

# Problemy etyczne w psychiatrii<sup>1</sup>

*Ethical problems in psychiatry*

MAŁGORZATA KOSTECKA, MARIA ŻARDECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Autorki rozważają źródła i charakter błędów (wykroczeń) oraz wątpliwości etycznych zdarzających się w praktyce klinicznej w psychiatrii. Wskazują na nieostrość rozróżnienia zdrowia i choroby, na specyficzną (komunikacyjną) funkcję objawów zaburzeń psychicznych, na wagę osoby terapeuty - jako podstawowego "narzędzia" terapii, na hermetyczność wielu instytucji psychiatrycznych. Opisują typowe wykroczenia etyczne występujące w poszczególnych grupach diagnostycznych i w kolejnych etapach kontaktu między pacjentem a lekarzem. Zwracają uwagę na odmienną rolę błędów w kontakcie z pacjentami psychotycznymi i niepsychotycznymi, podkreślając wielką łatwość ich powstawania w tym drugim przypadku (red.)

**SUMMARY.** Sources and the nature of ethical errors (abuses) and doubts in the clinical practice in psychiatry are considered in the paper. The author point to the lack of clear-cut definitions of health and disease, to the specific (communicatory) function of symptoms of mental disorders, to the role of the therapist as the basic "tool" of therapy, and to hermetic closure of many psychiatric institutions. Typical examples of ethical abuse occurring in particular diagnostic categories and in successive stages of the patient-doctor relationship are described. It is emphasized that errors in the relationship with psychotic and non-psychotic patients are different, and very easy to commit in the latter case. (Eds.)

**Słowa kluczowe:** problemy etyczne/ błędy etyczne/ leczenie psychiatryczne

**Key-words:** ethical problems/ ethical abuse/ psychiatric treatment

## ŹRÓDŁA BŁĘDÓW I WĄTPLIWOŚCI

Naczelną zasadą etyczną, której podporządkowane są wszelkie działania lekarskie - *przede wszystkim nie szkodzić* (*primum non nocere*) - wyjątkowo nie przystaje do psychiatrii. Rozumiana w sposób ścisły nie nadaje się do dosłownego stosowania do psychiatrii.

Aby nie szkodzić trzeba wyraźnie umieć rozróżniać, co jest szkodzeniem, a co pomaganiem. Trzeba wiedzieć, co jest dobre dla pacjenta, a co nie - przede wszystkim dysponować wzorcem: co jest normalne a co patologiczne. Definicje zdrowia psychicznego cytowane w podręcznikach, czy słownikach są niedosko-

nałymi opisami, nie spełniającymi nawet formalnych kryteriów definicji. *Norma psychiczna jest pojęciem o nieostrych granicach*, względnym wobec kultury i obyczajów grupy, w której jest badana i - niestety - zależnym w jakimś stopniu od osoby dokonującej oceny.

Pojawia się również wątpliwość - komu "nie szkodzić" ma lekarz. Problemy pacjenta psychiatrycznego z reguły trzeba rozpatrywać w ich kontekście społecznym - biorąc pod uwagę zarówno rodzinę, najbliższe otoczenie, jak i szersze tło społeczne. Interesy pacjenta często mogą być sprzeczne z interesami środowiska.

Np. pacjentka usiłuje niszczyć wierzby, ponieważ wierzy, że są źródłem nieszczęść ludz-

<sup>1</sup> Wystąpienie na II Konferencji Naukowej nt.: "Psychiatria Środowiskowa" w Tworkach, 17 września 1993 r.

kich - trafia do szpitala w sytuacji, kiedy została na tym przyłapana - otoczenie chroni bowiem interes drzew. Po czyjej stronie ma stanąć lekarz: pacjentki, czy ludzi i wierzby?

Młody człowiek chce przemeblować swój pokój - matka pod jego nieobecność przestawia meble z powrotem; konflikty stopniowo doprowadzają do hospitalizacji syna. Czy wyleczenie syna ma być równoznaczne z podporządkowaniem go matce - czy ma polegać na zwiększeniu jego autonomii?

Takie wątpliwości pojawiają się - dla wrażliwego psychiatry - stale i wymagają rozstrzygnięć w przypadku prawie wszystkich pacjentów.

Kolejnym powodem sprzyjającym pojawianiu się błędów, czy wykroczeń jest *specyficzna funkcja symptomu w przypadku zaburzeń emocjonalnych*. Objaw jest nie tylko wskaźnikiem patologii. Jest jednocześnie szczególnym rodzajem komunikatu sygnalizującym otoczeniu prawdziwe, choć nieświadome potrzeby i kłopoty pacjenta. Od empatii i obiektywności terapeuty zależy adekwatne odczytanie tego komunikatu, stworzenie w relacji terapeutycznej klimatu zrozumienia.

Tak więc ważnym źródłem działań etycznie wątpliwych jest specyficzny dla psychiatrii fakt, iż *jednym z podstawowych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych jest sama osoba terapeuty* - jego intelekt, doświadczenie, emocje, system wartości, a przede wszystkim wiedza o sobie, wgląd w siebie.

I wreszcie ostatnim czynnikiem sprzyjającym wykroczeniom etycznym na terenie instytucji psychiatrycznych jest fakt, że *są to z reguły instytucje dość hermetyczne*, a w warunkach polskich - słabo kontrolowane z zewnątrz. Nie istnieją łatwo dostępne niezależne instytucje odwoławcze, nadużycia stosunkowo często pozostają nie nazwane i ukryte, bezkarne.

## PACJENCI Z RÓŻNYCH GRUP DIAGNOSTYCZNYCH

Warto zdać sobie sprawę jaka jest specyfika i jakie wątpliwości (problemy natury etycznej)

nasuwają się psychiatrze w relacji z pacjentami z różnych kategorii diagnostycznych. W największym uproszczeniu wyodrębnia się następujące kategorie diagnostyczne:

*Zaburzenia osobowości* - manifestują się patologią charakteru, polegającą na nasileniu się cechy bądź cech i zachowań uniwersalnych dla wszystkich (np. egocentryzm, perfekcjonizm, chęć pokazania się).

Ten typ zaburzeń wręcz prowokuje postawy typu oceniania, pouczenia, odrzucania, zakazywania, nakazywania, udzielania rad.

*Nerwice* - polegają na występowaniu objawów związanych z przeżywaniem niepokoju. Objawy te - w innym nasileniu - również przeżywane są powszechnie. Pacjenci nerwicowi z reguły mają jednak poczucie ogromnej nieprawidłowości własnego stanu i wielką potrzebę pomocy.

Ten typ pacjentów "kusi" terapeutę do zachowań mających zaspokoić ich niedojrzałe potrzeby - przede wszystkim zależności. Relacja z tymi pacjentami może również stanowić łatwe źródło zaspokajania własnych często nieświadomych potrzeb: narcystycznej potrzeby bycia onipotentnym, najlepszym, prezentowania się jako idealny wzór, a także potrzeb akceptacji, miłości, zdarza się, iż związek z pacjentem jest dla terapeuty swoistym ratunkiem przed samotnością. Dużej ostrożności wymaga poczucie nieprawidłowości przeżywane przez pacjentów nerwicowych - nieuważne wypowiedzi lekarza mogą to poczucie bardzo nasilić. Postawy jatrogenne są szczególnie częste wobec pacjentów z wyraźną somatyzacją lęku.

*Uzależnienia* - czyli nadużywanie jakiegoś środka w sposób niekontrolowany (np. alkohol, leki), powoduje zmiany psychiczne i fizyczne.

W relacji z tymi pacjentami łatwo jest o przekazywanie (mniej czy bardziej świadome) negatywnej oceny ich postępowania, okazywanie lekceważenia i potępienia wobec ich "słabego charakteru" i degradacji, próby "demaskowania" mactw, postawy moralizatorskie.

*Zaburzenia na tle organicznym* - ostre (z zaburzeniami świadomości, podobne do zaburzeń somatycznych) i przewlekłe - objawiają się przede wszystkim spadkiem sprawności intelektualnej, niekontrolowaniem reakcji emocjonalnych.

Najczęstsze wykroczenia związane z tego typu deficytami - to nieposzanowanie godności osoby, uprzedmiotowienie, przekreślanie zachowanych resztek możliwości intelektualnych i emocjonalnych, paternalizm.

*Psychozy* - polegają na jakościowo zmienionym odbiorze rzeczywistości, charakteryzujące się brakiem poczucia choroby i często negatywnym stosunku do leczenia.

Kontakt z tymi pacjentami wyzwala potrzebę zaprowadzenia ładu, doprowadzenia "wariackich", absurdalnych zachowań do normalności, wtłoczenia w ramy konwencji. Jest to przejęcie odpowiedzialności za pacjenta, podejmowanie za niego decyzji. Ta decyzja - to przede wszystkim decyzja o leczeniu wbrew woli. Jeżeli nie powiedzie się próba przekonania pacjenta działania lekarskie sprowadzają się do podporządkowania go przy użyciu siły bądź sposobu. Jak dokonać wyboru, jaka metoda jest bardziej etyczna? Mimo drastyczności, jawne użycie przemocy bardziej oszczędza godność człowieka, użycie podstępów najczęściej przekreśla możliwość zaufania pacjenta wobec wszelkich przyszłych działań psychiatrycznych. Kłamstwo jest trucizną dla psychotyka - tak twierdzą niektórzy terapeuci schizofrenii.

## PACJENCI NIEPSYCHOTYCZNI A PSYCHOTYCZNI

Opisane błędy w relacji terapeutycznej można - dla jasności - streścić następująco.

*Partnerstwo.* W kontakcie między lekarzem a pacjentem niepsychotycznym (w układzie lekarz-pacjent) pacjent pozostaje partnerem. Jest to partner słabszy, gorszy, "głupszy", ale mówiący tym samym językiem, żyjący w tym samym świecie; można go pouczyć, oświecić, przekonać, wzmocnić, naprowadzić itp. Pacjent psychotyczny nie jest w relacji terapeu-

tycznej partnerem lekarza. Jego rzeczywistość jest inna - trzeba go doprowadzić do rzeczywistości powszechnie uznawanej za jedynie istniejącą. Ponieważ nie chce tego i aktywnie się przeciwstawia - jest zmuszany, oszukiwany, manipulowany.

*Możliwość reakcji.* Pacjent niepsychotyczny, będąc partnerem w relacji terapeutycznej, najczęściej może reagować na popełniane wobec siebie błędy, bronić swojej godności, np. zrezygnować z leczenia, jeśli mu ono nie odpowiada. Pacjent psychotyczny na ogół nie ma tej możliwości. Nie jest mu dana swoboda wyboru. Dlatego właśnie sytuacja pacjenta psychotycznego wymaga szczególnie dokładnej analizy, właśnie pod kątem możliwych do popełnienia nadużyć.

Wydaje się, że leczenie pacjentów niepsychotycznych rodzi problemy etyczne podobne do problemów pojawiających się w trakcie prowadzenia chorych somatycznie. Natomiast w przypadku większości pacjentów psychotycznych lekarz staje wobec trudności bardzo szczególnych. Prawie każda kuracja osoby przeżywającej psychozę wiąże się z koniecznością podejmowania decyzji o charakterze etycznym. Intensywność kontaktu terapeutycznego może budzić w pacjencie różnego rodzaju fantazje i potrzeby - lekarz powinien to dostrzegać i zachowywać się bardzo jednoznacznie, nie wykorzystując swej roli do zaspokajania własnych, prywatnych potrzeb.

## KONTAKT Z PACJENTEM PSYCHOTYCZNYM

Prześledźmy teraz jak wygląda możliwość popełnienia wykroczeń o charakterze etycznym we wszystkich kolejnych etapach kontaktu pacjenta psychotycznego z psychiatrą. W warunkach polskich dodatkowa trudność wynika z braku adekwatnych regulacji prawnych. Decyzje spoczywają w rękach psychiatry, zależą od jego doświadczenia, zdrowego rozsądku i innych właściwości. Szczególną trudnością następczą sytuacje dotyczące działań podejmowanych wbrew woli pacjenta.

Pacjent wbrew swojej woli może zostać *poddany badaniu psychiatrycznemu* na zasadzie wizyty domowej lekarza, bądź dowiedzenia go do instytucji psychiatrycznej. Ważne jest aby badanie było zawsze jawne, psychiatra nie może występować anonimowo. Również zabranie pacjenta przemocą z domu musi być poprzedzone wyraźną informacją dokąd i dlaczego ma zostać zabrany. Nie powinno się dawać żadnych kuszących pacjenta obietnic co do czasu hospitalizacji, czy trybu leczenia.

Dowolność interpretacyjna przepisów o *przyjmowaniu do szpitali psychiatrycznych*, którymi się aktualnie posługujemy jest stale bardzo duża. Najczęstszy typ błędu, będący po części wykroczeniem etycznym - to przyjęcie zbyt pochopne, wynikające np. z presji otoczenia, lękowej postawy psychiatry czy powierzchowności badania. Zaś nieprzyjęcie pacjenta obiektywnie wymagającego leczenia często łączy się z ocenianiem go jako osoby roszczeniowej, agrawującej.

W momencie *znalezienia się w oddziale*, pacjent przyjęty wbrew woli, ale także pacjent wstępnie wyrażający zgodę na kurację, podlega licznym ograniczeniom. Część z nich wynika z warunków oddziału: np. zamknięte drzwi, brak noży, brak ubrań, brak telefonów. Część wynika z warunków ekonomicznych.

Przymus hospitalizacji jest dla lekarza prowadzącego pacjenta równoznaczny z *przymusem leczenia* i, jeśli pacjent nie godzi się na konkretną kurację, nie jest to respektowane. Nie ma też wymogu, by leczenie odbywało się w sposób najmniej uciążliwy, czy przykry dla pacjenta (np. podawanie neuroleptyków w iniekcji). Pacjent ma często ograniczony dostęp do wyników badań, a także w sposób ogólny informowany jest o rodzaju stosowanych leków, diagnozie, a przede wszystkim o swoich prawach. Nie ma (tak naprawdę) żadnej kontroli procesu leczenia przez instytucje nie związane ze szpitalem i łatwo dla pacjenta dostępne. Hermetyczność instytucji psychiatrycznych powoduje, iż pod płaszczem ideo-

logii świadczenia dobra, istnieje możliwość czynienia zła niekontrolowanego i w gruncie rzeczy od indywidualnego systemu wartości lekarza zależy to, czy dojdzie do naruszenia godności pacjenta.

Najbardziej drastycznym przykładem są tu *unieruchomienia*, praktyka rozpowszechniona bardzo szeroko i często stosowana w sposób dowolny. Wytyczne IPiN regulujące unieruchamianie pacjentów są różnie w różnych miejscach respektowane. Temat ten jest zbyt ważny, by go tak krótko potraktować, niestety z braku czasu nie możemy go omówić bardziej szczegółowo. Zainteresowanych odsyłamy do wyników naszych badań dotyczących m. in. przyczyn stosowania unieruchomień<sup>2</sup>.

Kolejnym etapem leczenia jest *opieka ambulatoryjna*. Moment, który może budzić wątpliwości natury etycznej to podejmowanie decyzji o skierowaniu do szpitala, porozumiewanie się z rodziną poza plecami pacjenta, uspokajające, choć nie zawsze rzetelne informacje o czasie pobytu w szpitalu, warunkach leczenia itp. Natomiast po wypisie ze szpitala zbyt aktywna, czasem wręcz intruzywna forma kontrolowania leczenia może nasuwać wątpliwości, czy nie stanowi naruszenia wolności i prawa do prywatności.

Na koniec, już w dużym skrócie z powodu ograniczeń czasowych, chcemy poprzez wyliczenie wskazać kolejne dwa obszary, czy sytuacje, gdzie dojść może do naruszenia godności człowieka chorującego psychicznie.

#### *Obszar tajemnicy lekarskiej*

- nieformalne rozmowy personelu o pacjentach (plotkowanie), opowiadanie anegdot, wyjawianie "sensacyjnych" detali z życia pacjenta nieistotnych dla diagnozy
- rozmowy z rodziną, sąsiadami, współpracownikami pacjenta
- sytuacje dydaktyczne, tzw. demonstracje przypadków

#### *Leczenie*

- terapia biologiczna- stosowanie iniekcji dla ukarania pacjenta, nadmierne tłumienie, itp.

<sup>2</sup> Ogólnopolski Zjazd PTP, Poznań, 1992

– terapia psychologiczna i techniki behawioralne - ich manipulacyjny, "modelujący" wymiar, nadmierne uzależnienie pacjenta, niekiedy ogłębianie patologii.

Obszarów tych wymienić można na pewno znacznie więcej. Ale bez względu na to, jak długa byłaby nasza lista, sądzimy, że istnieją

dwa podstawowe źródła zachowań nieetycznych:

- nieświadomość własnego ja - tj. brak wglądu w prawdziwe motywy własnego działania,
- przeświadczenie, iż zna się wzorzec - tj. brak wątpliwości, poczucie nieomyłności.

*Adres: Dr Małgorzata Kostecka, I Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej, ul. Nowowiejska 27, 00-655 Warszawa.*