

Eutanazja i psychiatria

Po okresie milczenia (lata powojenne) - od początku lat 80-tych sprawa eutanazji powraca systematycznie zarówno w mass-mediach, jak też w czasopismach specjalistycznych początkowo jako problem teoretyczny a w ostatnich latach praktyczny. W niektórych krajach bowiem, eutanazja stała się realnym faktem, w Holandii - jest akceptowana i stosowana na dużą skalę, są podejmowane działania zmierzające do formalnej jej legalizacji.

W Polsce pierwsza duża „fala” publikacji na temat eutanazji miała miejsce w 1996 roku i po trzech latach względnej ciszy pojawiła się następna seria artykułów (w tym kilka przekładów z czasopism zagranicznych) i wypowiedzi. W sierpniu br. opublikowano wyniki lipcowych badań CBOS (Gazeta Wyborcza, 27.08.1999r) przeprowadzonych wśród 1055 osób dorosłych (próba losowo - adresowa), z których wynika, że 42% badanych zaaprobowałoby postępowanie lekarza doprowadzające do śmierci nieuleczalnie chorego, 41% opowiada się za udostępnianiem pacjentowi środków umożliwiających mu samemu bezbolesne zakończenie życia, 45% - za spowodowaniem bezbolesnego zakończenia życia w chwili, gdy pacjent prosi o to świadomie, 55% - za odłączeniem aparatury, jeśli sam pacjent, będąc jeszcze przytomny prosi o to. W porównaniu z 1988 nastąpił 10% wzrost liczby zwolenników spełniania przez lekarzy woli chorych domagających się podania im środków powodujących śmierć.

Wyniki badań CBOS wskazują że nie unikniemy w naszym kraju pogłębionej dyskusji o eutanazji. Moja wypowiedź na ten temat jest obszernym fragmentem odczytu na posiedzeniu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 14 czerwca 1999r.

Zwolennicy i propagatorzy eutanazji powołują się na trzy podstawowe argumenty, które przemawiają za jej legalizacją, mianowicie:

- Eutanazja ma być przejawem współczucia i dążenia przyniesienia ulgi w cierpieniu nieuleczalnie chorym
- Chory ma prawo decydować o swoim leczeniu i losie włącznie z zastosowaniem środka skracającego życie
- Wolno pozwolić umrzeć choremu dotkniętemu trudnymi do zniesienia cierpieniami, gdy nie jesteśmy w stanie udzielić mu pomocy.

Przeciwnicy eutanazji przytaczają kilka grup dużej rangi przesłanek, są to m.in.:

- Zastrzeżenia etyczne, moralne, w tym z zakresu etyki lekarskiej
- Zastrzeżenia prawne
- Zastrzeżenia wynikające z przesłanek historycznych, zwłaszcza doświadczeń z niedalekiej przeszłości (III Rzesza)
- Zastrzeżenia, których źródłem jest wiedza lekarska.

W dalszej części tego artykułu zajmę się głównie czwartą grupą przesłanek tj. kliniczną stroną zagadnienia, a ściślej problemem: eutanazja oraz zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresyjne, pomijając oczywiście dla

mnie implikacje etyczne i moralne. Zdaję sobie sprawę ze sztuczności takiego „zabiegu”, bowiem przesłanek ściśle medycznych oraz działalności lekarskiej nie sposób oddzielić od zagadnień etycznych i moralnych. Postępuję tak jednak ponieważ sądzę, że również argumenty ściśle medyczne dobitnie wskazują na niedopuszczalność „kuracji holenderskiej” jako metody pomocy osobom chorym.

Zalegalizowanie i stosowanie w praktyce eutanazji wiąże się z włączeniem lekarzy do procesu pozbawiania życia:

- **w eutanazji biernej** - jest to świadome odstępianie od udzielenia dalszej pomocy osobom nieuleczalnie chorym lub w bardzo ciężkim stanie ogólnym, chociaż nie zawsze nieodwracalnym
- **w eutanazji czynnej**, dokonywanej bez zgody uśmiercanych osób - lekarz podaje choremu środek uśmiercający. W podejmowaniu decyzji uczestniczą niekiedy psychiatry, dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy osoba nie jest w stanie wyrazić swojej woli, ale żąda tego rodzina lub opiekunowie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych, dotkniętych otępieniem w przebiegu zwyrodnieniowych schorzeń o.u.n. (choroba Alzheimera i in.). Główną przesłanką decyzji o eutanazji (trudno tu jest mówić o jakiegokolwiek formie samobójstwa) jest tzw. niska jakość życia, w istocie zaś - przesłanki ekonomiczne (koszta opieki nad osobą niepełnosprawną). Ten tragiczny problem, nie będzie przedmiotem analiz w tym artykule. Został jednocześnie oceniony w przeszłości przez autorytatywne gremia międzynarodowe jako działalność zbrodnicza.
- **przy „samobójstwie w asyście lekarza”** (w istocie - przy pomocy) - lekarz na życzenie chorego udostępnia środek uśmiercający (zwykle nie jest to trucizna lecz lek, który w odpowiedniej dawce zabija). Tzw. „samobójstwo w asyście lekarza” wzbudza coraz większe zainteresowanie i niepokój psychiatrów - bowiem dotyczy ich bezpośrednio. Psychiatra staje się coraz częściej czynnym uczestnikiem dramatu i zaczyna ponosić bezpośrednią współodpowiedzialność za decyzje podej-

mowane przy tym wariacie uśmiercania (dotyczy to również licznych sytuacji przy eutanazji czynnej).

W 1995 roku 4,5% wszystkich zgonów w Holandii wiązało się z tzw. samobójstwem przy udziale lekarza. W świetle obowiązujących w tym kraju zasad lekarz może uczestniczyć w samobójstwie pacjenta, gdy osoba pragnąca umrzeć spełnia następujące warunki:

- domaga się śmierci dostatecznie długo i wyraża to żądanie w sposób w pełni świadomy i dobrowolny
- cierpienie jest trudne do zniesienia i nieuleczalne, bez realnej perspektywy udzielenia efektywnej pomocy.

Niezależne konsylium powinno zbadać osobiście pacjenta i zaakceptować taką decyzję, przebieg procedury zaś powinien być starannie udokumentowany, dotyczy to w szczególności: opisu motywów żądania pacjenta, szczegółowego przebiegu rozmowy z nim, przebiegu dyskusji uczestników konsylium oraz uzasadnienie opinii konsylium.

Kryteria holenderskie, które powinna spełniać osoba domagająca się zakończenia jej życia w asyście lekarza, dotyczy chorych somatycznie, mogą jednak znaleźć zastosowanie w odniesieniu do zdrowych fizycznie osób z przewlekłą depresją, u których uporczywe życzenie śmierci, trudne do zniesienia cierpienia oraz brak określonej perspektywy udzielenia efektywnej pomocy nie należy do cech osobiście rzadkich.

W 1994r Sąd Najwyższy w Holandii w związku z rozpatrywaną sprawą psychiatry Bondewiju Chabota, który uczestniczył w samobójstwie 50-letniej pacjentki (depresja związana z utratą dwóch synów) stanął na stanowisku, że w wyjątkowych sytuacjach nie tylko nieuleczalna choroba somatyczna, ale również trudne do zniesienia cierpienia psychiczne mogą uprawniać lekarza do udziału w samobójstwie pacjenta, przy czym raczej ciężkość cierpienia niż ich przyczyny mogą uzasadniać taką decyzję. Sąd Najwyższy realizację takiej możliwości obwarował następującymi warunkami:

- chory powinien mieć zapewnioną maksymalną pomoc w dążeniu do ulgi w jego cierpieniu

- w przypadku odmowy skorzystania z alternatywnych form pomocy - nie należy umożliwiać pacjentowi samobójstwa w asyście lekarza
- w decyzji powinni uczestniczyć eksperci, którzy osobiście zbadali pacjenta.

Przedstawiona w skrócie opinia Sądu Najwyższego, zgodna ze stanowiskiem Holenderskiego Królewskiego Stowarzyszenia Lekarzy, które wyrażało pogląd, że obecność objawów psychopatologicznych automatycznie nie pozbawia osoby chorej prawa do skorzystania z „dobrodziejstwa” samobójstwa przy udziale lekarza - stało się swoistą legalizacją takiego „samobójstwa” w odniesieniu do części osób chorych psychicznie, w szczególności chorych z depresją. Stanowisko takie podziela większość ankietowanych psychiatrów holenderskich (badania Groenwoud i wsp. 1997). Spośród 552 respondentów - 64% sądzi, że osoby chore psychicznie w szczególnych sytuacjach, mają prawo do samobójstwa w asyście lekarza, przy czym 35% ankietowanych (205 psychiatrów) uczestniczyło we wstępnej procedurze kwalifikacyjnej i w odniesieniu do 12 chorych wyraziło zgodę na ten rodzaj samobójstwa. Na szczególną uwagę zasługuje opinia większości respondentów, że to lekarz pierwszego kontaktu powinien ocenić stan kliniczny pacjenta i rozstrzygać o ewentualnej potrzebie specjalistycznej (psychiatrycznej) oceny jego stanu psychicznego.

Również przeprowadzone rok wcześniej badania ankietowe wśród 321 psychiatrów w stanie Oregon (USA) wskazują na dużą ich permissywność w odniesieniu do samobójstwa w asyście lekarza, mianowicie 68% respondentów sądzi, że jest dopuszczalne i opowiada się za legalizacją takiego postępowania, m.in. za udostępnianiem w szczególnych sytuacjach nieuleczalnie chorym leków umożliwiających odebranie sobie życia. Autorzy badań (Ganzini i wsp. 1996) są zaskoczeni tymi rezultatami, które wskazują na rażącą rozbieżność pomiędzy opiniami swoich kolegów i stanem współczesnej wiedzy o przyczynach i uwarunkowaniach samobójstw oraz o szczególnej roli depresji w tym dramatycznym zjawisku.

Dla dalszych rozważań celowe jest przypomnienie kilku podstawowych faktów z zakresu kliniki zaburzeń depresyjnych.

Depresja i samobójstwa

Depresja jako stan chorobowy jest zaburzeniem psychicznym, który obejmuje nie tylko stan smutku, przygnębienia i zniechęcenia, poczucie zmęczenia i zanik zdolności do działania, bezsenność i rozliczne dolegliwości somatyczne, ale również głębokie zaburzenia myślenia, których istotą jest depresyjna, nacechowana pesymizmem i poczuciem beznadziejności ocena teraźniejszości i przyszłości, często również przeszłości. Mamy tu do czynienia z obrazem zaburzeń myślenia, który można nazwać „światopoglądem depresyjnym”. Ustąpienie depresji często idzie w parze ze zmianą oceny sytuacji własnej, w postaci bardziej realistycznego jej postrzegania, pogodzenia się z realnie istniejącymi problemami, niekiedy z podejmowaniem próby ich rozwiązywania.

Zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci jest wspólną cechą stanów depresyjnych. U licznych chorych przybiera konkretne formy w postaci ujawnianych zamiarów samobójstwa, które część realizuje (przyczyną zgonu 15-25% osób z zaburzeniami afektywnymi jest samobójstwo). Przyczyny zamachów samobójczych chorych depresyjnych są złożone i wiążą się nie tylko z zaburzeniami nastroju i myślenia, ale często z nierozwiązalnymi, trudnymi problemami życiowymi. Nie ma prostej zależności pomiędzy ryzykiem samobójstwa i ciężkością depresji ocenianą na podstawie liczby i nasilenia poszczególnych objawów i cech tego stanu. Pokażna liczba samobójstw dokonywanych przez osoby z zaburzeniami afektywnymi zdarza się w okresie zdrowienia.

Depresja jako pełny zespół chorobowy lub jako cecha występuje u większości osób, które odbierają sobie życie (w świetle niektórych badań dotyczy to 90% dokonanych samobójstw). Dysponujemy coraz liczniejszymi przesłankami, które wskazują, że wczesne rozpoznawanie i poprawne leczenie depresji oraz zapobieganie nawrotom choroby może przyczynić się do wydatnego zmniejszenia

szenia ryzyka samobójstwa wśród osób dotkniętych zaburzeniami afektywnymi. Są też liczne dane, które dowodzą, że skuteczna pomoc terapeutyczna chorym depresyjnym przyczynia się do redukcji wskaźnika samobójstw w populacji ogólnej

Badania epidemiologiczne wskazują, że co najmniej 10% osób dorosłych co najmniej raz w życiu doświadcza zaburzeń nastroju i emocji, które pod względem nasilenia i długości utrzymywania się spełniają kliniczne kryteria depresji (osiągają więc nasilenie chorobowe). Częstość zaburzeń depresyjnych wzrasta wraz z wiekiem i u osób w wieku podeszłym jest prawdopodobnie dwukrotnie większa niż w wieku średnim. Zaburzenia depresyjne występują często w populacji chorych somatycznie, w niektórych schorzeniach ich rozpowszechnienie sięga 50%, w chorobach nieuleczalnych zaś jest jeszcze większe, przy czym obecność depresji wydatnie pogarsza rokowanie.

Ocena natury zaburzeń nastroju i myślenia w stanach terminalnych, w szczególności udzielenie odpowiedzi na pytanie czy występujące u chorego obniżenie nastroju, zniechęcenie do życia lub pragnienie śmierci są adekwatną reakcją na nieuleczalną chorobę będącą źródłem cierpienia (a więc mieszczą się w ramach tzw. normy) czy też należy je zakwalifikować do chorobowych zaburzeń nastroju typu depresyjnego bywa bardzo trudne, często niewykonalne. Z punktu widzenia klinicznego sprawa jest drugorzędna - w jednym i drugim przypadku choremu należy udzielić pomocy.

Współczesna psychiatria dysponuje pożądaną liczbą leków przeciwdepresyjnych, które umożliwiają efektywną pomoc terapeutyczną chorym z depresją. Nowe leki coraz szerzej dostępne, zapewniają większy komfort leczenia (mała liczba powikłań i objawów ubocznych) i mogą być stosowane u tych chorych z depresją i schorzeniami somatycznymi, u których klasyczne leki przeciwdepresyjne są przeciwwskazane. Szereg przesłanek wskazuje, że lata najbliższe przyniosą dalszy postęp w farmakologicznym leczeniu depresji. Należy podkreślić, że u znacznego odsetka chorych z depresją nie można ograni-

czyć się do farmakoterapii. U części niezbędna jest pomoc psychoterapeutyczna, która wydatnie wspomaga efekty działania leków przeciwdepresyjnych. Część chorych wymaga również pomocy środowiskowej.

Dużym problemem klinicznym i społecznym są długotrwałe, uporczywe zaburzenia depresyjne, w których leczenie standardowe jest nieskuteczne lub małoefektywne. Chorzy z depresją przewlekłą, zwykle o umiarkowanym nasileniu, jednak często ze zniechęceniem do życia i myślami samobójczymi, stanowią 15-25% populacji osób z zaburzeniami afektywnymi. Są to często osoby w wieku podeszłym. Wbrew rozpowszechnionym opiniom (również wśród psychiatrów) o nieuleczalności takich stanów - u części chorych następuje poprawa stanu zdrowia (niekiedy pełna remisja) w wyniku oddziaływań terapeutycznych, poprawy warunków socjalnych, u części zaś poprawa lub remisja spontaniczna (nawet po kilku latach utrzymywania się depresji).

W wielu krajach (m.in. w Polsce) obecność bezpośredniego zagrożenia życia związana z chorobą psychiczną uzasadnia leczenie bez zgody pacjenta, w przypadku depresji - wskazaniem do takiego postępowania są zagrażające życiu tendencje samobójcze. Przy takiej regulacji prawnej żądanie pozbawienia życia przez chorego z depresją (prośbą o tzw. samobójstwo w asyście lekarza) uznać należy za nieważne. Również z punktu widzenia klinicznego rozważania nad ważnością takiego żądania (świadoma zgoda) prowadzą do nikąd.

W dyskusjach nad miejscem psychiatrii i rolą lekarzy psychiatrów w sprawie legalizacji „samobójstwa w asyście lekarza” nie może być pominięty problem ich kompetencji, a ściślej ich wiedzy i doświadczenia w udzielaniu pomocy osobom nieuleczalnie chorym. Poza nielicznymi wyjątkami (psychiatry działający w hospicjach, stali konsultanci oddziałów onkologicznych), nader rzadko stykają się z nieuleczalnie chorymi, z osobami w stanach terminalnych. Kompetencje większości z nas są ograniczone, ekspertyzy w sprawie życzeń nieuleczalnie chorych często odzwierciedlają poglądy eks-

pertów nie zaś faktyczny stan kliniczny pacjentów. W odniesieniu do niektórych uczestników dramatycznego procesu uśmiercania „zgodnie z prawem” należy brać pod uwagę szczególnie rodzaj „infekcji psychicznej” w postaci opisywanego przez suicydologów zjawiska przejmowania przez udzielających pomocy osobom zagrożonym samobójstwem ich „suicydalnego obrazu myślenia o rzeczywistości”, w którym dominuje pesymizm i poczucie beznadziejności.

Analiza współczesnego stanu wiedzy o przyczynach i rozpowszechnieniu zaburzeń depresyjnych oraz opisywane okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o tzw. samobójstwie w asyście lekarza uprawniają do następujących wniosków:

- decyzje osób domagających się pomocy lekarzy, w pozbawieniu ich życia często wynikają ze szczególnego stanu emocjonalnego, który u licznych jest stanem spełniającym kryteria diagnostyczne depresji lub trudnym do różnicowania z depresją
- określenie czy domaganie się pomocy lekarza w samobójstwie jest w pełni świadome i „racjonalne”, czy też jest przejawem zaburzenia depresyjnego jest często trudne lub wręcz niemożliwe
- zniechęcenie do życia i pragnienie śmierci nie jest cechą trwałą i u wielu osób przemija
- w odniesieniu do licznych zaburzeń psychicznych, w tym depresji, pojęcie „nieuleczalności” nie ma zastosowania
- przy kwalifikowaniu chorych do omawianej w tym artykule szczególnej formy eutanazji, nawet przy przestrzeganiu „ściślejszych kryteriów” - istotne znaczenie przypada czynnikom subiektywnym, w szczególności poglądom uczestników konsyliów na temat eutanazji i dopuszczalności „samobójstwa w asyście lekarza”.

Lektura coraz obszerniejszego piśmiennictwa i wypowiedzi prasowych dotyczących eutanazji i tzw. samobójstwa w asyście lekarza skłania do smutnej refleksji, mianowicie większość zabierających głos w tej dra-

matycznej sprawie przedstawia swoje poglądy i argumenty natury filozoficznej, etycznej, prawnej. Do wyjątków należą publikacje, w których podejmowany jest problem pomocy nieuleczalnie chorym w końcowej fazie ich życia. Jeszcze mniejsza jest liczba badań dotyczących leczenia zaburzeń depresyjnych u nieuleczalnie chorych.

Wnioski

Eutanazja, której szczególną formą jest tzw. samobójstwo w asyście (ściślej - przy udziale) lekarza jest przejawem kryzysu współczesnej medycyny i polityki społecznej w rozwiniętych krajach świata:

- Kryzys medycyny wynika z bezradności w udzielaniu pomocy ludziom, którzy dzięki postępom medycyny żyją dłużej niż dawniej. Wdrażaniu nowych, efektywnych metod terapii nie towarzyszy adekwatny rozwój medycyny paliatywnej, systemu pomocy chorym w stanach terminalnych
- Wzrastające koszty świadczeń zdrowotnych ograniczają możliwość szerokiego ich udostępniania potrzebującym, dotyczy to zwłaszcza drogich metod terapii, które są dostępne wybranym grupom ludności z wyraźną dyskryminacją osób w wieku podeszłym oraz chorych nieuleczalnie
- Eutanazja jest też przejawem kryzysu rodziny, dla której opieka nad nieuleczalnie lub przewlekle chorym ojcem lub matką, współmałżonkiem lub dzieckiem jest „nadmiernym obciążeniem” psychicznym lub materialnym.

Dopuszczalność eutanazji, w tym „samobójstwa w asyście lekarza” narusza podstawowe standardy postępowania lekarskiego: zasadę ochrony życia, zasadę zaufania w relacji pacjent - lekarz, zaciera granicę pomiędzy leczeniem i zabijaniem. Sądzę, że lekarz, zwłaszcza psychiatra, ma prawo i obowiązek odmowy udziału w jakimkolwiek etapie działań zmierzających do uśmiercania chorych.