



Między Scyllą hospitalizacji a Charybdą nieleczonej psychozy – dylematy pacjenta i jego psychiatry. Studium przypadku

*Between the Scylla of hospitalization and Charybdis of untreated psychosis
– dilemmas of the patient and his psychiatrist. A case report*

JANUSZ CHOJNOWSKI

Oddział Psychiatryczny, Szpital Ogólny im. Witolda Gineła, Grajewo

STRESZCZENIE

Cel. Praca przedstawia dylematy lekarza psychiatry związane z praktyką kliniczną i decyzjami, które są podejmowane w jej ramach.

Przypadek. Opisano przypadek pacjentki leczonej z powodu schizofrenii, która poprosiła lekarza przed hospitalizacją, aby nie wypisywał jej w sytuacji, gdy ona sama w trakcie hospitalizacji tego zażąda. W trakcie hospitalizacji pacjentka zażądała wypisu i została zatrzymana bez zgody na podstawie Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Pozwoliło to na uzyskanie korzystnych efektów leczenia i zawiązanie przymierza terapeutycznego.

Wnioski. Z punktu widzenia prawa są to zjawiska banalne, zaś z punktu widzenia relacji pacjenta i psychiatry bardzo istotne, wręcz znamienne dla rozwoju relacji terapeutycznej i zdaniem autora zasługują na refleksję.

SUMMARY

Objective. The paper presents the dilemmas faced and decisions made by the psychiatrist in his clinical practice.

Case report. A female patient treated for schizophrenia prior to her hospitalization had asked her doctor to disregard her request for discharge from the hospital should such a request be made during her hospital stay. She subsequently did request discharge during her hospitalization and was involuntarily detained on the grounds of the Mental Health Act. This allowed to achieve a beneficial treatment outcome and to form a therapeutic alliance with the patient.

Commentary. From the legal viewpoint these are banal phenomena, but from that of the patient-psychiatrist relationship they are of pivotal importance, being most significant for the therapeutic alliance. In the author's opinion the matter is deserves reflection.

Słowa kluczowe: schizofrenia / przymierze terapeutyczne / Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego

Key words: schizophrenia / therapeutic alliance / Mental Health Act

Przed wejściem w życie Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 19.08.1994 roku w środowisku psychiatrów polskich istniały duże nadzieje na to, że wpłynie ona na podniesienie standardów prawnych i etycznych towarzyszących przyjmowaniu osób chorych psychicznie na leczenie na oddziałach psychiatrycznych bez zgody [1]. Istniały także pewne obawy, czy podporządkowanie rygorystycznym kategoriom ustawy decyzji psychiatry w tak kluczowej sprawie jak przyjęcie chorego do szpitala bądź jego wypisanie nie spowoduje sytuacji konfliktowych pomiędzy wymogami etyki lekarskiej i dobrej praktyki psychiatrycznej a wymogami ustawy. Obawy te nie wygasły po wejściu ustawy w życie. Pytanie: „czy w następstwie (wejścia w życie ustawy) nie pojawi się reakcja typu <medycyny samoobrony> z przesadnie legalistycznym, sformalizowanym stosunkiem do chorego, który postrzegany będzie bardziej jako strona potencjalnego konfliktu niż

jako osoba potrzebująca pomocy” [2] wydaje się nadal aktualne. Z perspektywy kilkunastu lat obowiązywania ustawy w Polsce widać, że niektóre z tych obaw pozostały bezpodstawne, ale pogodzenie poważnego traktowania wymogów ustawy i etyki lekarskiej bywa trudne. Zdarzają się sytuacje, w których pojawia się ryzyko takiego konfliktu i psychiatra staje przed dylematem [3]. Poniżej przedstawiono opis takiej sytuacji.

OPIS PRZYPADKU

Do gabinetu psychiatrycznego zgłosiła się po uprzednim umówieniu telefonicznym 22-letnia kobieta. Osoba ta kilka miesięcy wcześniej także umówiła się telefonicznie na wizytę, ale wówczas odwołała spotkanie. Poinformowała, że powodem przybycia był lęk przed wychodzeniem z domu związany z poczuciem,

że wszyscy ludzie są do niej wrogo nastawieni. Poinformowała, że jej matka choruje psychicznie; nie potrafiła określić rozpoznania. Z wywiadu rodzinnego wynikało także, że dwoje starszego rodzeństwa choruje na schizofrenię i są z tego powodu leczeni, choć nie zawsze regularnie. Jeden z braci pacjentki jest osobą zdrową psychicznie, natomiast ojciec cierpiał na, jak to określała „natręctwa na tle symetrii”, był „bardzo nerwowy”. Nie był z tego powodu leczony. Rodzice rozwiedli się, gdy pacjentka miała 6 lat. Sytuacja materialna pacjentki była dość trudna. Studiowała nauki ścisłe na uniwersytecie.

W trakcie pierwszej wizyty poprosiła o leczenie psychiatryczne, ponieważ sama od dłuższego czasu cierpiała z powodu różnych dolegliwości psychicznych, które od kilku miesięcy przybrały na sile do tego stopnia, że uniemożliwiły kontynuację studiów, wobec czego skorzystała z urlopu dziekańskiego. Poinformowała, że jej problemy z psychiką zaczęły się, gdy starszy brat zachorował na schizofrenię. Brat był wtedy w liceum, a ona w ostatniej klasie gimnazjum. Modliła się wówczas do Boga, by dał jej część jego cierpienia. Nasilenie dolegliwości nastąpiło przed kilkoma miesiącami i przejawiało się – według pacjentki – nadmiernym poceniem, drżeniem całego ciała, bezsennością. Udała się po poradę do neurologa, który rozpoznał u niej nerwicę i zalecił przyjmowanie leków przeciwlękowych. Później pojawiła się, według słów pacjentki „depresja” – chora ciągle leżała w łóżku, straciła apetyt. Udała się po pomoc do psychiatry. Otrzymała leki przeciwdepresyjne. Po pewnym czasie przestała je przyjmować ponieważ wyraźnie przytyła, a efekt terapeutyczny jaki odczuwała był niewielki. Następnie, za radą matki, udała się do psychiatry, który w przeszłości leczył jej matkę, a ostatnio – starszego brata. Lekarz zalecił przyjmowanie ziprasidonu i sertraliny, ale jak zrelacjonowała to pacjentka, czuła się po tych lekach „słabo”. Szukała lekarza w Warszawie poprzez internet. W trakcie kolejnej wizyty u następnego psychiatry (już w Warszawie) zmodyfikowano nieco dawki ziprasidonu i sertraliny, a następnie pacjentka została skierowana do kliniki psychiatrycznej. Po tygodniu pobytu wypisała się na własną prośbę z oddziału otwartego kliniki psychiatrycznej w Warszawie. Rozpoznano „Zaburzenie schizotypowe. Zespół natręctw. Obserwacja stanu psychicznego nieukończona”. Przy wypisie otrzymała od lekarza opakowanie ziprasidonu do korzystania w domu ponieważ zgłosiła, że nie stać jej na wykupienie płatnej recepty.

W trakcie badania psychiatrycznego oprócz wspomnianego wyżej lęku przed wychodzeniem z domu, związanego z poczuciem, że wszyscy ludzie są do niej wrogo nastawieni, skarżyła się także na „lęki, obawy, natręctwa” oraz myśli samobójcze, jednakże bez tendencji do ich realizacji. Mówiła, że czasem staje się

„oniemiała”, chce się jej spać nawet na ulicy, natomiast w nocy cierpi na bezsenność. Wcześniej, jak oceniała, była osobą wesołą, otwartą. „Znajdowałam tę lepszą stronę.” Pacjentka poprosiła o hospitalizację psychiatryczną ponieważ doszła do wniosku, że jej decyzja o wypisaniu się z kliniki była błędna i podyktowana chorobą. Ujęła to następująco: „Czułam się zamknięta jak w więzieniu, mój niepokój narastał, potrzebowałam wolności. A teraz widzę, że na wolności męczę się jeszcze gorzej i z niczym nie mogę sobie poradzić”.

Co istotne dla tematu tej pracy, pacjentka poprosiła psychiatrę, aby w sytuacji gdyby znów domagała się szybkiego wypisania na własne żądanie, zatrzymał ją mimo to w oddziale i leczył nadal (była dobrze zorientowana jak długo zwykle trwa hospitalizacja psychiatryczna ze względu na wcześniejsze doświadczenia rodzeństwa). Uzyskała takie zapewnienie ze strony lekarza.

Nazajutrz po wizycie zgłosiła się do izby przyjęć oddziału psychiatrycznego. Stan psychiczny przy przyjęciu opisano jako: „Błąda afektywnie, spowolniała psychomotorycznie, ambiwalentna, w silnym niepokoju, z nasilonym drżeniem, twarz maskowata. Mówi ściśniętym, dziecinnym głosem, zachowuje się nieco infantylnie. Przyznaje się do doznawania sporadycznych halucynacji słuchowych, natrętnych wyobrażeń i złudzeń (omamów?) dotykowych. W pełni współpracująca. Wyraziła zgodę na leczenie. Wstępnie rozpoznano schizofrenię.

W trakcie pierwszej nocy spędzonej w szpitalu pacjentka nie spała. W trakcie badania w dniu następnym poinformowała, że „to przez głosy”. Następnie poprosiła o wypisanie z oddziału. Argumentowała następująco: „Ja nie jestem stworzona do oddziału”. Wyrażała chęć wyjazdu, aby móc „znów leczyć się w Warszawie”. Stwierdziła, że „dzieje się z nią coś wykraczającego poza to, na co leczył ją neurolog”. W trakcie chaotycznych wypowiedzi mówiła o tym, że uświadomiła sobie niedawno, że robi nie to, co chce, że jest nie na swoim miejscu. Ukończyła już trzy lata studiów z dziedziny nauk ścisłych, a wybrała ten kierunek, żeby innym pokazać, że da sobie radę, natomiast wołałaby skończyć pedagogikę. Nie chciałaby być nauczycielką, wołałaby pracować w Domu Dziecka i chciałaby pomagać ludziom. W odniesieniu do hospitalizacji stwierdzała, że „tu w szpitalu są ciasne sale, za dużo ludzi”, „chce wypisać się ze szpitala i wrócić do leczenia u psychiatry w poradni”.

Ordynator oddziału, a zarazem osoba, którą dzień wcześniej chora prosiła o niewypisywanie jej z oddziału, nawet na jej własną prośbę, poinformował ją w obecności pozostałych lekarzy i psychologa, że zamierza dotrzymać danego jej słowa, po czym zawiadomił sąd rodzinny o zatrzymaniu pacjentki bez zgody w oddziale na mocy art. 28 i 23 ust. 1 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego. W uzasadnieniu podano: „Pacjentka z objawami schizofrenii wypowiada

myśli samobójcze. Ambivalentna, w lęku. Szuka pomocy u wielu psychiatrów.” Po zatrzymaniu pacjentki w oddziale podjęto leczenie lekiem przeciwpsychotycznym. Po rozmowie z lekarzami pacjentka płakała w swojej sali. Mówiła, że jej życie nie ma sensu, że nie będzie w stanie skończyć studiów, że źle czuje się w towarzystwie ludzi. Wieczorem po kolacji spowodowała wymioty, bo miała nudności, źle się czuła. Zapewniała, że nie chciała spowodować w ten sposób usunięcia leków z organizmu. W nocy spała dobrze. Następnego dnia wzięła udział w zebraniu społeczności terapeutycznej. Powtarzała w jego trakcie, że chce wyjść do domu. Mówiła, że „w oddziale męczą ją ludzie, nie ma co robić, chciałaby przeczytać książkę”. W rozmowie z wizytującym ją sędzią potwierdziła swoją wolę wypisania się z oddziału na własne żądanie. W trakcie kolejnych rozmów pacjentka informowała nadal, że miewa myśli samobójcze nasilające się po godzinie 15-16, gdy w oddziale nie ma zajęć terapeutycznych. Wypatrzyła w świetlicy szpilki mocujące prace plastyczne w tablicy korkowej i myślała, że mogłaby okaleczyć się nimi. Po tygodniu hospitalizacji stwierdziła, że nadal nachodzą ją natrętne myśli i musi z nimi walczyć. W nocy nie mogła zasnąć (przyjmowała 15 mg olanzapiny wieczorem). Relacjonowała, że nadal czasami nachodzą ją myśli samobójcze i mówiła: „ale ja z nimi walczę”. Odczuwała te myśli jako własne. Po 14 dniach zwiększono dawkę olanzapiny do 20 mg na dobę. Wkrótce w trakcie kolejnej rozmowy z lekarzami chora stwierdziła, że pogodziła się z faktem, że jest chora i zdaje sobie sprawę, że leczenie jest długotrwałe. Pogodziła się nawet z myślą, że spędzi święta Wielkanocne w szpitalu. Mówiła, że zdaje już sobie sprawę, że jej wahania i ciągłe zmiany decyzji wynikały z choroby. Ujawniała, że nadal pojawiają się natręctwa, ale „ma pozytywne nastawienie, zwalcza te myśli”. Poprawił się sen. Nie odczuwała niepożądanych objawów po lekach. Myśli samobójcze zmniejszyły swoją intensywność i pojawiały się sporadycznie. Poprawił się napęd psychomotoryczny i nastroj pacjentki. Utrzymywały się natomiast cechy zaburzeń myślenia, tendencja do ambiwalencji, przekoków myślowych, nieoczekiwanych skojarzeń.

Pacjentkę poinformowano w trakcie licznych rozmów diagnostyczno-terapeutycznych, że cierpi na schizofrenię, podobnie jak dwoje jej rodzeństwa oraz matka. Chora początkowo „buntowała się” przeciwko temu rozpoznaniu, zaprzeczała aby kiedykolwiek zgłaszała halucynacje. Następnie jednak stwierdziła, że „od początku czuła, że to schizofrenia, tylko nie dopuszczała tego do świadomości”. W miarę leczenia olanzapiną, której dawkę ustalono na 20 mg na dobę stawała się mniej napięta, przestała wypowiadać ambisentencje, a jej wypowiedzi świadczyły o wysokim poziomie intelektualnym. Sama nie mogła zro-

zumieć swego niedawnego toku rozumowania, wedle którego sposobem na zminimalizowanie lęku przed ludźmi miałyby być porzucenie studiów z dziedziny nauk ścisłych, podjęcie studiów pedagogicznych i praca w Domu Dziecka. Traktowała je jako dowód przebytych zaburzeń psychicznych. Wkrótce potem została wypisana w stabilnym stanie psychicznym.

Po zakończeniu hospitalizacji kontynuowała terapię w trybie ambulatoryjnym. Powróciła do przerwanych wcześniej studiów. Pozbyła się stopniowo lęku przed ludźmi do tego stopnia, że nie odczuwała tremy przed wygłaszaniem prezentacji na uczelni i radziła sobie z prowadzeniem grupy młodzieży przygotowującej się do sakramentu bierzmowania. W trakcie jednej z wizyt kontrolnych powiedziała lekarzowi, że jest mu wdzięczna za to, że nie wypuścił jej z oddziału na własne żądanie, gdy się tego domagała. Swoją obecną stan określiła jako „drugie życie”, a rok, który przeżyła zanim po hospitalizacji wróciła do dobrego samopoczucia określiła jako *science-fiction*. Po pół roku od zakończenia hospitalizacji wyznała: „Pewnie już bym nie żyła do tej pory”. Chętnie dzieliła się poważnymi refleksjami na temat relacji rodzinnych, martwiła się okresowo pogarszającym się stanem zdrowia psychicznego swej siostry i brata, ich słabą współpracą z psychiatrami, niepełną odpowiedzią na farmakoterapię. O matce mówiła, że ma ona do niej pełne zaufanie, to znaczy, że pozwala jej na wszystko, akceptuje każdy jej wybór. Ojciec w oczach pacjentki jest osobą, która nie wspiera jej – deklaruje pomoc, ale nie dotrzymuje słowa.

KOMENTARZ

Z prawnego punktu widzenia warunki artykułu 23 Ustawy zostały zachowane, ponieważ wśród objawów psychotycznych u chorej z rozpoznaniem schizofrenii występowały myśli samobójcze zgłaszane na dzień przed przyjęciem do oddziału. Zatrzymanie chorej w oddziale wbrew jej woli (zarazem zgodne z wcześniejszym z nią ustaleniem) wzbudziło ogromny dyskomfort u pacjentki powodując zaostrenie obrazu psychopatologicznego zarówno co do objawów wytwórczych jak i myśli samobójczych.

Nietrudno sobie wyobrazić jednak i taki obrót sprawy, że pacjentka zostałaby wypisana na własną prośbę ponieważ jej objawy psychotyczne w oczach osoby decydującej o tym mogłyby hipotetycznie okazać się niezbyt nasilone, a pacjentka mogłaby zostać potraktowana jako nie zagrażająca aktualnie niczyjemu zdrowiu ani życiu ani też bezpośrednio swojemu życiu (myśli samobójcze bez tendencji do realizacji przed przyjęciem do oddziału). Wcześniejszą zaś prośbę pacjentki o to, by jej nie wypisywać z oddziału nawet w wypadku wycofania zgody można było hipotetycznie potraktować

jako niewiążącą wobec ustawowych uregulowań prawnych i wobec aktualnej postawy pacjentki.

Ta decyzja o zatrzymaniu pacjentki bez zgody była źródłem niemałego dyskomfortu także u ordynatora oddziału (który wszakże zobowiązał się dwa dni wcześniej wobec niej, że tak postąpi, o ile zajdzie konieczność). Dyskomfort ten miał swoje źródło między innymi w fakcie, że to on jako pierwszy rozpoznał u niej schizofrenię i to wkrótce po wypisaniu jej z ośrodka klinicznego z innym rozpoznaniem. Ponadto myśli samobójcze ewidentnie nasiliły się u omawianej chorej właśnie po zatrzymaniu jej bez zgody, co w odczuciu lekarza postawiło w go w konflikcie z podstawową normą etyki lekarskiej *primum non nocere*. Dopiero po upływie kilku tygodni leczenia farmakologicznego oraz rozmów diagnostyczno-terapeutycznych okazało się, że racje etyczne, wymogi dobrej praktyki psychiatrycznej oraz normy prawne są w omawianym przypadku do pogodzenia ze sobą i to z korzyścią dla pacjentki. Zachodziła bowiem obawa, że relacja terapeutyczna (która wcześniej zapowiadała się bardzo obiecująco) zostanie zerwana, a przedłużająca się hospitalizacja nie da spodziewanego rezultatu, a nawet być może da asumpt pacjentce do trwałej awersji wobec lecznictwa psychiatrycznego. Innymi słowy – zachodziło ryzyko błędu jatrogennego. W omawianym przypadku hospitalizacja w klimacie łagodnego paternalizmu dała jednak bardzo dobre i jak się wydaje, trwałe rezultaty. Nie bez znaczenia wydaje się tu specyficzny układ rodzinny, w którym pacjentka wzrastała – pozornie opiekuńczy, a w rzeczywistości mało obecny ojciec oraz psychotyczna matka dająca pacjentce zupełnie wolną rękę w życiu. Zdolność omawianej pacjentki do wyciągania trafnych wniosków z wcześniejszych doświadczeń własnych, a także, co chyba równie ważne, z doświadczeń chorych psychicznie członków swojej najbliższej rodziny zaowocowała nietypową prośbą, nie mieszczącą się w konwencjach polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ta szczególna zdolność pacjentki do „wspięcia się ponad własną słabość”, którą zaprezentowała już przed hospitalizacją, w opinii autora zadecydowała o pomyślnym rezultacie leczenia w aspekcie krótko- i długoterminowym.

Postawa omawianej pacjentki znajduje się niejako pośrodku pomiędzy dwoma zbiorami postaw osób chorych psychicznie wobec hospitalizacji – leczonych za zgodą i leczonych bez zgody. Warto przy okazji zauważyć, że oba te zbiory postaw, traktowane przez prawo rozłącznie, mają znaczną część wspólną. Nikogo nie dziwią pacjenci ujawniający ambiwalentny stosunek do hospitalizacji – wycofujący zgodę

wkrótce po jej podpisaniu; jak również pacjenci, którzy z pewną rezygnacją godzą się na kolejną hospitalizację po wcześniejszych doświadczeniach ze stosowaniem artykułu 23 ustawy.

Z punktu widzenia prawa są to zjawiska banalne, zaś z punktu widzenia relacji pacjenta i psychiatry bardzo istotne, wręcz znamienne dla rozwoju relacji terapeutycznej i zdaniem autora zasługują na refleksję.

Jak pisze Namysłowska: „Ze względu na charakter uczuć pacjentów ze schizofrenią i ich deprivację wcześniejszą (niezależnie od tego, w czym upatrywalibyśmy ich przyczyn) konieczność „pomieszczenia” (*holding*) pacjenta w relacji terapeutycznej staje się szczególnie ważna (...). Wymaga to oczywiście wielkiego wysiłku, aby usłyszeć poprzez objawy i zaburzone zachowanie to, co rzeczywiście pacjent chce nam powiedzieć i pozwolić zobaczyć. Nie zawsze to się nam udaje” [4]. Można przyjąć, że w opisanym przypadku to się udało.

Dylemat podobny do opisanego powyżej opisany został tysiące lat temu i wydaje się mieć charakter uniwersalny, ponadczasowy – mityczny Odyseusz ostrzeżony przez bóstwa o zwodniczej sile śpiewu syren kazał przywiązać się do masztu swego statku mocnymi powrozami. Swoim towarzyszom pozaplewał przewody słuchowe woskiem, polecivszy im najpierw: „Gdybym płakał, gdybym się rwał, gdybym was prosił, żebyście zdjęli ze mnie więzy – nie słuchajcie, ale przywiążcie mnie jeszcze silniej”. Następnie czekała go przeprawa między Scyllą a Charybdą, którą udało mu się pokonać tylko dlatego, że oddał złemu bóstwu niektórych ze swych wiernych towarzyszy [5]. Można jeszcze postawić pytanie, dlaczego Odyseusz sam nie uczynił się głuchym na syreni śpiew, tak, jak to zrobił swoim towarzyszom. Pytanie to trzeba pozostawić bez odpowiedzi, tak jak pytanie, dlaczego pacjentka prosiła Boga by dał jej część cierpienia swego brata.

PIŚMIENNICTWO

1. Szymusik A. Problemy etyczne w psychiatrii. *Psychiatr Pol.* 1994; 27: 293-300.
2. Falicki Z, Rutkiewicz W. Dyskusyjne problemy w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. *Psychiatr Pol.* 1996; 30: 561-568.
3. Furgal M, Datka J. Między etyką zawodową a normą prawną: studium przypadku trzech psychoz w jednej rodzinie. *Post Psychiatr Neurol.* 2000; 9 (suplement 3 (11)): 63-66.
4. Namysłowska I. Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol.* 2006; 15 (3): 137-141.
5. Parandowski J. *Mitologia*. Londyn: Puls; 1992. s. 259-260.

Wpłynęło: 23.02.2011. Zrecenzowano: 04.04.2011. Przyjęto: 27.04.2011.

Adres: lek. Janusz Chojnowski, Oddział Psychiatryczny Szpitalu Ogólnego im. Witolda Gineła, ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-203 Grajewo, tel. 86-2723271.