

Czy artykuł 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wymaga uzupełnienia?

Rozważania na kanwie opisu przypadku

Does the 28th article of the Mental Health Protection Act need to be supplemented?

Consideration with reference to a case report

Natalia Pasierb, Robert Pudło, Katarzyna Girczys-Potędnik, Piotr Gorczyca

Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Wydział Lekarski w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2013; 8, 2: 84–87

Adres do korespondencji:

Natalia Pasierb
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii
Wydział Lekarski
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry
tel. +48 32 285 43 58
e-mail: natalia.pasierb@gmail.com

Streszczenie

Jednym z celów uchwalenia Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego jest zapewnienie możliwości leczenia bez zgody osób chorych psychicznie oraz diagnostyki osób z podejrzeniem choroby psychicznej. Zdarzają się sytuacje skomplikowane, w których zgodę na pobyt w szpitalu wyraża osoba spełniająca kryteria art. 24 ustawy. Zgodnie z prawem, osoba taka może zażądać wypisania ze szpitala nawet natychmiast po wyrażeniu zgody. Próba ochrony życia takiej osoby może stawiać lekarza w sytuacji konfliktu prawnego-etycznego, szczególnie gdy definicja psychozy jest wciąż sprawą otwartą. W opisanym przypadku, aby powstrzymać pacjenta przed wysoce prawdopodobnym samobójstwem, występowanie zawężenia sytuacyjnego w przebiegu zespołu presuicydalnego potraktowano jako psychozę.

Słowa kluczowe: przyjęcie bez zgody, zespół presuicydalny, prawo medyczne.

Abstract

One of the principal purposes of the Mental Health Protection Act is to provide patients with mental disease the opportunity for involuntary treatment or involuntary diagnostic and hospital observation for ones with suspected mental disease. It happens that a patient who fulfils the criteria of the 24th article consents to psychiatric hospitalization. Such a person can demand discharge from the psychiatric hospital from the doctor immediately after admission. The attempt of protection of the patient's life can be legally and ethically difficult for the psychiatrist, especially when the definition of psychosis is still not clear. The situation narrowness in the presuicidal syndrome has been looked upon as a psychosis.

Key words: involuntary commitment, presuicidal syndrome, medical law.

Wstęp

Jednym z celów uchwalenia Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (zwanej dalej ustawą) było zapewnienie możliwości leczenia bez zgody osób chorych psychicznie oraz diagnostyki osób z podejrzeniem choroby psychicznej (Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375). Hospitalizacja chorych psychicznie bez zgody

jest możliwa dzięki art. 23 i art. 29, natomiast art. 24 ustawy pozwala na przyjęcie do szpitala bez zgody osób spełniających kryteria behawioralne identyczne z kryteriami art. 23 ustawy, ale bez stwierdzonej choroby psychicznej.

Krótki pobyt, trwający początkowo 7 dni, a od czasu nowelizacji ustawy z dnia 31 lipca 1997 r. – 10 dni (Ustawa z dnia 31 lipca 1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. 1997 Nr 113, poz. 731),

wyraźnie wskazuje, że jego celem jest tylko potwierdzenie lub wykluczenie psychozy. Intencja ustawodawcy jest w tym punkcie w pełni czytelna i racjonalna. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na treść art. 28 ustawy, który pozwala na odmowę wypisania na własne żądanie, czyli zatrzymanie w szpitalu psychiatrycznym, osoby spełniającej wszystkie kryteria art. 23 ustawy, która wcześniej wyraziła zgodę na przyjęcie, ale wycofała ją w czasie pobytu w szpitalu. Tymczasem w praktyce klinicznej zdarzają się sytuacje bardziej skomplikowane, w których zgodę na pobyt w szpitalu wyraża osoba spełniająca kryteria art. 24 ustawy. Zgodnie z literą prawa, osoba taka może zażądać wypisania ze szpitala nawet natychmiast po wyrażeniu zgody. Wówczas próba ochrony życia takiej osoby może stawiać lekarza w sytuacji konfliktu prawnego-etycznego.

Termin „syndrom presuicydalny” wprowadził do psychiatrii E. Ringel, pionier suicydologii, który w 1948 r. założył pierwsze w Europie Centrum Zapobiegania Samobójstwom (Ringel 1987). Według niego prawie wszystkie czyny samobójcze dokonywane są w bardzo podobnym stanie psychicznym, a zespół presuicydalny jest pierwszym z czynników ostrzegających o zagrożeniu samobójstwem. Decydującymi elementami syndromu presuicydalnego są: zawężenie (sytuacyjne, a następnie dynamiczne), agresja hamowana i autoagresja oraz fantazje samobójcze.

Opis przypadku

Do szpitala psychiatrycznego przywieziono osiemnastoletniego pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Po osobistym zbadaniu pacjenta wyznaczony do tego lekarz podjął decyzję o natychmiastowej hospitalizacji z powodu zatrucia lekami i alkoholem w celach samobójczych (w wywiadzie kłótnia i rozstanie z dziewczyną). Pacjent zgodził się na przyjęcie, co potwierdził ustnie w obecności personelu i lekarza oraz swoją pisemną zgodą w historii choroby. W czasie pobytu ustalono rozpoznanie zespołu zależności alkoholowej oraz upośledzenia umysłowego w stopniu lekkim, co korespondowało z rozpoznaniem z poprzednich hospitalizacji. Po sześciu dniach od przyjęcia pacjent zażądał wypisu. W badaniu przeprowadzonym po żądaniu wypisu widoczne było wzmożone napięcie emocjonalne, drażliwość i agresja słowna. Pacjent deklarował zamiar podjęcia kolejnej próby suicydalnej tuż po opuszczeniu oddziału, mówił, że nie ma innego wybo-

ru i ma prawo zrobić ze swoim życiem, co mu się podoba. Nie był w stanie zrozumieć argumentów lekarza namawiającego go na kontynuowanie leczenia. Nie był w stanie podjąć rozmowy na żaden inny temat, nie dopuszczał rozważań na temat alternatywnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Nie prezentował przy tym jednoznacznych objawów wytwórczych w postaci omamów czy urojeń. Na podstawie całości obrazu klinicznego rozpoznano dekompensację stanu psychicznego na poziomie psychotycznym i zespół presuicydalny.

Pacjent został zatrzymany w szpitalu zgodnie z art. 28 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, powiadomiono sąd opiekuńczy. Następnego dnia po zatrzymaniu zaistniała konieczność zastosowania przymusu bezpośredniego poprzez zabezpieczenie pasami insulinowymi z powodu czynnej agresji wobec sanitariusza i innego pacjenta. Zmodyfikowano leczenie farmakologiczne poprzez zlecenie 5 mg haloperidolu i stopniowo wprowadzonej dawki 1500 mg walproinianu na dobę. Doraźnie w okresach pobudzenia, agresji lub niepokoju stosowano także diazepam i lorazepam. Po dwunastu dniach od zatrzymania pacjent został decyzją ordynatora oddziału wypisany do domu, gdzie miał pozostawać pod opieką matki. Przy wypisie był spokojny, prawidłowo zorientowany, w pełnym, logicznym kontakcie werbalnym, napęd był prawidłowy, nastrój wyrównany, nie zgłaszał myśli ani tendencji suicydalnych, nie stwierdzono objawów psychotycznych, deklarował chęć kontynuowania leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

Komentarz

Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego nie ma możliwości zatrzymania pacjenta bez jego zgody, jeśli przebywa on w szpitalu za swoją zgodą na podstawie art. 22 ustawy, a nie cierpi na chorobę psychiczną. Artykuł 28 ustawy jednoznacznie wymaga okoliczności określonych w art. 23 ust. 1, czyli zaburzenia pacjenta muszą osiągać poziom psychozy.

W opisywanym przypadku decyzja o zatrzymaniu pacjenta w szpitalu była bardzo trudna. Znane wcześniej było rozpoznanie upośledzenia umysłowego i zespołu zależności alkoholowej. Pacjent w momencie wycofania zgody na hospitalizację nie ujawniał omamów ani urojeń, jednak głębokość zaburzeń myślenia połączona z zawężeniem sytuacyjnym i silnymi emocjami (hamowaną agresją i autoagresją) w znacznym

stopniu upośledzały rozumienie rzeczywistości i sięgały poziomu psychozy. Jednocześnie precyzyjna definicja psychozy pozostaje sprawą otwartą. Wciórka definiuje psychozę jako zaburzenia psychiczne, w których z przyczyn chorobowych zagraża lub występuje wyraźne zaburzenie poczucia rzeczywistości, tzn. wyraźne ograniczenie lub niezdolność do krytycznej, realistycznej oceny rzeczywistości (własnej osoby, otoczenia lub relacji między nimi). Pisze też, że o zespole psychotycznym można mówić zarówno wtedy, gdy objawy są w pełni rozwinięte, jak i wtedy, gdy ich postać nie jest jeszcze w pełni skryształizowana – narasta dopiero lub już ustępuje (Wciórka 2010). Prowadzona w czasie Lubelskich Spotkań Naukowych dyskusja ekspertów pokazała, że nie ma pełnej zgodności nawet w kwestii stwierdzenia, kiedy depresja może być uznana za psychozę.

Większość autorów zgadza się, że rozpoznanie psychozy jako choroby wymaga stwierdzenia znacznego upośledzenia procesów postrzegania rzeczywistości, znacznego zaburzenia procesów emocjonalnych, myślenia i zdolności do dokonywania racjonalnych wyborów albo rażąco zaburzonego zachowania (Duda 2009). Występujące w przebiegu zespołu presuicydalnego zawężenie sytuacyjne jest w istocie utratą równowagi między warunkami życia a poczuciem własnych możliwości z towarzyszącym przekonaniem, że obecna sytuacja jest bez wyjścia. Istnieje ryzyko przekształcenia się zawężenia sytuacyjnego w dynamiczne, które prowadzi bezpośrednio do samobójstwa. Ringel porównuje stan psychiczny samobójcy do stanu hipnozy. W obu dominuje sfera emocjonalno-afektywna, a racjonalna refleksja jest praktycznie wyłączona. Twierdzi też, że w ramach zawężenia dynamicznego nastroje, myśli, formy obserwacji, percepcja, sposoby zachowania potencjalnego samobójcy idą w jednym kierunku, a widziany obraz jest zniekształcony, choć przez niego odbierany jako trzeźwy i rzeczowy. To, co wygląda na decyzję spokojną i przemyślaną, jest w rzeczywistości wyraźnym zawężeniem dynamicznym. Część autorów badających zjawisko samobójstw u osób upośledzonych umysłowo jest zdania, że występuje ono w tej grupie z podobną częstotliwością jak u osób z normą intelektualną i ma ono podobny charakter (Merrick i wsp. 2005a, 2005b). Jednak w innych badaniach jedna na trzy osoby upośledzone relacjonowała, że „nie warto żyć”, a ponadto 11% podejmowało w przeszłości próby samobójcze (Lunsky 2004). Fińskie badania obejmujące 35 lat i 2369 osób upośledzonych

wykazały, że kobiety upośledzone umysłowo są tak samo zagrożone samobójstwem jak pozostałe w populacji ogólnej, a ryzyko wśród mężczyzn w porównaniu z resztą jest trzy razy mniejsze. Ponadto większość suicydentów ma upośledzenie umysłowe lekkie i jest leczona z powodu współtowarzyszących mu zaburzeń psychicznych i emocjonalnych (Patja i wsp. 2001). Osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim często mają dość dużą zdolność przystosowania się do wymogów życia codziennego, na tyle dobrze radzą sobie w standardowych sytuacjach, że niepełnosprawność intelektualna nie jest często rozpoznawana, zjawisko to nazywane jest paradoksem niepełnosprawności intelektualnej (Komender 2011). Sytuacja zmienia się, gdy warunki zewnętrzne nagle ulegają zakłóceniu, stawia się takiej osobie zbyt duże wymagania, pojawia się poważny problem, uzależnienie – wtedy ujawniać się mogą deficyty: niestałość emocjonalna, impulsywność, ograniczona kontrola własnego postępowania, zaburzona ocena własnych możliwości i mniejsza odpowiedzialność (Kokoszka 2012). Zawężenie w zespole presuicydalnym u osoby upośledzonej umysłowo może prowadzić do dekompenсации i łatwiej niż u osób w pełni sprawnych intelektualnie osiągać poziom psychozy. Niemniej rozpoznanie zespołu presuicydalnego na poziomie psychotycznym jest bardzo trudne i zawsze może być podane w wątpliwość. Opisany przypadek ilustruje pewną lukę w przepisach ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Rodzi się pytanie, czy art. 28 ustawy nie wymaga uzupełnienia. Istnieje bowiem szereg sytuacji, w których wypisanie pacjenta do domu naraża go na bezpośrednie ryzyko utraty życia, a rozpoznanie psychozy nie zostało jeszcze ustalone. Jeśli art. 24 ustawy dopuszcza przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody osoby, która spełnia behawioralne kryteria art. 23, a rozpoznanie choroby psychicznej nie jest pewne, to wynikające z treści art. 28 ograniczenie możliwości zatrzymania w szpitalu osoby spełniającej te same kryteria behawioralne tylko do osób z rozpoznaną chorobą psychiczną sprawia wrażenie niekonsekwencji i rodzi istotne problemy medyczno-prawne. Nie sposób nie zadać pytania, czy osoba z podejrzeniem choroby psychicznej, spełniająca wszystkie kryteria zawarte w art. 24 ustawy, nie powinna zostać przyjęta do szpitala bez zgody natychmiast po wypisaniu na własne żądanie.

Zdaniem autorów niniejszej pracy, celowe byłoby poddanie pod dyskusję zasadności uzupełnienia art. 28 ustawy w taki sposób, by

wyeliminować wszelkie wątpliwości i niekonsekwencje. Można na przykład zaproponować następującą treść w art. 28: [...] *zachodzą okoliczności określone w art. 23 ust. 1 lub art. 24 ust. 1*. Oczywiście przy takiej zmianie treści art. 28 ustawy należałoby określić maksymalny okres obserwacji przed ustaleniem rozpoznania choroby psychicznej. Artykuł 24 pozwala na hospitalizację trwającą do 10 dni. W przypadku zatrzymania w szpitalu osoby przebywającej tam wcześniej za swoją zgodą konieczne byłoby ustalenie, czy ów okres 10 dni powinien się rozpoczynać z chwilą zatrzymania, czy z chwilą przyjęcia.

Piśmiennictwo

1. Duda J. Komentarz do ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Lexis Nexis, Warszawa 2009.
2. Kokoszka A. Postępowanie w stanach nagłych. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria. Tom III. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012; 385-405.
3. Komender J. Upośledzenie umysłowe – niepełnosprawność intelektualna. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011; 566-590.
4. Lunskey Y. Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. Res Dev Disabil 2004; 25: 231-243.
5. Merrick J, Merrick E, Lunskey Y, Kandel I. Suicide behavior in persons with intellectual disability. ScientificWorldJournal 2005a; 8: 729-735.
6. Merrick J, Merrick E, Morad M, Kandel I. Adolescents with intellectual disability and suicidal behavior. ScientificWorldJournal 2005b; 8: 724-728.
7. Patja K, Iivanainen M, Raitasuo S, Lönnqvist J. Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand 2001; 103: 307-311.
8. Ringel E. Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie. Glob, Szczecin 1987.
9. Wciórka J. Psychopatologia: objawy i zespoły zaburzeń psychicznych. W: Rybakowski J, Pużyński S, Wciórka J (red.). Psychiatria. Tom I. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010; 373-398.