

ETIČKE DVOJBE SUVREMENE PSIHIJATRIJE

ETHICAL DILEMMAS OF CONTEMPORARY PSYCHIATRY

PAVO FILAKOVIĆ, IVAN POŽGAIN*

Deskriptori: Psihijatrija – etika; Informirani pristanak; Prisilna hospitalizacija mentalnih bolesnika; Biomedicinska istraživanja – etika; Placebo; Sudska psihijatrija – etika

Sažetak. Etika se u modernoj psihijatriji, kao i u medicini općenito, temelji na dvije osnovne etičke tradicije: deontološkoj i teleološkoj. Dobra etička odluka poštuje i jednu i drugu tradiciju, a prethode joj etičke dvojbe motivirane potrebom da se bolesniku pruži ono najbolje što u danom trenutku jedna osoba može pružiti drugoj za njezino dobro. U članku su predstavljeni rezultati pretraživanja najnovije literature o etičkim dvojbama u psihijatriji. Opisane su etičke dvojbe u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi, uspostavljanju i održavanju terapijskog odnosa, psihijatrijskim konzultacijama, pribavljanju informiranog pristanka, postupanju s teškim opasnim poremećajima ličnosti, farmakološkim istraživanjima, forenzičkoj psihijatriji, prisilnoj hospitalizaciji te u angažiranju psihijatra u promociji duševnog zdravlja i u borbi protiv stigme duševne bolesti. Autori naglašavaju nužnost stalnog propitivanja etičkih problema u suvremenoj psihijatriji, kako zbog posebnog statusa psihijatrije kao potencijalno etički rizičnog područja u praksi, tako i zbog posebno intenzivnih farmakoloških istraživanja na oboljelima od duševnih poremećaja.

Descriptors: Psychiatry – ethics; Informed consent; Commitment of mentally ill; Biomedical research – ethics; Placebo; Forensic psychiatry – ethics

Summary. Ethics in the contemporary psychiatry, as well as in medicine in general, is based on the two core ethical traditions: deontological and theological. Good ethical decision takes into the consideration both traditions, and is preceded with ethical dilemmas to provide the best possible care to the patients in that moment. In the article are presented most recent research results of the literature about ethical dilemmas in psychiatry. Ethical dilemmas in everyday practice as well as compliance with the patients, psychiatric consultations, informed consent, treatment of personality disorders, pharmacological investigations, forensic psychiatry, forced hospitalisation, promotion of mental health, and dealing with the stigma of the mental diseases are showed in the article. The authors emphasize the necessity of constant questioning of ethical dilemmas in the contemporary psychiatry, because of the special status of psychiatry as a potentially risky field in practice, and because of intensive pharmacological investigations in psychiatric patients.

Liječ Vjesn 2008;130:26–30

Unutar medicine psihijatrija je uvijek doživljavana kao područje s potencijalno etički problematičnim odnosima. Etika u modernoj psihijatriji, kao i u medicini općenito, temelji se na dvije osnovne etičke tradicije: deontološkoj i teleološkoj. Deontološka tradicija naglašava obveze liječnika prema bolesniku i kao takva izvor je formiranja zakonskih i etičkih normi, koje reguliraju odnos liječnik-bolesnik. Teleološka tradicija propituje posljedice onoga što liječnik čini bolesniku, pozitivne ili negativne, bez obzira na to je li postupao po normama ili nije. Dobre etičke odluke u praksi uzimaju uvijek u obzir i jednu i drugu tradiciju. U istraživanjima na bolesnicima primjećuje se tendencija ograničavanja istraživača na deontološke obveze, dok su teleološke dimenzije etičkih odluka u drugom planu. To katkad ostavlja gorak osjećaj kod bolesnika da su iskorišteni kao pokusni kunići, premda potpisani obrasci informiranog pristanka pokrivaju sve poduzete aktivnosti istraživača. Zato su istraživanja u psihijatriji jedno od etički najproblematičnijih područja.^{1,2} Drugo potencijalno etički trusno područje je forenzička psihijatrija. Ona je dio identiteta psihijatrije i psihijatar ne može izbjeći obveze prema pravosudnom sustavu kada ga pozovu da svjedoči ili vještači u ime struke.^{3,4} Etičke obveze psihijatra ne ograničavaju se samo na njegov odnos s bolesnikom. On je obvezan štiti prava i interese bolesnika i

u zajednici te pružati otpor pokušajima onih koji imaju vlast da njega ili psihijatriju kao struku, stave u službu nečasnih političkih ciljeva.

Povijest etike u psihijatriji

Suvremena povijest etike u medicini pa i u psihijatriji, počinje s Nirnberškim kodeksom koji je uslijedio nakon »doktorskog procesa« – jednog od suđenja nacističkim zločincima poslije Drugoga svjetskog rata. Jedan od rezultata doktorskog procesa bio je i »Nirnberški etički kodeks« obznanjen 1947. godine. Premda nije obvezivao za nijednu zemlju ili organizaciju, on je presudno utjecao na medicinsku praksu diljem svijeta, a njegovih 10 načela ugrađeno je u sve kasnije etičke kodekse.^{5–9} Sedamdesetih godina je Svjetsko psihijatrijsko društvo zadužilo švedskog psihijatra Clarencea Blomquista, profesora medicinske etike na Insti-

* Klinika za psihijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Klinička bolnica Osijek (prof. dr. sc. Pavo Filaković, dr. med.; doc. dr. sc. Ivan Požgain, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. P. Filaković, Klinika za psihijatriju, Klinička bolnica Osijek, Huttlerova 4, 31 000 Osijek, e-mail: pfilakovic@mfos.hr, filakovic.pavo@kbo.hr

Primljeno 11. rujna 2007., prihvaćeno 7. veljače 2008.

tutu Karolinska u Stockholmu, da napravi nacrt deklaracije etičkih načela u psihijatriji. Ta su načela prihvaćena 1977. godine na Generalnoj skupštini tog društva na Havajima.¹⁰ Havajska deklaracija prvi je etički dokument koji je proizvela psihijatrijska profesija. Ona sadržava odgovore na pitanja o eksperimentiranju na duševnim bolesnicima, pri čemu se prvi put u povijesti traži obvezno potpisivanje informiranog pristanka prije uključivanja bolesnika u ispitivanje. Dopune Havajske deklaracije objedinjene su 1996. godine na Generalnoj skupštini u Madridu. U posljednju reviziju Madridske deklaracije 2005. godine, na skupštini u Cairu, uključen je i posebni odjeljak o zaštiti prava psihijataru da odbiju pritisak koji na njih vrše vladajući režimi kako bi preko njih postigli svoje političke ciljeve.⁹⁻¹¹

Etika u psihijatrijskoj praksi

Granice psihijatrije

Osnovna pretpostavka etičnog ponašanja psihijatra je dobro poznavanje struke, sredstava koja mu stoje na raspolaganju i granica unutar kojih provodi praksu. Nepoznavanje tih granica može rezultirati neetičnim postupcima. Nije, primjerice, etično »psihijatrizirati« karakterne osobine ljudi, način života, sklonosti, uvjerenja ili neke oblike ponašanja. Sve to ima svoje prave nazive izvan granica psihijatrije. Izgovor da neki oblici ponašanja imaju svoju dijagnozu u priručnicima za klasifikaciju bolesti nije dostatan. Dijagnoza ne znači uvijek bolest.¹² Zato se temeljno etičko načelo »primum non nocere« u psihijatriji odnosi i na postavljanje dijagnoze, koje može biti samo po sebi škodljivo.¹³⁻¹⁵ Velika ekspanzija dijagnosticiranja različitih psihijatrijskih poremećaja (anksiozni, depresivni, PTSP) otvara pitanje ne kriju li se iza tih dijagnoza različiti sociološki fenomeni, a njihove se žrtve upućuju na psihijatriju gdje im se ordiniraju psihofarmaci.¹⁶ Takvi se trendovi poklapaju s tržišnim interesom farmakoindustrije, kojoj odgovara ekspanzija dijagnosticiranja duševnih poremećaja i sve veća potrošnja psihofarmaka. Granice psihijatrije treba štiti i od vladajućih režima – totalitarnih i demokratskih. U literaturi se može pročitati kako su u Ruskoj Federaciji česte neopravdane prisilne hospitalizacije. U Kini se u »psihijatrijskim centrima« preodgajaju oponenti totalitarnog režima sediranjem, vezanjem, elektrokonvulzivnom terapijom i izgladnjivanjem. Katkad i demokratski režimi krše ljudska prava zloporabom psihijatrije i psihijataru (sediranje azilanata u azilima Australije, zlostavljanja u zaljevu Guantanamo i Abu Graib). Koliko je tek prikrivenih manipulacija psihijatrijom i psihijatrima s ciljem da oni neka stanja priznaju kao psihijatrijske poremećaje iako to nisu, a druga ne priznaju premda to zaslužuju te da preuzmu na sebe odgovornost za rješavanje društvenih pojava koje su proizvod negativnih društvenih trendova.⁹

Odnos bolesnik – psihijatar

Etika odnosa liječnik – bolesnik počinje učenjem. Klinička se etika najbolje uči uz krevet bolesnika. Nažalost, upravo takvog praktičnog treninga rješavanja etičkih dvojbi danas manjka na medicinskim fakultetima.¹⁷ Liječenje oboljelih od duševnih poremećaja često je opterećeno negativnim konotacijama prisile pri prijmu, davanju lijekova i ograničavanju kretanja. Liječnik psihijatar, za razliku od ostalih liječnika, često susreće bolesnike koji iz različitih razloga ne žele surađivati u liječenju, koji odbijaju razgovor ili si ne daju prići. Uvjeti za razgovor s takvim bolesnikom mogu biti vrlo nepovoljni. Kako se od bolesnika ne može

očekivati upravljanje takvim odnosom, to je na psihijatru da ima ili stekne osobine i vještine s pomoću kojih će očuvati svoj profesionalni identitet i funkciju, a istodobno uspješno upravljati odnosom liječnik-bolesnik. Te osobine su: visoki stupanj tolerancije prema agresiji, sposobnost svladavanja straha, strpljivost, suosjećajnost, poštovanje tuđeg mišljenja, a napose tolerancija tuđih etičkih načela te političkih i religioznih uvjerenja. Odnos bolesnik-liječnik nije jednokratni susret, nego se ponavlja i traje tijekom cijelog liječenja. To je otvoreni proces u službi liječenja bolesnika. Etička obveza psihijatra je njegovanje korektnih odnosa s kolegama i osobljem, zaštita interesa i prava oboljelih od duševnih poremećaja te prijenos stečenih znanja i vještina na studente i mlađe kolege.¹⁸

Informirani pristanak

Informirani pristanak na liječenje temelji se na načelu autonomije. Sadržava tri osnovna elementa: detaljnu informaciju o bolesti i metodama liječenja, dobrovoljnost i kompetentnost. Prije početka bilo kakvog medicinskog postupka bolesnik mora biti detaljno obaviješten o prirodi, neugodnostima, svrsi, koristi, prihvatljivim drugim mogućnostima i pravu da ne prihvati predloženo liječenje. Liječnik treba biti osposobljen za pomoć bolesniku u donošenju najbolje odluke objektivnim rangiranjem raspoloživih metoda liječenja. Pacijentov izbor mora biti autonoman, bez prisile i požurivanja, a na liječniku je da osigura bolesniku dovoljno informacija kako bi mogao donijeti pravilnu odluku. Nažalost, dio oboljelih od duševnih poremećaja, privremeno ili kroz duže vrijeme, nije kompetentan donijeti pravilan izbor u svoju korist. U tom se slučaju pokreće postupak za prisilno liječenje. Taj se postupak ne pokreće svaki put kad bolesnik odbije liječenje, nego samo onda kada bi izostanak pravodobne terapije doveo do neposrednog ugrožavanja života ili zdravlja bolesnika, odnosno ugrozio zdravlje, život ili imovinu drugih osoba. To uključuje i akutno suicidalne bolesnike, koji se podvrgavaju prisilnom liječenju kako bi im se pružila mogućnost da u tijeku terapijskog procesa promijene svoju odluku. Kronično suicidalni pacijenti, s racionalnim obrazloženjem svoje namjere da si oduzmu život, predstavljaju najveću etičku dilemu.^{18,19}

Psihijatrijske konzultacije

Psihijatrijske konzultacije na odjelima s oboljelima od tjelesnih poremećaja vrlo su česta pojava. Liječnik s takvog odjela poziva psihijatra kako bi riješio problem nastao u liječenju svog bolesnika, a koji on smatra psihijatrijskim. U pitanju može biti pogoršanje postojećega duševnog poremećaja ili pojava novog, ali puno češći razlog traženja konzultacija su emocionalne reakcije bolesnika na bolest (intrapersonalni konflikt), na uvjete liječenja (interpersonalni konflikt) ili odbijanje predloženog liječenja.²⁰ U takvim situacijama psihijatar se mora čuvati kako ne bi upao u zamku psihijatrizacije etičkog pitanja pa pristao psihijatrijskim metodama navoditi bolesnika da prihvati određenu metodu liječenja, protivno religioznim, kulturnim ili drugim uvjerenjima bolesnika. Psihijatar koji ne prepozna etičku zamku može bolesnika čak proglasiti nekompetentnim za davanje pristanka na liječenje. U tom slučaju radi se o pseudopsihijatrijskoj konzultaciji kojom se zapravo maskira etičko pitanje.²¹ Moguće su i pseudoetičke konzultacije. Eksplozivni razvoj kliničke etike i etičkih programa u bolnicama razvijenoj zemalja zapada iznjedrio je posebnu profesiju – »klinički etički konzultant«. To je u pravilu liječnik koji je do

datno educiran iz etike, ali koji ne mora uvijek raspolagati psihijatrijskim znanjima i vještinama. On na zahtjev kliničara rješava etičke dileme koje se pojave u tijeku dijagnostike i liječenja bolesnika. Takav klinički etički konzultant u opasnosti je da upadne u zamku pseudoetičke konzultacije, tj. da zbog neprepoznatog duševnog poremećaja rješava problem kao da je etički, a radi se zapravo o psihijatrijskom slučaju.²²

Liječenje teških i opasnih poremećaja ličnosti

Psihijatrijske ambulante nerijetko su mjesta agresivnog ponašanja, odbijanja pomoći ili neopravdanih zahtjeva osoba s teškim i opasnim poremećajem ličnosti. Zbog njihovih karakternih crta (nizak prag tolerancije na frustracije, impulzivnost, agresivnost, slaba kontrola nagonskih poriva) oni često svojim ponašanjem predstavljaju veliki rizik i za svoju i za sigurnost drugih osoba. Psihijatar je često u etičkoj dilemi, je li ponašanje osobe s teškim i opasnim poremećajem ličnosti ponašanje odgovorne osobe za koju su nadležni policija i sud ili je to ponašanje izraz psihopatologije pa takvu osobu treba, barem privremeno, smatrati nekompetentnom odlučivati o svojem najboljem interesu.²³ Drugim riječima, je li takvoj osobi još uvijek ostalo dostatno slobode u odlučivanju i samokontroli u ponašanju da se uz određeni napor može obuzdati u izvršenju djela ili je zbog duševnog poremećaja izgubila te sposobnosti, tj. je li ona unutar ili izvan etičke odgovornosti psihijatrijske struke. Treba li je prisiliti na liječenje ili tu odluku treba prepustiti sudu koji će pri procjeni uzeti u obzir i društvenu opasnost takvog ponašanja? U ovom drugom slučaju sud će uz pomoć vještaka psihijatra odlučiti treba li takvoj osobi uopće psihijatrijska pomoć, pod kojim uvjetima i u kojoj instituciji. Etički odgovor na ova pitanja dužan je dati psihijatar u svakom konkretnom slučaju, poštujući i deontološka i teleološka načela, svjestan da živi u društvu koje također ima pravo štiti građane od ponašanja takvih osoba.

Etika psihijatrijskih istraživanja

Etički slabe točke psihijatrijskih istraživanja

Farmakološka istraživanja u psihijatriji daju značajan doprinos dojamu o potencijalnim etičkim rizicima u psihijatrijskoj struci. Posebno se to odnosi na istraživanja na oboljelima od shizofrenije i Alzheimerove bolesti.²³ Prema Emanuelu i sur.²⁴ u istraživanju na ljudima mora biti ispunjeno 7 etičkih zahtjeva: 1) istraživanje mora biti društveno ili znanstveno vrijedno; 2) mora biti znanstveno valjano; 3) izbor ispitanika mora biti nepristran u svakom pogledu; 4) omjer koristi i štete mora biti povoljan; 5) mora postojati nezavisni nadzor istraživanja; 6) prije početka istraživanja mora se dobiti informirani pristanak i 7) istraživač se mora odnositi prema potencijalnim i uključenim ispitanicima s dužnim poštovanjem. Koje su etički slabe točke istraživanja u psihijatriji? Zbog velike prevalencije duševnih poremećaja, psihijatrija je vrlo privlačno područje istraživanja za farmakologiju. Ovo samo po sebi ne bi bilo upitno kada bi psihijatrija imala može postavljati etiološke dijagnoze i kada bi imala strogo objektivne instrumente za dijagnostiku, procjenu terapijskog učinka i procjenu nuspojava. Nažalost, većina psihijatrijskih poremećaja definira se kao sindromi, a ne kao klinički entiteti s etiološkom podlogom. Dijagnoze se postavljaju na temelju prihvaćenih kriterija. Dijagnostički su instrumenti upitnici, koje popunjava liječnik na temelju promatranja ispitanika ili sam ispitanik na temelju samopromatranja. Zato, kako bi se izbjegla sumnja u znanstvenu va-

lanost istraživanja, mora se inzistirati na transparentnosti svake faze – od sklapanja ugovora o istraživanju, preko uključivanja ispitanika i provedbe istraživanja do njegova zaključenja i daljnjeg praćenja sudbine ispitanika. Za to se brinu lokalno i državno etičko povjerenstvo, ali i nezavisna međunarodna tijela za promet lijekova i nadzor farmakoloških istraživanja (EMEA, FDA). Psihijatrijski bolesnici imaju manja ili veća kognitivna oštećenja, koja, manje ili više, dovedu u pitanje njihovu punu sposobnost davanja informiranog pristanka pa je etička odgovornost istraživača pri uključivanju psihijatrijskog bolesnika u istraživanje veća nego u drugim granama medicine. Naposljetku, danas se psihijatrijskim farmakološkim istraživanjima sve više pridodaju aneksi za genomička istraživanja (shizofrenije, demencije, afektivnih poremećaja) u cilju stvaranja biobanke za farmakogenomičke analize. Za njih je doduše potreban posebni pristanak pacijenta, ali se opet postavlja pitanje njegovih kognitivnih kapaciteta da shvati dalekosežne posljedice takvih istraživanja. Osobito je upitno poštivanje načela autonomije kada zbog nesposobnosti bolesnika, pristanak na istraživanje potpisuje skrbnik ili ovlašteni opunomoćenik.^{25,26}

Primjena placeba u psihijatrijskim istraživanjima

Pri primjeni placeba četvrtina ili polovica bolesnika uključenih u istraživanje biva tjednima ili mjesecima uskraćena za učinkovito terapijsko sredstvo. To kod oboljelih od duševnih poremećaja može katkad biti rizično (pogoršanje bolesti, agresija, samoubojstvo itd.). Postoje različite učinkovite mjere za svođenje tog rizika na minimum. Ipak, ostaje sumnja javnosti pa i etičkih povjerenstava. To potiče psihijatre na krajnji oprez upravo pri tako dizajniranim istraživanjima. Protivnici placeba često zaboravljaju da svako terapijsko sredstvo, pored dokazanog farmakološkog, ima i dodatni placebo učinak, i to od 23 do 50%, jednako kao i farmakološki nedjelotvorni placebo.^{26,27} Razlučiti pravi farmakološki učinak nekoga terapijskog sredstva od njegova placebo učinka može se samo uz kontrolu placebo učinka nedjelotvornog sredstva. Drugi argument u prilog placebo jest da se takva istraživanja rade na ograničenom broju bolesnika u strogo kontroliranim uvjetima, pa je rizik od štete puno manji nego da nekom odobrenom terapijskom sredstvu, bez prethodne kontrole placebo izložimo cijelu populaciju bolesnika.^{27,28} Prigovori primjeni placeba su: zanemarivanje moralne obveze liječnika: »Pomoći, a ne škoditi« te kontroverze oko mentalne kompetentnosti ispitanika. Protivnici primjene placeba navode alternativne znanstvene dizajne i statističke analitičke metode koje mogu eliminirati ili barem umanjiti primjenu placebo općenito, a posebno u psihijatrijskim istraživanjima. Većina se priklanja stavu: primjena placeba da, ali samo onda kada nema drugih načina provjere terapijske učinkovitosti i sigurnosti sredstva u ispitivanju.²⁹

Etika u forenzičkoj psihijatriji

Forenzički psihijatar nalazi se u procijepu između psihijatrije i prava, dvije discipline temeljene na različitim etičkim vrijednostima. Cilj kliničke psihijatrije je pomoći bolesniku u skladu s načelima i vrijednostima humane medicine, a cilj pravosudnog sustava je riješiti određeni slučaj na načelima istine i pravde. Ove razlike su česti izvor etičkih dilema u forenzičkoj praksi, osobito ako se ne poznaju forenzička etička načela i smjernice. Njihovo nepoznavanje može kompromitirati kredibilitet psihijatra u sudnici i njegovu profe-

sionalnu reputaciju.³⁰ U stručnim forenzičkim krugovima stavovi o ulozi forenzičkog psihijatra su podijeljeni. Dok jedni smatraju da forenzički psihijatri kao pripadnici kliničke medicine, trebaju imati izraženiju terapijsku ulogu, dotle je mišljenje drugih da forenzički psihijatri primarno trebaju služiti potrebama pravosudnog sustava.³¹ Unatoč razlikama, mnoga načela u kliničkoj i forenzičkoj etici se preklapaju. Forenzički psihijatri kao i kliničari moraju u prvom redu poštovati dostojanstvo i autonomiju osobe. Terapijska uloga psihijatra u forenzičkoj situaciji svodi se na obvezu prijavljivanja psihopatološkog stanja koje zahtijeva neodgodivi psihijatrijski tretman. On ima obvezu o tome obavijestiti i ispitanika i druge sudionike sudskog postupka te poduzeti sve potrebno da takav ispitanik dobije pravodobnu psihijatrijsku skrb. U forenzičkoj praksi postoji mogućnost utjecaja i pravosudnog sustava na vještaka (poštovječanja vještaka s pravosudnim sustavom) i vještaka na pravosudni sustav (pretjerana psihopatologizacija ispitanikova ponašanja). U pitanju su često nesvjesno determinirani mehanizmi. To ne umanjuje odgovornost psihijatra, jer on ima obvezu raditi na sebi kako bi bio u stanju prepoznati svoje nesvjesne tendencije.³²

Prisilna hospitalizacija

Premda je prisilna hospitalizacija za neke bolesnike s težim duševnim smetnjama najučinkovitiji i nuždan način liječenja, provedba prisilne hospitalizacije spada u vjerojatno najteža i najmučnija iskustva svakog psihijatra praktičara. Kako je to najosjetljivije pitanje ljudske egzistencije, razumljivi su strahovi od zlorabe ove ovlasti u psihijatrijskoj praksi. Prema Havajskoj deklaraciji Svjetskoga psihijatrijskog udruženja iz 1977. godine, u točki 5. se navodi kako se »niti jedan postupak ili oblik liječenja ne smije provoditi suprotno ili neovisno o bolesnikovoj vlastitoj volji, osim ako on zbog duševne bolesti ne može prosuditi što je za njega najkorisnije, a izostanak tog liječenja mogao bi ozbiljno nauditi i njemu i drugima«. Za psihijatra ne predstavlja veći problem donošenje odluke o prisilnoj hospitalizaciji kad pred sobom ima psihotičnog pacijenta koji pokazuje suicidalne ili homicidalne tendencije. Međutim, postavlja se pitanje kako se postaviti prema osobi koja je dugotrajno bolesna, primjerice od shizofrenije, nije ni heteroagresivna ni autoagresivna, a odbija podvrgnuti se psihijatrijskom liječenju. Etički su upitne i neke »dobrovoljne hospitalizacije« pacijenata nagovorenih na bolničko liječenje. Neki autori smatraju da su takva nagovaranja »rafinirani oblici prisile« i kako bolesnici prihvaćaju hospitalizaciju samo kako bi udovoljili terapeutu ili obitelji.³³ Postupak prisilne hospitalizacije je strogo zakonski reguliran. Psihijatriji je ipak ostavljena mogućnost višednevnoga prisilnog zadržavanja i liječenja bolesnika do konačne odluke suda. U nekim zapadnim zemljama u tom se razdoblju terapijski intervenira samo u krajnje hitnim situacijama, što je opet etički upitno, jer može biti u suprotnosti s načelom dobrobiti bolesnika i njegova najboljeg interesa.³⁴

Stigma duševne bolesti kao etički izazov

Stigma je negativni biljeg temeljen na predrasudama o duševnim bolesnicima kao manje vrijednim, opasnim, nepredvidljivim i opterećenim lošim genima.³⁵ Oboljeli od duševnih poremećaja često više pate zbog stigmatizacije nego zbog simptoma bolesti. Sartorius i Shultze (2005.) zorno su prikazali model razvoja stigmatizacije preko stigmatizacijskih ciklusa koji u krug pogoršavaju stigmom. Po-

lazište stigmatizacije je u prepoznatljivu biljegu po kojem se duševni bolesnik može identificirati. Taj se biljeg onda puni negativnim sadržajima temeljenim na predrasudama sredine. Tako nastaje stigma koja dovodi do negativne diskriminacije bolesnika. Negativna diskriminacija osujećuje bolesnika u ostvarenju većine kratkoročnih i dugoročnih socijalnih ciljeva pa on gubi samopouzdanje, osjeća krivnju, gubi još više na sposobnostima, priznaje poraz i sam se dodatno stigmatizira pa znakovi njegove bolesti (izvorni biljeg) postaju još vidljiviji, a stigma se pojačava. Obitelj takvog bolesnika pak osjeća stid, krivnju i zabrinutost, zbog čega postaje disfunkcionalna i manje otporna na socijalna opterećenja pa time i manje sposobna pružiti potporu oboljelim članu. Psihijatrijska ustanova iz istih razloga, a osobito zbog predrasuda o duševnoj bolesti, biva također uvučena u krug vrijednosnog poniranja zajedno sa svojim bolesnicima te stječe reputaciju neučinkovite institucije. To joj smanjuje financijsku potporu društva pa se uvjeti rada u njoj pogoršavaju, osoblje postaje nezadovoljno, kvaliteta usluga opada, a stigmatizacija ustanove se u krug pogoršava. Ovi stigmatizacijski ciklusi se uzajamno prožimaju i potenciraju, ometajući ostvarenje i ljudskih i bolesničkih prava duševnih bolesnika u tolikoj mjeri da nerijetko njihov društveni položaj i uvjeti u kojima se liječe, postaju pravi društveni anakronizam. U borbi protiv stigme uspješno se može intervenirati u bilo kojoj točki tih ciklusa.³⁶ Psihijatrijske ustanove u Hrvatskoj još uvijek su najlošije opremljene, smještene u podrumu ili barakama, obično na rubu ili izvan bolničkog kruga ili čak izvan naselja, a oni koji odlučuju o njihovoj sudbini još uvijek ih doživljavaju kao mjesta za čuvanje duševno poremećenih i društveno opasnih osoba. Prema Sartoriusu i Shultzeu (2005.), stigma prikvačena duševnoj bolesti glavna je zapreka boljem liječenju i boljoj kvaliteti života i rada oboljelih od duševne bolesti, njihovih obitelji, zajednice u kojoj žive, ustanova i osoblja koje ih liječi. Stigma je vrlo štetna, a ima naznaka da, unatoč razvoju društva, medicine i psihijatrije, ona nastavlja rasti.³⁶ Srećom, toleriranje stigme je sve manje prihvatljivo za društvenu ekonomiju, jer je učestalost duševnih poremećaja sve veća i sve je veći ekonomski teret za zajednicu. Borba protiv stigme danas je ne samo veliki etički izazov nego i društveno poticana nužnost, koja bi trebala rezultirati povratom ljudskog dostojanstva ovoj kategoriji bolesnika i ustanova u kojima se oni liječe.

Zaključak

Stalno propitivanje etičkih dilema u suvremenoj psihijatriji nužno je zbog posebnog statusa psihijatrije kao etički potencijalno rizičnog područja. Posebnu pozornost treba usmjeriti na istraživanja u psihijatriji. Brojne etičke dileme prisutne su i u rutinskoj psihijatrijskoj praksi, osobito pri prisilnom zadržavanju i liječenju bolesnika te u području forenzičke psihijatrije. Etičke obveze psihijatra ne svode se samo na odnos s bolesnikom nego obuhvaćaju obveze psihijatra prema kolegama i studentima te obveze u promicanju mentalnog zdravlja, zaštiti prava psihijatrijskih bolesnika u javnosti te u aktivnom sudjelovanju u borbi protiv stigme duševne bolesti.

LITERATURA

1. Barišić I, Mrunić-Dellamarina B, Hećimović S, Lujčić L, Gjergja-Matejić R. Etička promišljanja liječnika nekad i sad. *Pediatr Croat* 1999; 43(1) <http://www.paedcro.com>

2. *Lolas F.* Bioethical narratives: toward the construction of social space for moral imagination. *Int J Bioethics* 1996;7:53–5.
3. *Weinstock R, Leong GB, Silva JA.* Ethical guidelines. U: Rosner R (ed). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London: Oxford University Press; 2003, str. 57–72.
4. *Candilis PJ, Martinez R, Dording C.* Principles and narrative in forensic psychiatry: toward a robust view of professional role. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001;29:167–73.
5. *Bloch S, Pargiter R.* Codes of ethics in psychiatry. U: Bloch S, Chodoff P, Green Sa, ur. *Psychiatric ethics*. 3. izd. Oxford: Oxford University Press; 1999, str. 81–103.
6. *Peters UH.* Un siglo de psiquiatria alemana. *Rev Neuro-Psiquiatr* 2004; 3–4:127–62.
7. *Lifton R.* The Nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide. New York: Basic Books; 1986.
8. *Proctor RN.* Racial Hygiene: medicine under the Nazis. Cambridge: Harvard University Press; 1988.
9. *Lopez-Munoz F, Alamo C, Dudley M i sur.* Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: The ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatr* 2007;31:791–806.
10. *Okasha A.* The declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatr* 2003;2:2.
11. The Declaration of Madrid and its implementation. An update *World Psychiatr*. 2003;2(2):65–7.
12. *Hughes JC.* Psychiatric ethics. *Medicine* 2004, 1–3.
13. *McGorry PD, Yung A, Phillips L.* Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res* 2001; 51:17–29.
14. *McGlashan TH.* Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophr Res* 2001;51:47–54.
15. *Benatar SM, Bhutta Z, Daar AS i sur.* Clinical ethics revisited: responses (debate). *BMC Medical Ethics* 2001;2:2 <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/2>
16. *Double D.* The limits of psychiatry. *Br Med J* 2002;324:900–4.
17. *Roberts LW.* Becoming a good doctor: Perceived need for ethics training focused on practical and professional development topics. *Acad Psychiatry* 2005;29(3):301–9.
18. *Finkenbine R, Redwine B, Hardesty S, Carson WH.* Ethical approach in contemporary psychiatry: a pragmatic approach in a psychiatry access center. *Gen Hosp Psychiatr* 1998;20:231–4.
19. *Filaković P, Degmečić D, Kočić E, Benić D.* Ethics of the early intervention in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2007;19(3): 209–15.
20. *Leeman CP.* Psychiatric consultations and ethics consultations. Similarities and differences. *Gen Hosp Psychiatr* 2000;22:270–5.
21. *Lederberg MS.* Making's situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics* 1997;38:327–38.
22. *Wootton L, Fahy T.* Dangerous severe personality disorder: beyond the ethical boundary of psychiatry? *Psychiatry* 2006;6(2):52–5.
23. *Jacoby R.* Ethical and legal aspects of dementia. *Psychiatry* 2004; 3(12):33–4.
24. *Emanuel EJ, Wendler D, Grady C.* What makes clinical research ethical? *JAMA* 2000;283:2701–11.
25. *Molnar MJ, Bencsik P.* Establishing a neurological-psychiatric biobank: banking, informatics, ethics. *Cell Immunol* 2006;244:101–4.
26. *Scott YH.* Kim. Evidence based ethics for neurology and psychiatry research. *J Am Soc Exp NeuroTherapeutics* 2004;1:372–7.
27. *Khan A, Warner HA, Brown WA.* Symptom reduction and suicide risk in patient treated with placebo in antidepressant clinical trials: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:311–7.
28. *Keck PF jr, Welge JA, McElroy SL, Arnold SM.* Placebo effect in randomized, controlled studies of acute bipolar mania and depression. *Biol Psychiatry* 2000;47:748–755.
29. *Weiss Roberts L, Lauriello J, Geppert C, Keith J.* Placebos and paradoxes in Psychiatric research: An ethics perspective. *Biol Psychiatry* 2001;49:887–93.
30. *Simon RI, Gold LH.* Textbook of Forensic Psychiatry. Washington-London: The American Psychiatric Publishing; 2004.
31. *Appelbaum PS.* A theory of ethics for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:233–47.
32. *Goreta M, Peko-Čović I, Buzina N.* Psihijatrijska vještačenja. Knjiga prva: Kazneno pravo. Zagreb, Naklada Zadro, 2004.
33. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine br. 79/02.
34. *Ostojić D, Goreta M.* Značenje »informiranog pristanka« prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U: Goreta M, Jukić V, Turković K, ur. Psihijatrija i zakon. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1998.
35. *Ivezić S.* Stigma psihičke bolesti. *Medix* 2006;64:108–10.
36. *Sartorius N, Shultze H.* Reducing the stigma of mental illness. New York: Cambridge University Press; 2005.

REGIONALIZACIJA NEONATALNOG INTENZIVNOG LIJEČENJA Rezultati i iskustva Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka

REGIONALIZATION OF NEONATAL INTENSIVE CARE
Results and experience at the Department of Gynecology and Obstetrics of Rijeka University Hospital

IGOR PRPIĆ, HERMAN HALLER, OLEG PETROVIĆ, ROBERT KRAJINA,
PETAR VUKELIĆ, ALENKA VUKELIĆ-ŠARUNIĆ*

Deskriptori: Intenzivno liječenje novorođenčadi – organizacija i administracija; Perinatalna skrb – organizacija i administracija; Regionalni medicinski programi – organizacija i administracija; Mortalitet novorođenčadi; Novorođenčad vrlo niske porodne težine; Novorođenčad izrazito niske porodne težine

Sažetak. Cilj. Analiza mortaliteta novorođenčadi izrazito niske (ELBW) i vrlo niske (VLBW) porodne težine u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka u razdoblju prije, za vrijeme i nakon uvođenja promjena po načelima regionalizacije jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi. U Hrvatskoj taj model nije institucionaliziran pa dobiveni rezultati

* Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka (prof. dr. sc. Igor Prpić, dr. med.; prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.; prof. dr. sc. Oleg Petrović, dr. med.; dr. sc. Robert Krajina, dr. med.; Petar Vukelić, dr. med.; mr. sc. Alenka Vukelić-Šarunić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. I. Prpić, Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka, Cambierjeva 17/5, 51 000 Rijeka
Primljeno 20. srpnja 2007., prihvaćeno 12. veljače 2008.