



Rozpoznanie schizofrenii jako błąd sztuki lekarskiej

Diagnosis of schizophrenia as a case of medical malpractice

JAN KOZIEŁŁ, MIECZYSLAW JANISZEWSKI, WIOLETTA JAROSZ-NOWAKOWSKA, MACIEJ MASZTALERZ

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu

STRESZCZENIE

Cel pracy. Próba ponownego omówienia zasad, które chroniłyby psychiatrów przed takimi konfliktami, jak opisany poniżej.

Przypadek. W pracy przedstawiono historię leczenia pacjenta MH w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Psychiatrycznego w Toruniu od 1991 roku oraz artykuły prasowe dotyczące tego pacjenta z 2007 roku. Staraliśmy się omówić postępowanie diagnostyczne w WOLP, późniejsze kolizje rozpoznań z innymi ośrodkami i kryteria oceny tych rozpoznań w kategoriach błędu w sztuce lekarskiej. Ponadto, podjęliśmy temat relacji między psychiatrami oraz sposób opisywania problematyki zdrowia psychicznego przez media.

Komentarz. Obowiązujące procedury diagnostyczne pozwalają zbliżyć do siebie stawiane w różnych ośrodkach rozpoznania, ale nie wystarczają do ich ujednoczenia.

SUMMARY

Objective. An attempt was made in the paper to re-discuss principles that might protect psychiatrists from such conflicts as that described below.

Case. Medical history of MH, treated since 1991 in the Provincial Mental Hospital (PMH) in Toruń, is presented together with press articles of 2007 concerning this patient. Diagnostic procedures used in the PMH, as well as subsequent discrepant diagnoses made in other psychiatric facilities are outlined. Criteria for the assessment of these diagnoses in terms of possible medical malpractice are proposed. Moreover, the issues of the relationship among psychiatrists and the way of presenting mental health problems by mass media are discussed.

Commentary. The diagnostic procedures currently in force allow to increase compatibility of diagnoses made in different centers, but are not sufficient for their unification.

Słowa kluczowe: schizofrenia / diagnostyka / błąd w sztuce

Key words: schizophrenia / diagnostics / medical malpractice

OPIS PRZYPADKU

Pan MH zgłosił się po raz pierwszy do Wojewódzkiej Przychodni Zdrowia Psychicznego w Toruniu w dniu 28 lutego 1991 r. w wieku 46 lat. Udzielił wtedy następującego wywiadu. Ukończył szkołę podstawową, potem pracował na gospodarstwie ojca, w chwili wizyty w PZP prowadził je samodzielnie. Żonaty od 1975 r., troje dzieci. W 22 roku życia hospitalizowany z powodu wady serca oraz zakrzepu tętnicy ocznej, od tej pory niedowidzenie lewego oka. Trzy lata przed zgłoszeniem się do PZP siał nawozy (azotany) skałeczną ręką i stwierdził, że się zatrzał – doznał uczulenia, czuł się osłabiony, leczył go lekarz rejonowy. Twierdził, że od tego czasu choruje, czuje się mało odporny. Od stycznia 1991 r. pogorszenie samopoczucia. Bardzo drobniawo opisywał szereg dolegliwości – drętwienie rąk, pocenie się, bóle w okolicy żołądka promieniujące w okolice kręgosłupa lędźwiowego. Czuł się ciężko chory, bez większych nadziei na wyleczenie, niezdolny do żadnej pracy, nie mógł wychodzić na dwór. Nie mógł też brać żadnych leków w postaci tabletek czy zastrzyków. Leczony przez wielu lekarzy specjalistów, którzy nie stwierdzili żadnych schorzeń. Alkoholu nie pił, papierosów nie palił. W nocy często nie sypia. Jest zmęczony, ociężały. Od stycznia nie miał kontaktów seksualnych z żoną, bo zdrowie nie pozwala-

ła. Równocześnie w tekście pojawia się adnotacja: „Według bardzo rozwlekłych wypowiedzi pacjenta, wierzy on w jasnowidzów i czarowników – trudno rozstrzygnąć czy jest to przesąd czy postawa urojeniowa. Twierdzi, że dawali znaki i sam znał osobiście 2 takich ludzi”. Opisano następujący stan psychiczny: „kontakt dość formalny, afekt moduluje zbyt jednostajnie, wypowiada szereg usystematyzowanych urojeń hipochondrycznych, omamów nie zdradza, krytycyzm obniżony, poczucie ciężkiej choroby”. Zalecono chloropromazynę 100 mg/die i wystawiono zwolnienie z pracy z ówczesnym rozpoznaniem „297”.

Pacjent brał lek, parę dni czuł się lepiej, jednak wyszedł na dwór i nastąpiło ponowne pogorszenie z głębokim poczuciem choroby. Z tego powodu został skierowany na oddział całodobowy jako – *obs. paranoia hypochondriaca*. Między 1991 a 1993 rokiem pacjent był czterokrotnie hospitalizowany w oddziałach całodobowych WOLP.

(1) *Od 4 marca do 8 kwietnia 1991 r.* – skierowany z opisanych już przyczyn. W wywiadzie zebrany przy przyjęciu pacjent odnotowano: „Od 2 miesięcy czuje się bardzo chory, skarży się na impotencję. Uważa, że szkodzi mu zimne powietrze. „Zaraz się przeziębiam i czuję taki nerw wzdłuż ciała od gardła do cewki moczowej. Jestem słaby, mam słaby mięsień. Wzdłuż ciała czuję chłód, sinieje mi prącie.” Nie może wychodzić na dwór, kiedy są mrozy.

Uważa, że jest to wina bakterii. Niemoc płciowa jest wynikiem słabości mięśni i cewki moczowej. Ten zimny nerw promieniuje mu na głowę. Źle się czuje, nie może spać. Leczył się dłuższy czas z powodu wady serca i nadciśnienia, ale obecnie żadnych leków nie przyjmuje”. Żona pacjenta twierdziła, że jest on wulgarny, „nieco” agresywny, że do niej i do dzieci odzywa się bardzo wulgarnie, że podejrzewa ją o zdradę, jest samotnikiem, nigdzie z żoną nie wychodzi, a czasami słysząc z daleka rozmowę żony z innym mężczyzną wnioskuje, że żona go obmawia. W czasie pobytu pacjent był leczony chloropromazyną, przez tydzień 300 mg/die i.m., następnie 500 mg/die p.o., przy wypisie zalecono 400 mg/die. Opisano w trakcie pobytu redukcję urojeń hipochondrycznych, aż do ich ustąpienia przy wypisie. Był konsultowany przez internistę i kardiologa, którzy stwierdzili niedomykalność mitralną zalecając okresową kontrolę w Poradni Wad Serca (pierwszą za 6 miesięcy) oraz przyjmowanie hydrochlorotiazynu. Rozpoznanie przy wypisie – *schizofrenia paranoidalna, niedomykalność mitralna I°/II° wg NYHA*.

(2) *Od 30 czerwca do 31 sierpnia 1992 r.* – skierowanie z PZP wystawiono, ponieważ pacjent od pół roku nie kontynuował leczenia, chloropromazynę brał sporadycznie, w trakcie wizyty w PZP był wielomówny, napięty afektywnie, zgłaszał pretensje co do niewłaściwego postępowania i leczenia, nie czuł się chory psychicznie, tylko uważał, że ma „bakteryjne zapalenie serca” i zgłaszał szereg skarg typu somatycznego. Opis stanu psychicznego – „wielomówny, chwilami napięty afektywnie, afektu nie daje się zmodyfikować, nastrój obojętny, zgłasza szereg urojeń hipochondrycznych, pseudofilozofujący, zupełnie bezkrytyczny wobec swojego stanu zdrowia”. Rozpoznanie ze skierowania – *schizofrenia paranoidalna*. Przy przyjęciu pacjent mówił m.in.: „Około rok temu zaczął się pocić, jak był spocony, to zasnął, gdy się nie spociał, to nie mógł spać, potem zaczęły puchnąć mu ręce. Szukał porady u różnych specjalistów. Został skierowany do szpitala psychiatrycznego (leżał w marcu 1991 r.), ale nie był chory psychicznie, tylko pocił się, miał kłopoty z gardłem, albo z płucami, a może z sercem, dokładnie nie wie. Po wyjściu ze szpitala był kilka razy w PZP, ale później przestał brać leki, ponieważ czuł się dobrze. Od ubiegłej zimy prawie nie wychodził z domu, ponieważ ma bóle gardła, a to jest powiązane z sercem, żołądkiem, boi się przeziębienia. Później częściej wychodził z domu, ponownie wędrował do różnych lekarzy zgłaszając skargi somatyczne. Ostatnio znowu zaczął się pocić, ma chore gardło (demonstrował chrząkanie), ale to mogą być płuca albo serce albo żołądek, ma też od roku czerwonego penisa, ponieważ przeziębiał się, jak zabandażuje penisa, to nie jest czerwony (nie ma problemów z oddawaniem moczu). Pacjent nie ma poczucia choroby psychicznej, ponieważ nie boli go głowa, tylko gardło, ma chrypkę, chyba ma chore płuca, a może żołądek... Pacjent wypytuje mnie jakie jest połączenie gardła z żołądkiem i z płucami, podaje, że wczoraj zdrętwiała mu ręka i pyta czy jest to powiązane z gardłem. Podczas rozmowy demonstruje jak wygląda chrypka gardłowa, a jak, gdy chore są płuca. Jest przekonany, że z powodu tych somatycznych dolegliwości przebywa w szpitalu psychiatrycznym. Od roku nie współżyje seksualnie z żoną, ponieważ ma czerwonego penisa i nie ma ochoty”. W trakcie pobytu włączono klopazynę zwiększa-

jąc dawkę stopniowo do 500 mg/die, przy wypisie zalecano 350 mg/die. Był też przez 10 dni leczony penicyliną prokainową 2x2.4 mln j. w związku z infekcją (gorączkowa >39°C z leukocytozą, zaczerwienione gardło). Opisano stopniową redukcję urojeń hipochondrycznych, co pacjent tłumaczył działaniem penicyliny. Potwierdzał poprawę samopoczucia, natomiast problemem była jego beczyność obserwowana podczas pobytu w oddziale (były to też główne skargi żony – „w ogóle nie pracuje, nie interesuje się gospodarką, jeździ po lekarzach do Torunia, bo okoliczni już połapali się, że choruje on psychicznie, jednak leków psychotropowych nie bierze, jedynie czasem daje się przekonać i to obcym osobom”). Także w czasie hospitalizacji konsultacja internistyczna (m.in. zalecono odstawić penicylinę) oraz kardiologiczna z badaniem ECHO serca – rozpoznano wypadanie płotka zastawki mitralnej i chorobę reumatyczną w wywiadzie. Ostateczne rozpoznanie przy wypisie – *schizofrenia paranoidalna*.

(3) *Od 1 marca do 5 kwietnia 1993 r.* – pacjent skierowany przez PZP, ponieważ ostatnio nie brał leków (sam mówił, że od 3 tygodni) i według żony znowu stał się beczynny, okresami agresywny, nie pozwalał jej się niczym zająć. W oddziale przyznawał, że nie brał klopazyny, „bo się skończyła”. „Nie rozumiał” dlaczego miał zostać w szpitalu, ale się zgadzał. Podawał, że nie wychodzi z domu na zimno, bo się zaraz zaczynają kłopoty z gardłem, stwierdzał, że od 2 lat ma ustawiczne infekcje gardła, wystarczy tylko, że wyjdzie na dwór i jest zimno. Nie mógł w związku z tym pracować. W stanie psychicznym stwierdzano m.in. spowolnienie psychoruchowe, obojętny nastrój, afekt modulowany w wąskim zakresie i urojenia hipochondryczne. Pacjent był leczony ponownie Leponexem w dawce do 400 mg/die i z zaleceniem pobierania takiej dawki został wypisany. Po konsultacji laryngologicznej – stwierdzono przewlekłe zapalenie migdałków i zalecono Dalacin C przez 8 dni. Rozpoznanie przy wypisie – *schizofrenia przewlekła zaostrzona*.

(4) *Od 1 października do 22 listopada 1993 r.* – pacjent trafił po raz pierwszy na inny oddział, skierowanie wystawił lekarz Pogotowia Ratunkowego wpisując następujący wywiad: „żona podaje, że pacjent bije dzieci, próba duszenia żony, groźny dla otoczenia, leczony w szpitalu psychiatrycznym w Toruniu”. Wywiad uzyskany przy przyjęciu do oddziału: „...nie czuje się chory psychicznie, natomiast uważa, że ma przewlekłą chorobę infekcyjną, która przejawia się to chorobą gardła, to serca, to cewki moczowej. Z tego też powodu klopazynę przyjmował wyłącznie na noc 25 mg, jednak mimo to nie spał. Niewiara żony w chorobę gardła, przypisywanie mu choroby psychicznej jest podłożem konfliktów w domu – przyznaje, zaprzecza jednak agresji w stosunku do rodziny. Pacjent analizuje swoje doznania somatyczne, zainteresowany organizmem, fizjologią, w dość dziwny sposób tłumaczy różne objawy. Jak mówi „robaki” już go zaatakowały i powinien otrzymywać debecylinę, a żona zabrania mu pójścia do lekarza, nie chce mu dać samochoodu itp. Jak mówi, mimo iż psychiatrzy stwierdzili, że to urojenia, poszedł do laryngologa w Golu-
biu ... i otrzymał początkowo penicylinę, później – debecylinę. Zrobiono mu wymaz z gardła. Uważa, iż jeśli przetrwie się to leczenie, wystąpi gorączka... Pobyt w szpitalu po pewnym czasie akceptuje”. Interpretacja stanu psychicznego – *spontaniczny w kontakcie werbalnym, napęd nieco*

wzmógł, nastrój podbarwiony dysforycznie, afekt dość żywy, chwilami nieadekwatny, omamy uczucia ustrojowego (?), urojenia hipochondryczne, choroby, ambisencje, zawężenie kręgu zainteresowań, treści dziwaczne. W oddziale pacjent był spokojny, w poprawnych stosunkach z innymi pacjentami, choć trzymał się nieco na uboczu, nieaktywny, dużo czasu spędzał w łóżku. Jeden z wpisów: „nie widzi żadnego sensu w leczeniu w tutejszym szpitalu, odbiera to jako zwycięstwo żony nad nim, kategorycznie odrzuca pomysł, że jego choroba gardła może mieć tło psychosomatyczne”. Konsultacja laryngologiczna – bez istotnych odchyleń (zab próchniczy). Pacjent był leczony haloperidolem, po przejściu na haloperidol kłozapinę zastąpiono początkowo lewopromazyną, ostatecznie wypisany z zaleceniem: Haldol decanoate. 100 mg/21dni, choropromazyna 200 mg wieczorem. Rozpoznanie ostateczne: schizofrenia przewlekła, niedomykalność mitralna I°/II° wg NYHA. Przy wypisie ordynator oddziału wystosował pismo do rejonowej Poradni Laryngologicznej z sugestią podawania halperidolu depot 100 mg/21dni, który to lek pacjent bardzo dobrze znosił (w przewidywaniu, że w Poradni Laryngologicznej pacjent zaakceptuje pobieranie leku).

W późniejszym okresie pacjent na przemian z żoną zgłaszał się do poradni, gdzie powtarzano leki. Generalnie wskazywał na dobre samopoczucie, choć był zupełnie bezczynny, nie interesowały go sprawy rodziny, gospodarstwa, tylko podczas jednej wizyty deklarował, że wykonuje drobne prace. W jednym wypadku pacjent mówił, że gospodarstwo prowadzi żona z synem i jest mu obojętne co oni robią, później pojawiła się adnotacja o wydzierżawieniu gospodarstwa. Od 1997 r. dopisywano do pozostałych leków pridinol. Z pojedynczych wpisów wynikało, że pacjent mógł nie orientować się, że otrzymuje w Poradni Laryngologicznej haloperidol w postaci depot. W 1998 r. żona zrobiła awanturę w PZP, gdy jeden z lekarzy nie zgadzał się wypisać więcej niż 2 amp. Decaldolu – dokładnie powiedziała, że „ma to w d...” i groziła, że pójdzie na skargę (ostatecznie receptę wypisał inny lekarz). W 2001 r. w związku z przejściem lekarza prowadzącego na emeryturę pacjent trafił pod opiekę doktor Jarosz-Nowakowskiej, która przy pierwszej wizycie odnotowała m.in.: „... czuje się dobrze. Bez objawów wytwórczych. Cechy rozszczepienia struktury osobowości. Okazuje się, że pacjent od 1997 r. otrzymuje zastrzyki, nie wie jakie, ostatnio co 3 tyg. Żona jeździ po recepty do jakiegoś psychiatry. Wyjaśni sprawę, bądź zgłosi się z żoną”. Na kolejnej wizycie pacjent mówił, że nie bierze żadnych zastrzyków, deklarował dobre samopoczucie, twierdził, że z żoną nigdy się nie kłóci, choć też nie wiedział, dlaczego był leczony w szpitalu. W opisie stanu psychicznego: „kontakt wyciągany, w zachowaniu spokojny, krótkie wypowiedzi, rzeczowe, wyraźnych objawów wytwórczych nie ujawnia, cechy rozpadu struktury”. Pacjent podczas tej wizyty „zgadzał się jedynie na fenactil”. W 2 miesiące później zgłosiła się żona relacjonując m.in., że pacjent brał cały czas Decaldol myśląc, że to zastrzyki wzmacniające, obecnie odmówił zgody. W latach 2002–2004 pacjent zgłaszał się do PZP 2–3 razy w roku stwierdzając dobre samopoczucie, deklarował, że bierze jedynie regularnie chloropromazynę 100 mg na noc, bo po nim dobrze śpi. W jednym przypadku kontaktowała się telefonicznie żona informując, że pacjent jest „bardzo dokuczliwy, nie

dba o higienę, częste zachowania agresywne”, ale bliżej nie precyzowała i nie zgodziła się na omówienie problemów z pacjentem (otrzymaną wtedy propozycję powrotu do iniekcji depot pacjent odrzucił). W 2005 r. pacjent nie zgłaszał się do PZP – od lipca dopływały informacje o pogorszeniu. Najpierw telefonowała siostra żony pacjenta, w sierpniu pacjent zgłosił się do PZP z córką i przyznał, że od roku nie przyjmuje chloropromazyny – „nie chce przyjmować fenactilu, uważa że choruje na reumatyzm i nie chce przyjmować leku od psychiatry”. Wreszcie dzień po wizycie pacjenta we wrześniu zgłosiła się żona, która przeżyła udar mózgu. Wywiad, którego udzieliła na temat męża zapisano następująco – „twierdzi, że jest wybuchowy, słownie wyzywa ją, doskakuje do bicia, pluje, w domu nie robi nic, nie pomaga, nie pozwala, żeby ktoś jej pomógł, ona porusza się o kuli, grozi, że ją zabije, udusi, dokucza jej, wylewa w domu wodę z czajnika.” Żona uzyskała zaświadczenie o konieczności hospitalizacji z art. 29 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego („nastąpi dalsze znaczne pogorszenie”). W październiku 2005 r. pacjent został zbadany sądowo-psychiatrycznie przez 2 biegłych – Masztalerza i Kozięła. W czasie badania trwającego ponad półtorej godziny przekonywał on biegłych, że niesłusznie rozpoznawano u niego chorobę psychiczną, bo choruje tylko na reumatyzm oraz, że biegli popełniają błąd, bo słuchają żony pacjenta, a jego samego nie słuchają – rozpoznano schizofrenię paranoidalną przewidując w razie braku hospitalizacji psychiatrycznej dalsze znaczne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego.

POMIĘDZY PRASĄ A RZECZYWISTOŚCIĄ

Gazeta lokalna opublikowała cykl artykułów, zaś ogólnopolski tygodnik jeden artykuł – w treści wszystkich tych publikacji sformułowano szereg zarzutów w stosunku do nas, tzn. psychiatrów z Torunia, którzy mieli wcześniej styczność z omawianym pacjentem. Już same tytuły artykułów: „Uratowany z piekła” z podtytułem – „Toruńscy lekarze przez 15 lat wmawiali zdrowemu człowiekowi schizofrenię”; „Życie zmarnowane przez psychiatrów” (na pierwszej stronie) oraz „To kompromitacja” z podtytułem „Jak wykończyć zdrowego człowieka” (w głębi numeru); „Człowiek, który przeszedł przez szybę”; czy wreszcie „Pacjent kontra psychiatrzy” z podtytułem „Dzięki skrajnej determinacji uniknął ubezwłasnowolnienia i przymusowego leczenia” oddają treść tych publikacji (ryc. 1, 2, 3, 4).

Redaktorzy najchętniej z zaskoczenia wyszukiwali interesujących ich lekarzy, grzecznie prosili o 2 min. rozmowy, po czym na osobności wyciągali karty wypisowe pacjenta ze szpitala i z jednej z klinik z terenu Polski północnej pytając, dlaczego my rozpoznaliśmy schizofrenię i niepotrzebnie leczylimy zdrowego człowieka przez 15 lat Fenactilem. W przedkładanych nam do wglądu kartach rozpoznawano u pacjenta organiczne zaburzenia osobowości. Większość z nas podjęła dyskusję, czego skutki spróbujemy przybliżyć.

W artykułach prostymi środkami budowano odpowiednie napięcie – np. jeśli przyjrzeć się zdjęciu ilustrującemu piekło, z którego pacjent został uratowany, to okaże się nim Poradnia Zdrowia Psychicznego w Toruniu (rys. 2).

Dostało się niejako rykoszetem Kolegom ze Świecia, gdyż w tekście odwołano się do opisanej kilka miesięcy



Rycina 1. Fragmenty artykułów prasowych Figure 1. Excerpts from press publications

ZAPRASZAMY
O wielkim Toruniu
 Debata. Na wtorek, 23 stycznia, na godzinę 18 zaplanowaliśmy kolejną debatę „Nowości” i „City Toruń” z cyklu „Wielki Toruń”. Tym razem spotkamy się z mieszkańcami Złotwi w budynku Szkoły Podstawowej w tej miejscowości. Zapraszamy też innych zainteresowanych. Chcemy rozmawiać się nad przytoczonymi. Czy uważa, że rozwój Złotwi jest właściwiej jej w granice Torunia? Chcemy się dowiedzieć, jakie problemy mają mieszkańcy Złotwi i jak można je rozwiązać. Zapraszamy też gości! **NOWOŚCI Toruń**

TORUŃ
Na zakupy pojedziemy do kina
 Kultura. Prześniło się w filmowych maratonach. Zachęcają ambitnymi przeglądaniami tematycznymi i autorstwa. Małe kina walczą o toruńską publiczność do upadłego. **strona 11**

Miliony pokada chętnych
 Inwestycja. W tym tygodniu będzie wiadomo, ile jest chętnych na zakup gruntu pod stadionem im. Lecha w Toruniu. Wygląda na to, że wielu. **strona 11**

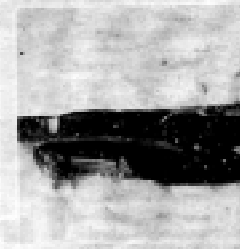
CYTAT
 W sprawie terapii antydepresyjnej będę prowadził rozmowy ze swoim kolegą Jarosławem Kaczkoskim. **Michał Szpakowski, premier Czech**

Życie zmarnowane przez psychiatrów

Skandal. Uznany za schizofrenika cudem uniknął ubezwłasnowolnienia i zamknięcia w szpitalu

Piętnaście lat wyjętych z życia. Tyle trwał okres choroby psychicznej. Po latach poróżnił i obamianiał lekami specjaliści orzekli: ten człowiek jest i był zdrowy.

To historia nadająca się na scenariusz filmowy. Jeden z podstarzałych woi, ubierający się od lat na romantyzm, zadziwianie i szacunek i choroba serca, miał wyjątkowego pecha. W 1991 roku trafił do lekarza, który oduczył go stwierdził, że... ma do czynienia z chorobą psychiczną. Co kierowało lekarzem, nie wiadomo. Jednak za rzadka, w uszach specjalisty od chorób serca, diagnoza przylegała do...
 Chorobę psychiczną powiadomił toruński psychiatra Leszek Górecki. Zaoferował leki psychotropowe, po których chorey, który jeszcze wtedy wierzył w diagnozę lekarza, poczuł się okrowie - bolała go głowa i nie mógł spać. Gdy się poskarżył - trafił po raz pierwszy do szpitala psychiatrycznego przy ul. Mickiewicza. Kolejni lekarze uznawali podobnie diagnozę - schizofrenia paranoidalna albo schizofrenia przewlekła. Co do tego nie mieli wątpliwości. Doktor Jan Kozieł, doktor Maciej Masztalerz, doktor Wiesława Jarosz-Nowakowska i kilku innych, którzy mieli słaby poprosty kontakt z oskarżającym się na ból całego ciała, odwołanie i dżumy relacją.



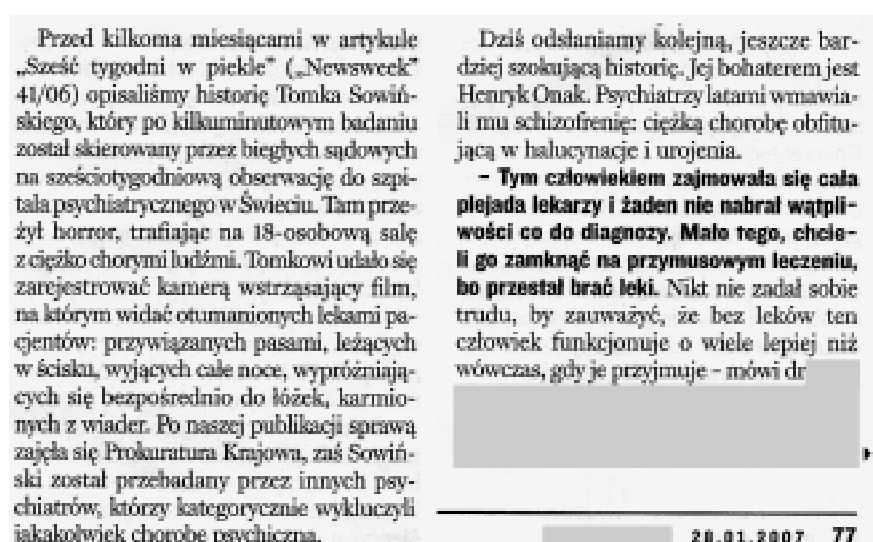
Czech walczy o życie
 Zakopane i szlachy przy Czech nie o jego zdrowiu tała uniwersytetu w...

Przyjdź jeszcze w styczniu do szkoły dla dorosłych

Kolejne żn
 Tragedia. Nie pomogła na

wcześniej historii pana Tomasza Sowińskiego, który był gościem konferencji w Szczyrku w 2006 r. – nakreślono obraz kilkunastoosobowej sali, gdzie otumanieni lekami pacjenci, przypinani pasami, w ścisku, wyją całe noce i wypróżniają się bezpośrednio do łóżek tym, czym lekarze ze Świecia nakarmił ich z wiader (rys. 3).
 Opisywano też dramatyczne skutki działania leków psychotropowych – pacjent czuł się po nich „okropnie, bolała go głowa i nie mógł spać”, ostatnie piętnaście lat pamiętał „jak przez mgłę”, bo „po takich lekach nie ma życia, chce się spać, skupić się nie można na niczym, dni przelatują przed oczyma jak jakiś film, świat widzi się jak przez

szybę, wszyscy się odsuwają, można zapomnieć, że warto żyć”. Nawet „psychiatrię toruńską” porównano do „katolicyzmu toruńskiego”. Dla równowagi dodano trochę optymizmu, bo psychiatrom, którzy zanegowali naszą diagnozę, „udało się podjąć skuteczną interwencję”. Sąd Rodzinny zmienił swoją decyzję o przymusowym leczeniu i powołał nowego biegłego, który potwierdził, że pan H. jest zdrowy psychicznie. Pan H. wziął sprawy w swoje ręce, uzyskał rozwód z żoną z jej winy, a teraz wspólnie z adwokatem opracowuje pozew cywilny przeciwko lekarzom oraz doniesienie do prokuratury, a jego sprawą zajmie się również sąd lekarski.

Rycina 2. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 2. Excerpts from press publicationsRycina 3. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 3. Excerpts from press publicationsRycina 4. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 4. Excerpts from press publications



- Musiałem sikać do butelki - pokazuje, co musiało mu zastąpić ubikację. Jego rzekoma choroba psychiczna to dzieło, jak twierdził, żony, która: „stawiała na głowie, żeby zrobić ze mnie wariata” i lekarzy, „bo wierzyli we wszystko, co ona mówiła”.

Rycina 5. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 5. Excerpts from press publications

Poza zarzutem, że z powodu błędnego rozpoznania schizofrenii niepotrzebnie leczymy zdrowego człowieka Fenactilem, dziennikarze podnieśli jeszcze inne zarzuty w stosunku do nas:

1. bez zastrzeżeń wierzyliśmy w informacje żony pacjenta, która od lat przekonywała nas, że jest on chory i niebezpieczny, miała na nas jakiś tajemny wpływ,
2. w ogóle nie rozmawialiśmy z pacjentem i nie słuchaliśmy, na jakie dolegliwości się skarżył,
3. pacjent na próżno tłumaczył, że choruje na reumatyzm i nie pozwalaliśmy mu leczyć się u innych lekarzy,
4. dążyliśmy do ubezwłasnowolnienia pacjenta,
5. groziło mu z naszej strony zamknięcie na całe życie w szpitalu psychiatrycznym w Świeciu.

Nie przyznajemy się do tych zarzutów.

Drugim negatywnym bohaterem artykułów była żona pacjenta – co do zarzutów jej stawianych, nie wiemy na ile są prawdziwe. W latach osiemdziesiątych kochankiem żony pacjenta był znany w okolicy czarownik. Gdy już pacjent zdecydował się pobierać leki psychotropowe musiał jeść kanapkę z margaryną i patrzeć na kochanka żony, który pałaszował ugotowany przez nią obiad. Na dowód swojej gehenny pacjent triumfalnie zademonstrował wobec kilkudziesięciu tysięcy czytelników butelkę po soku Pysio napełnioną w $\frac{3}{4}$ moczem, gdyż żona uniemożliwiała mu korzystanie z ubikacji (rys. 5).

Nadto okazuje się, że żona była też współwinna, że pacjent pobierał przez lata Fenactil – robił to ze strachu przed

na prośbę
człowieka.
ta Jarosz-
kowska
Ryc. 6
- Jednak przez 15 lat
przepisywano mi głów-
nie fenactil. To miał być
mój lek na wszystko
- wspomina [] - Bra-
lem, bo bałem się żony.
Sprowadzała tu przez lata różnych
czarodziejów z rodzinnych stron.

Rycina 6. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 6. Excerpts from press publications

Nasłuchałem się o wykańczaniu
na odległość i przy pomocy wody
utlenionej dolewanej do wódki. No,
co się dziwicie? Dlatego nigdy nie
piłem. Bałem się. Jak nie brałem
fenactilu, dzwoniła do psychiatry, a
ten wysyłał karetkę w asyście policji
i zaraz byłem w szpitalu. Dobrze, że
tym psychiatrom nie wspominałem
o tych czarach, bo bym już dawno
siedział w Świeciu na stałe. Ryc. 7

Rycina 7. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 7. Excerpts from press publications

nią, gdyż przez lata sprowadzała czarodziejów z rodzimych stron. Mało tego, pacjent nigdy z tego powodu nie pił, bo nasłuchał się o wykańczaniu na odległość i przy pomocy wody utlenionej dolewanej do wódki. Całe szczęście, że nie mówił psychiatrom o tych czarach, bo już dawno siedział w Świeciu na stałe (rys. 6, 7).

Nie czas i miejsce na polemikę z absurdalnymi informacjami podanymi w artykułach, ale poprzestaśmy na stwierdzeniu, że wszelkie dane personalne psychiatrów podawano obrazując je w niektórych przypadkach zdjęciami tych psychiatrów, a nawet dokumentów przez nich podpisanych (rys. 8).

KOMENTARZ

Błąd sztuki lekarskiej w dzisiejszym rozumieniu oznacza postępowanie sprzeczne z powszechnie obowiązującymi zasadami wiedzy medycznej. Jest to kategoria obiektywna, niezależna od konkretnej osoby, czy okoliczności, które są jedynie istotne dla ustalenia subiektywnego elementu winy lekarza. Przez wieki przyjmowano, że lekarz nie jest nieomylny, pewnych błędów nie da się uniknąć, więc odpowiedzialności cywilnej za błąd lekarski nie ponosi. Ewolucja pojęć pozwoliła uściślić pojęcie i zakres błędu lekarskiego, oddzielić go od winy w znaczeniu elementu subiektywnego, oraz odejść od postrzegania problemu odpowiedzialności lekarza przez pryzmat istnienia błędu.

Wojewódzki Ośrodek
znajdujący się przy ul. [redacted]
Toruń, dnia 08.04. 1991 r.
L. ka. gk. 291/91

PIERWSZY POBYT
w szpitalu [redacted]
zakończył się
rozpoznanem: schi-
zofrenia paranoidal-
na. Kolejni lekarze
nie mieli żadnych
wątpliwości co do tej
diagnozy

KARTA INFORMACYJNA
leczenia szpitalnego

Imię i nazwisko [redacted] 1944 r.
Adres [redacted]
Przebywał w szpitalu od 04.03.91 r. do 08.04.91 r.
W oddziale Psychiatrycznym męskim.
Rozpoznanie Schizofrenia paranoides.
Niedomykalność mitralna I°/II° NYHA

Rozpoznanie wstępne Schizofrenia paranoides
Wskazując na powyższe stwierdzam, że:
1. nieprzyjęcie Pana/Pani [redacted]
do szpitala psychiatrycznego spowoduje znaczne pogorszenie stanu psychicznego
2. Pan/Pani [redacted]
jest niezdolny/a do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych z powodu
choroby psychicznej a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu
psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia.
Świadectwo wydaje się do rąk wnioskodawcy [redacted]

Wioletta Jarosz-Nowakowska
Lecząca
specjalista psychiatra
7221531

ZAŁY SIĘ REALNYMI CHOROBYMI

Rycina 8. Fragmenty artykułów prasowych
Figure 8. Excerpts from press publications

Sądy koncentrują się raczej na badaniu, czy lekarz dołożył należytej staranności a mniej na kategorii błędu. Rodzaje błędów lekarskich są powszechnie znane (diagnostyczny, terapeutyczny, rokowania) [1]. Najdonioślejszy jest błąd diagnostyczny, bo wpływa na cały proces leczenia. Zwykle przyczynami błędów diagnostycznego są wadliwe przesłanki, na których oparł się lekarz.

Lekarz nie odpowiada, jeżeli w danych okolicznościach przedsięwziął wszystko, co jest konieczne i możliwe. Dotyczy to zwłaszcza przypadków nagłych. Tylko błąd zawi-

niony powoduje odpowiedzialność lekarza. Wiąże się ona z elementem subiektywnym winy.

Tak więc, jeżeli psychiatra rozpozna schizofrenię u osoby, która na nią nie choruje, bądź też nie rozpozna choroby tam, gdzie ona jest obecna – nie oznacza to automatycznie jego odpowiedzialności. Istotne są motywy takich a nie innych jego działań, należyta staranność, zgodność z aktualnymi standardami diagnostyczno-terapeutycznymi, a zwłaszcza obiektywnie poniesiona przez pacjenta lub inne osoby szkoda [1].

Mija ponad 100 lat odkąd po pojawieniu się pojęcia *de mentia praecox*, następnie *schizofrenia*, trwa dyskusja pomiędzy psychiatrami na temat zawartości grupy zaburzeń schizofrenicznych. Raz większą wagę przykładana się do przebiegu zaburzeń, innym razem podkreśla się ważność aktualnie stwierdzanych objawów lub konieczność wykluczenia innych czynników, które mogą powodować zaburzenia o obrazie schizofrenicznym [2]. Dziś w dobie ICD-10 i DSM-IV także między poszczególnymi ośrodkami, czy lekarzami nie ma (i nie może być) 100% zgodności rozpoznania [2]. Interpretacji kryteriów diagnostycznych zawsze dokonują ludzie i niewątpliwie szereg czynników może utrudniać postępowanie diagnostyczne. Klinicysta ustalając rozpoznanie nie uwolni się od wyobrażenia skutków tej diagnozy w różnych obszarach życia [3].

Wracając do naszego pacjenta, za Wciórka – „w przypadku schizofrenii późnej należy liczyć się z większą szansą, że na obraz choroby będą składały się uformowane i utrwalone urojenia o charakterze parafrenicznym przy małej dynamice przebiegu zaburzeń. Zaburzenia w tej sytuacji przewlekają się, choć ich wpływ dezadaptacyjny zwykle jest mniejszy” [2].

Kępiński doradza ostrożność przy diagnozowaniu schizofrenii późnej, kiedy struktura osobowości jest na tyle utrwalona, że „jej rozszczępienie staje się zgoła niemożliwe”. Podobnie jako trudne ocenia rozpoznanie schizofrenii w przypadku powolnego początku choroby, gdy z braku „dramatycznych objawów rozpoznaje się nerwicę lub zaostrezenie psychopatii” [4]. Jeśli dodać do tego, że wcale nie jest oczywista interpretacja czy nieprawdziwy sąd jest urojeniem czy też fałsz wynika z innych przyczyn, natomiast precyzja oceny formalnych zaburzeń myślenia jest dyskusyjna, oznacza to, że rozbieżności diagnoz dotyczących wątpliwych przypadków nie da się w każdym przypadku uniknąć, choć wymiana informacji między psychiatrami powinno te rozbieżności niwelować [5, 6].

Znowu odwołując się do Kępińskiego – skala odchylenia od rzeczywistości rozciąga się w schizofrenii „od fałszywej interpretacji (nastawienie urojeniowe, idee nadwartościowe), gdy świat chorego jest w zasadzie taki sam, jak innych ludzi, tylko jakby inaczej oświetlony, inne sprawy są w nim najistotniejsze – aż do całkowitego oderwania się od rzeczywistości i przeniesienia się w świat bliższy marzeniu sennemu, niż temu co wokół się dzieje” [4].

Bilikiewicz nie ma wątpliwości, że nie da się praktycznie odróżnić „czynnego procesu schizofrenicznego” od „wygąsłego defektu”. Równocześnie autor ten opisuje hipochondryczną postać schizofrenii (schizofrenia somatopsychiczna Bornsztajna), w której „liczne i nader uporczywe urojenia hipochondryczne służą choremu do zamaskowania niechęci do pracy i degradacji”. W ujęciu Bilikiewicza przypadki takie odpowiadają zespołowi o typie „*paranoia hypochondriaca* wyrosłemu na podłożu schizofrenii prostej” [7].

Diagnostyka różnicowa omawianego przypadku winna uwzględnić przede wszystkim uporczywe zaburzenia urojeniowe – różnicowanie w przypadku pana MH jest tu trudne, ponieważ analiza kilkunastoletniej dokumentacji nie dostarcza dowodów zaburzeń spostrzegania. Nadto, ocena urojeń hipochondrycznych, które były przyczyną hospitalizacji psychiatrycznych na początku lat dziewięćdziesiątych jako niedostosowanych kulturowo i całkowicie niemożliwych do

zaistnienia jest także problematyczna. Niewątpliwa oryginalność ich treści polegała na wiązaniu przewlekłej choroby infekcyjnej (której objawów mimo wielokrotnych badań lekarskich nie udało się potwierdzić) uniemożliwiającej wychodzenie na dwór, gdy jest zimno, ze „słabością cewki moczowej”. Obecnie pan MH nie wypowiada urojeń hipochondrycznych, pomijając podtrzymywanie sądów sprzed kilkunastu lat. Niemniej uważamy, że w przypadku pana M.H. za tym, aby kryteria ogólne schizofrenii uznać za spełnione, przemawia dzisiaj obecność spostrzeżeń urojeniowych (ujawniły je omawiane artykuły prasowe). Sposób modulowania afektu przez pana M.H. oceniamy jako wyraźne niedostosowanie i mniej wyraźne spłylenie, a wycofanie z relacji społecznych oraz z wcześniejszej aktywności utrzymujące się od czasu zachorowania równa się dla nas objawom negatywnym [8]. Dla ścisłości trzeba zwrócić uwagę, że w chwili kiedy pan MH zgłosił się po raz pierwszy do naszego ośrodka klasyfikacja ICD-10 jeszcze nie istniała i zmiana rozpoznania z *paranoia hypochondriaca* (pierwsze skierowanie do szpitala psychiatrycznego) na schizofrenię paranoidalną (pierwszy wypis ze szpitala) wynikało z przekonania lekarzy o obecności objawów rozszczępiennych (m.in. ewidentne objawy „ambi-”) z załamaniem linii życiowej [7]. Tak więc obowiązująca klasyfikacja ICD-10 nie daje w przypadku pana MH absolutnie pewnej drogi do różnicowania między schizofrenią paranoidalną i uporczywymi zaburzeniami urojeniowymi, bo niektóre interpretacje objawów wynikają z tradycji ośrodka. Również przebieg epizodyczny ze stabilnym deficytem nie pozwoliłby definitywnie wykluczyć nietypowego przebiegu uporczywych zaburzeń urojeniowych, chociaż te w zasadzie wiążą się z gorszą skutecznością farmakoterapii i z gorszym rokowaniem [2]. Może minimalnie większą pewność w omawianym przypadku daje różnicowanie schizofrenii z psychozą urojeniową według DSM-IV, chociaż stwierdzenie cechy dziwaczności czy dziwności urojeń lub zachowania także wnosi element subiektywnej oceny badającego [9]. Niemniej spośród kryteriów A wystarczy stwierdzenie urojeń i objawów negatywnych, a jeśli urojenia są dziwaczne to starczy tylko ten objaw do rozpoznania schizofrenii. W tej klasyfikacji natomiast podkreśla się znaczące obniżenie funkcjonowania zawodowego i w relacjach interpersonalnych w schizofrenii w porównaniu z okresem przed zachorowaniem, gdy zwykle w zaburzeniach urojeniowych omawiane dysfunkcje są mniejsze [10].

Różnicowanie w innych kierunkach jest już pewniejsze. Wieloletnie obserwacje nie pozwoliły stwierdzić u pana MH halucynacji – zatem można wykluczyć parafrenię. Obecność bynajmniej nieepizodycznych urojeń – początkowo hipochondrycznych, w późniejszym okresie ksbnych i prześladowczych, pozwala wykluczyć zaburzenia osobowości. Dobra reakcja na leki antypsychotyczne, w tym klozapinę stosowaną podczas dwóch hospitalizacji (raz w dawce dobowej do 500 mg, przy kolejnej hospitalizacji do 400 mg) wraz z brakiem deficytów intelektualnych wskazuje, że ewentualne organiczne uszkodzenie centralnego układu nerwowego nie jest zasadniczym podłożem zaburzeń. Pan MH nie nadużywał substancji psychoaktywnych, a stwierdzane różnymi badaniami nieprawidłowości somatyczne nie wystarczały do wyjaśnienia ujawnianej symptomatologii – zatem także z tych względów można

wykluczyć odpowiadające tym przyczynom zaburzenia psychotyczne [7, 8].

Uważamy, że opisana perspektywa diagnostyczna najlepiej pozwala zrozumieć omawiany przypadek. Niemniej jesteśmy także przekonani, że niewątpliwym jest psychotyczny charakter zaburzeń, natomiast powstrzymalibyśmy się od narzucenia naszej diagnozy schizofrenii jako jedynej możliwej. Pacjent niestety przed wizytą u psychiatry nie dostosowuje swoich wypowiedzi i zachowania do obowiązujących kryteriów diagnostycznych co potrafi utrudnić pracę psychiatry. Jednak nikt i nic nie uwolni psychiatry od odpowiedzialności za możliwie optymalne dla pacjenta decyzje. A w przypadku pana MH uważamy za jak najbardziej wskazane dążenie w zgodzie z obowiązującą Ustawą o OZP do przekonania go o korzyściach płynących ze stosowania leków antypsychotycznych w jego sytuacji – zwłaszcza przy aktualnej dostępności leków atypowych. Dopóki nie wykracza to poza obowiązujący porządek prawny nie można dążeń takich oceniać jako błędów w sztuce [11].

WNIOSKI

1. Nasze doświadczenia z ostatniego roku wskazują, jak ważne pozostają w szybko zmieniającym się świecie, stare reguły określające relacje pomiędzy lekarzami. Uważamy, że kiedy podejmujemy się weryfikacji rozpoznania postawionego przez innych psychiatrów, konieczne jest przeanalizowanie oryginalnej dokumentacji medycznej w celu poznania motywów i przesłanek, którymi kierowali się ci lekarze, czego w opisywanym przez nas przypadku zaniechano.
2. W sytuacji konfliktu w rodzinie pacjenta, w naszym przekonaniu rozsądek nakazuje, zachować dystans i krytycznie oceniać fakty podawane przez obie strony tego konfliktu. Przyjęcie czarno-białego obrazu takiego kon-

fliktu i przyznanie pełnej racji jednej ze stron grozi przejęciem urojonych poglądów na temat zachowań innych lekarzy.

3. Wszelkie categoryczne oświadczenia w mediach wygłaszane przez lekarzy a dotyczące pracy innych lekarzy w praktyce uniemożliwiają późniejszą dyskusję merytoryczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Nestorowicz M. Prawo medyczne. Toruń: „Dom Organizatora”; 1998: 95–98.
2. Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 2002: 213–236, 250–276, 332–341, 719–723.
3. Kamińska K, Izdebski S, Kozieł J. Kontrowersje diagnostyczne wokół rozpoznania schizofrenii u osoby przejawiającej zachowania antisocjalne. Post Psychiatr Neurol. 2005; 14, suplement 1(20): 91–95.
4. Kępiński A. Schizofrenia. Kraków: Sagittarius; 1992. s. 13–42.
5. Grzywa A. Omamy i urojenia. Wrocław: Urban & Partner; 2000. s. 80–86, 179–257.
6. Czernikiewicz A. Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2004. s. 19–34.
7. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. Wyd. IV. Warszawa: PZWL; 1969. s. 220–222, 531–548.
8. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
9. Scully J.H. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 1998. s. 63–71.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. s. 283–287, 296–301.
11. Rzewuska M. Leczenie zaburzeń psychicznych. Warszawa: PZWL; 2003. s. 196–200, 393–395, 400–401.

Wpłynęło: 03.01.2008. Zrecenzowano: 24.01.2008. Przyjęto: 28.02.2008.

Adres: Jan Kozieł, ul. Prosowa 30 87-100 Toruń, e-mail: koziellian@op.pl