczny. Odpowiedzialność kontraktową rozpatrywać należy wówczas, kiedy pomiędzy terapeutą a pacjentem zawarto umowę, która została wykonana w sposób nieprawidłowy lub nie została wykonana w ogóle. Umowa ta może zostać zawarta w dowolnej formie, także dorozumianej – „poprzez wyrażenie woli związania stosunkiem prawnym poprzez wykonywanie czynności, które w sposób dostateczny ujawniają wolę powstania stosunku prawnego”. Przykład stanowi sytuacja zawarcia umowy na terapię EEG-*biofeedback*, która okazała się nieskuteczna z ewidentnej przyczyny zaniedbania terapeuty. Może do tego dojść np. wtedy, gdy terapeuta niedokładnie umiejscowił elektrody na głowie pacjenta, wskutek czego zapis EEG zostaje zanieczyszczony przez sygnał pochodzący z innych źródeł niż mózg pacjenta (tzw. szum, artefakty). W takiej sytuacji nie ma możliwości powstania biologicznego sprzężenia zwrotnego, a więc terapia jest prowadzona w sposób nieprawidłowy.

Odpowiedzialność kontraktową regulują następujące elementy:

- istnienie pomiędzy terapeutą a pacjentem ważnej umowy, zarówno w formie pisemnej, ustnej, jak i dorozumianej;
- wystąpi niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania ciążącego na terapeutę;
- za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania terapeuty ponosi winę – a więc przyczyną są działania umyślne terapeuty lub takie, w zakresie których powinien przewidzieć ich negatywne skutki;
- w efekcie nieprawidłowych działań neuroterapeuty po stronie pacjenta powstała szkoda.

Pacjent, przystępując do leczenia, zawiera z terapeutą umowę świadczenia usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy o zleceniu. W związku z tym należy stwierdzić, iż umowa taka nie musi być zawarta w jakiegokolwiek zastrzeżonej formie, a więc może być zawarta na piśmie, ustnie lub poprzez czynności konkludentne, czyli czynności dorozumiane, za pośrednictwem których może zostać złożone oświadczenie woli. Umowa zostaje zawarta ustnie, jeżeli strony wprost umawiają się, że terapeuta wykona dane czynności, a pacjent zobowiąże się do zapłaty z tego tytułu wynagrodzenia. Jeżeli strony nie umówią się wprost, a czynności terapeutyczne zostaną wdrożone, należy stwierdzić, że wola stron w tym zakresie została jednoznacznie uwidoczniła.

W tym miejscu należy wskazać, że odpowiedzialność kontraktowa dotyczy wyłącznie szkód majątkowych. Szkodę niemajątkową, określaną

mianem krzywdy, przewidują natomiast przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące odpowiedzialności deliktowej.

Jaki charakter prawny ma odpowiedzialność neuroterapeuty?

W polskim prawie stosunkom umownym przypisuje się cechy umowy starannego działania lub cechy umowy rezultatu. Przez umowę starannego działania zobowiązany zobowiązuje się do działania zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i wolą, w oparciu o wyznaczone umową granice. W tym wypadku terapeuta nie jest zobowiązany do osiągnięcia konkretnego skutku, stanu faktycznego czy efektu. Umowa rezultatu zakłada natomiast osiągnięcie konkretnego wytworu, skutku czy efektu faktycznego. Droga dojścia do takiego skutku zależy w zasadzie od podmiotu zaciągającego takie zobowiązanie. Klasycznym przykładem zobowiązania rezultatu jest umowa o dzieło, gdzie zobowiązany zobowiązuje się do dostarczenia konkretnego wytworu, a sposób jego wykonania leży w zasadzie w jego gestii.

Umowa zawierana pomiędzy terapeutą a pacjentem jest zdecydowanie umową starannego działania, w której to terapeuta zobowiązuje się do podejmowania jak najlepszych i najbardziej skutecznych działań, prowadzących do zakładanego w terapii celu. Jednak w żadnej mierze nie można stwierdzić, iż działania neuroterapeuty gwarantują taki skutek, a jego nieosiągnięcie uprawnia pacjenta do podnoszenia roszczeń z tego tytułu.

Jak należy rozumieć niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania? Neuroterapeuta, co wskazano powyżej, zobowiązuje się w umowie do starannego działania z wykorzystaniem własnej wiedzy, umiejętności oraz swojego profesjonalizmu w ramach świadczonych usług. Kiedy zatem może dojść do ich nieprawidłowego wykonania?

W doktrynie prawniczej zauważa się analogię pomiędzy sytuacją prawną terapeutów i lekarzy. Analogicznie należy zatem wskazać, że podobnie jak w przypadku lekarzy, nieprawidłowym wykonaniem zobowiązania będzie:

- błąd diagnostyczny – nieprawidłowe rozpoznanie w zakresie dolegliwości pacjenta, dokonane przez neuroterapeutę, obejmujące zarówno nierozpoznanie, jak i nieprawidłowe rozpoznanie schorzenia lub zaburzenia, wskutek czego neuroterapeuta nie mógł zastosować prawidłowej terapii;
- błąd terapeutyczny – nieprawidłowe działanie zastosowane pomimo prawidłowego i skutecz-

negu rozpoznania problemu pacjenta, prowadzone wbrew sztuce terapeutycznej, poprzez zastosowanie nieprawidłowych narzędzi leczniczych, nieprawidłowe zastosowanie narzędzi adekwatnych dla terapii danych zaburzeń, zastosowanie metody, która obiektywnie była nieprawidłowo dobrana do sytuacji psychozdrowotnej pacjenta. W przypadku terapii EEG-*biofeedback* może to być zastosowanie nieodpowiedniego protokołu terapeutycznego (np. hamowanie zamiast wzmacniania wybranego pasma aktywności elektroencefalograficznej).

Zaistnienie wskazanych błędów prowadzi w efekcie do nienależytego wykonania zobowiązania. Z kolei niepodjęcie żadnych czynności, pomimo przyjętego przez terapeutę obowiązku, stanowić będzie o niewykonaniu zobowiązania. Niemniej jednak obie sytuacje można uznać za przesłankę czynu powodującego odpowiedzialność odszkodowawczą. Należy pamiętać, iż oba błędy neuroterapeuty może popełnić zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie. Zatem błąd popełni nie tylko neuroterapeuta, który podejmie działania skutkujące nieprawidłowym rozpoznaniem, lecz także ten, który nie podejmie działań prowadzących do poprawnej diagnozy. Podobnie, błąd popełni nie tylko ten, kto stosuje nieprawidłową terapię, lecz także ten, kto nie stosuje terapii, jaka w danych okolicznościach powinna zostać podjęta.

Kolejnym elementem odpowiedzialności jest fakt ponoszenia przez neuroterapeutę winy za zaistnienie okoliczności, które skutkowały nienależytym wykonaniem zobowiązania. Winę należy tutaj rozumieć jako obiektywne przekroczenie zasad działania, których neuroterapeuta nie powinien przekroczyć. Jest to działanie niezgodne z powszechnie obowiązującym prawem, umową, naturą umowy o świadczenie pomocy neuroterapeutycznej oraz z zasadami współżycia społecznego. Neuroterapeuta poniesie winę za swoje działania lub zaniechanie, które nastąpiły z jego woli lub z tzw. niedbalstwa, tj. stanu zaistniałego bez wyraźnej woli sprawcy, jednakże którego zaistnienia sprawca mógł lub powinien się domyślać i brać pod uwagę. Okoliczności te modyfikowane będą przez dodatkowe obowiązki neuroterapeuty wynikające z zawodowego charakteru działalności, oświadczeń złożonych pacjentowi oraz norm i zasad wewnętrznych regulujących wykonywany zawód (np. ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie psychologów).

Ostatnim elementem, który wymaga wskazania, jest szkoda, jaka może powstać w następstwie niewykonania lub nieprawidłowego wykonania umowy. Za szkodę można uznać

ubytek w sferze majątkowej danej osoby, powstała na skutek rzeczywiście poniesionej straty oraz tzw. utraconych korzyści – zysków, które dany podmiot osiągnąłby, gdyby szkoda nie została wyrządzona.

A co można zrobić w sytuacji, w której pacjent i terapeuta nie zawarli żadnej umowy lub wyrządzona szkoda nie jest szkodą majątkową? Kodeks cywilny przewiduje możliwość dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia na podstawie przepisów w zakresie tzw. odpowiedzialności deliktowej. Jako delikt możemy określić każde nieuprawnione, bezprawne lub niedozwolone zachowanie jednej osoby względem jakiegokolwiek innej, powodujące szkodę lub krzywdę. Szkodę należy rozumieć jako majątkową, zgodnie z podaną wyżej definicją. Przepisy przewidują także szkodę na osobie, co należy rozumieć jako skutek negatywnych odczuć psychicznych i fizycznych, spowodowanych przez cudze nieuprawnione działanie. Działanie takie musi wywołać jednak przewidziane przez przepisy skutki – rozstrój zdrowia i/lub uszkodzenie ciała, a więc realny ubytek w zakresie fizyczności danej osoby.

Przepisy o odpowiedzialności deliktowej, obok szkody, przewidują także możliwość zaistnienia krzywdy, definiowanej jako zbiór negatywnych przeżyć i emocji związanych z cudzym nieuprawnionym działaniem.

Zadośćuczynienia za krzywdę można dochodzić:

- w razie wywołania rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała,
- w razie naruszenia dobra osobistego (np. zdrowie, wolność) – wówczas istnieje również możliwość zasądzenia, na żądanie powoda, odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany przez niego cel społeczny,
- sąd może także przyznać zadośćuczynienie najbliższemu członkowi rodziny, jeżeli wskutek wywołania rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała nastąpiła śmierć poszkodowanego (pacjenta).

Odszkodowania za poniesioną szkodę możemy dochodzić zawsze, o ile jesteśmy w stanie wykazać, iż ubytek w majątku, naruszenie możliwości osiągnięcia zysków, ubytek zdrowotny, związany jest z nieuprawnionym działaniem w sposób adekwatny, tj. zwyczajny, a więc taki, który w normalnych, standardowych okolicznościach, jest konsekwencją czynu podjętego przez sprawcę.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Obecnie w Polsce nie ma uregulowań prawnych, które określałyby, jakie kwalifikacje po-

winna posiadać osoba prowadząca neuroterapię. W związku z tym nie ma też wskazań prawnych co do tego, jakie instytucje mogą szkolić neuroterapeutów, jakie kompetencje powinny posiadać osoby prowadzące szkolenie, ani jak mają wyglądać certyfikaty uprawniające do prowadzenia terapii. Nie oznacza to jednak, że neuroterapeuci nie ponoszą odpowiedzialności prawnej za skutki prowadzonej terapii. Wyróżnia się dwa rodzaje odpowiedzialności cywilnej, która dotyczy neuroterapeutów: deliktową oraz kontraktową.

Umowa zawierana pomiędzy pacjentem a terapeutą (w formie pisemnej, słownej lub poprzez czynności konkludentne) jest umową starannego działania. Oznacza to, że neuroterapeuta nie zobowiązuje się do osiągnięcia konkretnego efektu terapii. Jedyne, co terapeuta gwarantuje, to dołożenie wszelkich starań, aby jego działania były prowadzone w należyty sposób zarówno pod względem technicznym, jak i merytorycznym, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy na temat danej metody terapeutycznej. Na tej podstawie można wnioskować, że odpowiedzialny terapeuta to taki, który odbył specjalistyczne szkolenie z zakresu metody, jaką chce się posługiwać. W przypadku podjęcia próby prowadzenia terapii bez uprzedniego odbycia szkolenia terapeuta naraża się na ryzyko popełnienia błędu, za co może być pociągnięty do odpowiedzialności.

Jako że nie ma odgórnie wskazanych instytucji upoważnionych do szkolenia i wydawania uprawnień do prowadzenia terapii, osoby zainteresowane odbyciem takich szkoleń powinny na własną rękę weryfikować kompetencje ośrodków i osób szkolących. Jednym z głównych kryteriów powinien być fakt, czy dana firma korzysta z wyników najnowszych badań naukowych oraz czy kadra szkoleniowców na bieżąco aktualizuje swoją wiedzę i rozwija umiejętności.

Jeżeli skutek źle prowadzonej terapii pacjent poniesie krzywdę (np. dozna uszczerbku na zdrowiu w wyniku źle dobranego protokołu treningowego) lub stratę finansową (np. poniesie koszty terapii prowadzonej w sposób niedający szans na pozytywne efekty ze względu na błędy techniczne), może on dochodzić swoich praw na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego.

Udowodnienie błędu w sztuce jest trudne i wymaga wykazania trzech czynników: 1) czynu powodującego szkodę, 2) wystąpienia szkody oraz 3) wykazania zaistnienia związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy czynem powodującym szkodę a jej wystąpieniem. Poszkodowany pacjent musi więc być w stanie udowodnić, że pogorszenie lub brak poprawy stanu zdrowia nastąpiły

w wyniku ewidentnego błędu lub zaniedbań po stronie neuroterapeuty. Pełne opracowanie zagadnień dotyczących prawa medycznego zainteresowany Czytelnik znajdzie w publikacjach Kubiaka (2014) oraz Nesterowicz (2016).

Piśmiennictwo

- Anand S, Hotson J. Transcranial magnetic stimulation: Neurophysiological applications and safety. *Brain Cogn* 2002; 50: 366-386.
- Bikson M, Datta A, Elwassif M. Establishing safety limits for transcranial direct current stimulation. *Clin Neurophysiol* 2009; 120: 1033-1034.
- Brunoni AR, Nitsche MA, Bolognini N, et al. Clinical research with transcranial direct current stimulation (tDCS): Challenges and future directions. *Brain Stimul* 2012; 5: 175-195.
- Evans JR, Rubi MM. Ours is to reason why and how. W: *Handbook of neurofeedback: Dynamics and clinical applications*. Evans JR (red.). The Haworth Medical Press/The Haworth Press, Binghamton, NY, US 2007; 61-81.
- Hammond D, Walker J, Hoffman D i wsp. Standards for the use of quantitative electroencephalography (QEEG) in neurofeedback: A position paper of the international society for neuronal regulation. *J Neurotherapy* 2004; 8: 5-27.
- Higgins ES, George MS (red.). *Brain stimulation therapies for clinicians*. American Psychiatric Press Publishing Inc., Washington, London 2009.
- Holtmann M, Stadler C, Leins U, et al. Neurofeedback for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood and adolescence. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie* 2004; 32: 187-200.
- Horvath JC, Carter O, Forte JD. Transcranial direct current stimulation: five important issues we aren't discussing (but probably should be). *Front Syst Neurosci* 2014; 8: 2.
- Krieg TD, Mogul DJ. Transcranial magnetic stimulation. W: *Neural Engineering*. He B (red.). Springer VS, Boston 2013; 405-454.
- Kubiak R. *Prawo medyczne*. C.H. Beck, Warszawa 2014.
- Liebetanz D, Koch R, Mayenfels S, et al. Safety limits of cathodal transcranial direct current stimulation in rats. *Clin Neurophysiol* 2009; 120: 1161-1167.
- Little KD, Lubar JF, Cannon R. Neurofeedback: Research-based treatment for ADHD. W: *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research*, Carlstedt RA (red.). Springer Publishing Co., New York, NY, US 2010; 807-821.
- Machii K, Cohen D, Ramos-Estebanez C, Pascual-Leone A. Safety of rTMS to non-motor cortical areas in healthy participants and patients. *Clin Neurophysiol* 2006; 117: 455-471.
- Nesterowicz M. *Prawo medyczne*. TNOiK, Toruń 2016.
- Nitsche MA, Cohen LG, Wassermann EM, et al. Transcranial direct current stimulation: State of the art 2008. *Brain Stimul* 2008; 1: 206-223.
- Poreisz C, Boros K, Antal A, Paulus W. Safety aspects of transcranial direct current stimulation concerning healthy subjects and patients. *Brain Res Bull* 2007; 72: 208-214.
- Rossi S, Hallett M, Rossini PM, et al. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol* 2012; 120: 323-330.
- Rossi S, Hallett M, Rossini PM, et al. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol* 2009; 120: 2008-2039.
- Rothwell JC. Transcranial electrical and magnetic stimulation of the brain: basic physiological mechanism. W: *Magnetic stimulation in clinical neurophysiology*. Hallett M, Chokroverty S (red.). Elsevier, Philadelphia 2005; 43-60.
- Russell-Chapin LA, Chapin TJ. *Neurotherapy and Neurofeedback: Brain-Based Treatment for Psychological and Behavioral Problems*. Routledge, New York 2013.
- Stagg CJ, Nitsche MA. Physiological basis of transcranial direct current stimulation. *Neuroscientist* 2011; 17: 37-53.
- Van Dongen-Boomsma M, Vollebregt MA, Slaats-Willemse D, Buitelaar JK. A randomized placebo-controlled trial of electroencephalographic (EEG) neurofeedback in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 821-827.
- Zyss T. Przewidywalna stymulacja stałoprądowa tDCS i inne pokrewne techniki w terapii zaburzeń psychicznych. *Psychiatria Polska* 2010; 44: 505-518.