

Dylematy etyczno-prawne związane z hospitalizacją psychiatryczną kobiety w ciąży

Chosen ethical and legal dilemmas associated with the pregnant women psychiatric hospitalisation

Katedra Socjologii Prawa i Praw Człowieka, Instytut Socjologii KUL

Adres do korespondencji: Błażej Kmieciak, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Przeprowadzone w ciągu ostatnich kilku lat badania społeczne dowodzą, że coraz więcej Polaków korzysta z pomocy psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Do szpitali psychiatrycznych zgłasza się także coraz więcej pacjentek w ciąży. Nie tylko leczenie, ale cały proces hospitalizacji pacjentki w ciąży stanowi niezwykle wyzwanie dla personelu lekarsko-pielęgniarskiego. Psychiatryczna hospitalizacja pacjentki spodziewającej się potomstwa w sposób szczególnie musi uwzględnić fundamentalną w polskiej psychiatrii zasadę najmniejszej uciążliwości. Poniższy artykuł ma na celu ukazanie kilku dylematów, jakie wiążą się z leczeniem i opieką nad tą grupą pacjentek. Przedstawione zostaną przykłady związane z przymusową hospitalizacją, stosowaniem przymusu bezpośredniego oraz stosowaniem zabiegów elektrowstrząsów wobec pacjentek spodziewających się dziecka, a także zasady, jakich należy przestrzegać w trakcie wykonywania wspomnianych działań. Omówione zostanie również szczególnie delikatne zagadnienie dotyczące tzw. psychiatrycznych przesłanek uprawniających do wykonania aborcji. Zagadnienie to, komentowane głównie poza granicami naszego kraju, powinno być przeanalizowane także z perspektywy polskich przepisów prawa. Dlatego też w odniesieniu do proponowanego tematu, bazując na konkretnym kazusie, z jednej strony zostaną przedstawione informacje dotyczące polskich oraz zagranicznych podstaw prawnych uprawniających do dokonania aborcji, z drugiej – wyniki badań ukazujących wyraźnie niebezpieczeństwo legalizacji wspomnianych praktyk, co istotne – niebezpieczeństwo odnoszące się bezpośrednio do pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego pacjentki poddającej się zabiegowi przerwania ciąży.

Słowa kluczowe: szpital psychiatryczny, pacjentka w ciąży, przerwanie ciąży, przymusowe leczenie, prawa pacjenta, prawa człowieka

Summary

Sociological studies conducted over a few last years indicate that more and more Poles apply for psychiatric health care. Also more and more pregnant patients report to mental hospitals. Not only the treatment, but also the whole process of pregnant patients hospitalisation pose an unusual challenge for the physicians and nursing staff. Psychiatric hospitalisation of the pregnant women must involve the least disturbance, which is a fundamental rule in Polish psychiatry. The article below is aimed at portraying a few dilemmas which involve the care and treatment of the group of patients concerned. Some examples will be presented, relating to the compulsory hospitalisation, applying the direct coercion and electroconvulsive therapy to the patients expecting a baby, along with the principles which have to be observed during the mentioned procedures. Besides, the sensitive question of the so called psychiatric conditions entitling to perform an abortion will be discussed. This issue, discussed mainly abroad, has to be analysed also from the perspective of the Polish law. Therefore, in relation to the proposed topic, based on the specific case, the information will be presented about the Polish and foreign legal basis entitling to abortion on the one hand and the risk of the aborting women's aggravated mental health on the other hand.

Key words: mental hospital, compulsory hospitalisation, pregnant patients, abortion, patients' rights, human rights

WPROWADZENIE DO ZAGADNIENIA

Według ogólnych danych statystycznych na depresję choruje 10-20% kobiet w ciąży⁽¹⁾. Dane z raportu dotyczącego sytuacji zdrowotnej Polek w wieku 15-49 lat wskazują, że w 2006 roku ze stacjonarnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej korzystały 2384 kobiety⁽²⁾. Co ciekawe, podobne dane z 2005 roku dowodzą, że kobiety stanowią grupę dominującą wśród osób poddawanych zabiegom elektrowstrząsów (EW). Z analiz przeprowadzonych w tym samym okresie wynika, że EW u kobiet w ciąży wykonywano w ośmiu polskich ośrodkach psychiatrycznych⁽³⁾. Co istotne, wspomniana technika leczenia w dalszym ciągu spotyka się w społeczeństwie z silnym oporem. Nadal powszechna jest opinia, że zabiegi EW to tortury stojące w opozycji do standardów poszanowania praw i wolności człowieka⁽⁴⁾. Równie niepokojące opinie możemy usłyszeć na temat współczesnych psychiatrycznych placówek ochrony zdrowia. Szpital psychiatryczny wciąż wywołuje lęk związany z przeświadczeniem o wyjątkowej agresji prezentowanej przez osoby chore psychicznie. Ponadto placówki te wielu osobom kojarzą się z działaniami siłowymi, mającymi na celu unieruchomienie pacjenta, oraz z nadal stosowanymi archaicznymi sposobami leczenia⁽⁵⁾.

Z hospitalizacją psychiatryczną wiąże się wiele wątpliwości etyczno-prawnych nurtujących personel psychiatryczny coraz częściej leczący kobiety w ciąży. Warto wskazać na wybrane problemy oraz spróbować odpowiedzieć na kluczowe pytanie dotyczące praw kobiety w ciąży – pacjentki szpitala psychiatrycznego. W tym kontekście szczególnie istotne są dylematy związane z procedurą przyjęcia do szpitala bez zgody pacjenta, zasadami zastosowania przymusu bezpośredniego, podjęciem odpowiedniej procedury leczniczej oraz z tzw. psychiatrycznymi przesłankami do zabiegu przerwania ciąży. Powyższe kwestie zostaną omówione na podstawie dwóch przykładów.

PRZYPADEK PIERWSZY

Pacjentka w 14. tygodniu ciąży zażądała umożliwienia jej podania się zabiegowi aborcji. Utrzymywała, że ciąża powstała w wyniku gwałtu. Kobieta, przyjęta do szpitala bez swej zgody, cierpiała na schizofrenię paranoidalną. Z powodu braku dowodów świadczących o dokonaniu przestępstwa oraz znacznego zaawansowania ciąży pacjentce nie przysługiwało ustawowe prawo do jej przerwania. Od początku pobytu odbywała regularne konsultacje ginekologiczno-położnicze. Ze szpitala psychiatrycznego pod koniec ciąży została przeniesiona na oddział położniczy, gdzie urodziła dziecko.

PRZYPADEK DRUGI

Do szpitala psychiatrycznego została przeniesiona z oddziału ginekologicznego pacjentka będąca w 5. miesiącu ciąży. Przyczyną przewiezienia były poważne zachowania agresywne oraz autoagresywne. Po przyjęciu na oddział kobieta została unieruchomiona przez personel za pomocą pasów z powodu utrzymującego się silnego pobudzenia psychoruchowego.

Pacjentka chorowała od dłuższego czasu na schizofrenię. Ze względu na zaawansowaną ciążę oraz utrzymujące się objawy psychotyczne lekarze podjęli decyzję o rozpoczęciu procedury wnioskowania do sądu o zgodę na przeprowadzenie serii zabiegów EW. Zabiegi te okazały się jednak zbędne – po podaniu leków przeciwpsychotycznych w niskiej dawce odnotowano istotną poprawę stanu chorej.

DYLEMATY ZWIĄZANE Z PRZYJĘCIEM PACJENTA DO SZPITALA BEZ JEGO ZGODY

Uchwalona w 1994 roku Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (Ustawa o o.z.p.) uprawnia lekarzy do przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pacjenta bez jego zgody. Akt prawny oznacza jednak, że przymusowe leczenie można podjąć jedynie w ściśle określonych okolicznościach⁽⁶⁾. Art. 23 Ustawy podkreśla, że we wspomniany sposób może być przyjęta do szpitala osoba, której zachowanie wynikające ze zdiagnozowanej choroby psychicznej zagraża jej życiu i zdrowiu lub życiu i zdrowiu innych osób. Mowa tu więc o sytuacjach takich jak: czynna napaść na inną osobę, próba zaatakowania kogoś, planowanie dokonania zamachu samobójczego itp. Podstawą przyjęcia pacjenta na oddział psychiatryczny bez jego zgody może być także tzw. bezpośrednie bierne ryzyko stwarzające zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, na przykład szybko rozwijająca się psychoza lub depresja. Z kolei art. 24 Ustawy mówi o tym, iż bez jej zgody może zostać przyjęta osoba, która prezentuje określone zachowania, ale nie ma pewności, czy są one spowodowane chorobą psychiczną czy też, na przykład, zaburzeniem osobowości, które nie uprawnia do podjęcia przymusowego leczenia. W obydwu przypadkach do pacjenta przychodzi sędzia wizytujący i to on decyduje o dalszych działaniach. W przeważającej większości wypadków sędzia powołuje niezależnego lekarza psychiatrę, który ma stwierdzić, czy z medycznego punktu widzenia zasadne było przyjęcie pacjenta do szpitala bez jego zgody⁽⁷⁾. W przypadku przyjęcia pacjenta na obserwację, o której mówi przywołany art. 24 Ustawy o o.z.p., lekarze nie mogą podjąć leczenia bez zgody pacjenta, a pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni, chyba że biegły psychiatra lub lekarze w trakcie obserwacji zdiagnozują u pacjenta wyraźne objawy choroby psychicznej. W takiej sytuacji następuje zmiana kwalifikacji pobytu w szpitalu psychiatrycznym – kierownik szpitala, a w praktyce ordynator danego oddziału psychiatrycznego, zawiadamia sąd opiekuńczy o przyjęciu do szpitala chorego psychicznie bez jego zgody na podstawie art. 23 Ustawy o o.z.p.⁽⁸⁾

W przypadku omawianym jako pierwszy pacjentka miała prawo do informacji o przyczynach przyjęcia do szpitala bez zgody oraz do skontaktowania się z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Kobieta mogła również skorzystać z większości uprawnień przysługujących osobie hospitalizowanej. Mowa tu między innymi o prawie do uzyskania natychmiastowej pomocy medycznej w stanie zagrożenia zdrowia lub życia, informacji na temat planowanego leczenia, kontaktu z osobą bli-

ską, poszanowania godności oraz intymności itd. Fakt przyjęcia chorej do szpitala bez jej zgody nie jest w tym wypadku równoznaczny z całkowitym pozbawieniem jej prawa do decydowania o dalszym leczeniu⁽⁹⁾. Chora nie miała możliwości opuszczenia szpitala na własne żądanie, ale nie musiała wyrażać zgody na przykład na konsultację innego lekarza czy zastosowanie wobec niej diagnostyki psychologicznej lub zabiegów stwarzających podwyższone ryzyko. Oczywiście, mogła dobrowolnie poddać się takim działaniom. W świetle Ustawy o o.z.p. nie ulega wątpliwości, że lekarze mieli prawo przyjąć pacjentkę do szpitala bez jej zgody. U chorej już wcześniej zdiagnozowano schizofrenię. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami wynika, że pacjentka zasadniczo nie wykazuje jakiegokolwiek świadomości swojego stanu. Chora przez długie okresy w ciągu dnia potrafiła stać bez celu na balkonie. Pytana o ciążę stwierdzała, iż „w brzuchu na pewno ma piłkę”. Literatura przedmiotu zwraca uwagę, że występowanie mechanizmu zaprzeczenia u dotkniętych chorobą psychiczną pacjentek w ciąży może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla życia i zdrowia nie tylko płodu, ale także matki. Pacjentki w tym stanie często nie potrafią rozpoznać istotnych zmian zachodzących w organizmie w trakcie ciąży i błędnie interpretują sygnały rozpoczynającego się porodu⁽¹⁰⁾. Pacjentka co pewien czas powtarzała wypowiedziane przez jej rodziców żądania usunięcia ciąży powstałej w wyniku przestępstwa. Gdy wyjaśniono zainteresowanemu osobom brak podstaw prawnych do podjęcia takich działań, zażądano przeprowadzenia zabiegu ze względu na tzw. wskazania psychiatryczne.

Polska doktryna prawnicza zwraca uwagę, że szpital nie może arbitralnie zakazać wykonywania na swoim terenie zabiegu przerwania ciąży⁽¹¹⁾. Nie może tego uczynić zwłaszcza w sytuacji, gdy zgłasza się do niego pacjentka w stanie, w którym ciąża stanowi zagrożenie dla jej zdrowia lub życia⁽¹²⁾. Zgodnie z zapisami Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży o medycznych wskazaniach do przeprowadzenia aborcji nie może zadecydować lekarz, który ma dokonać tego zabiegu. W interesującym nas przypadku o wskazaniach psychiatrycznych powinien zatem zadecydować lekarz psychiatra. Innymi słowy, lekarz ten musi odpowiedzieć na pytanie, czy kontynuowanie ciąży może stanowić realne zagrożenie dla zdrowia bądź życia kobiety ciężarnej. W opisywanym przypadku żaden lekarz jednak nie stwierdził takiej sytuacji.

Zajście w ciążę spowodowało konieczność zmniejszenia dawek leków przyjmowanych przez pacjentkę, co mogło negatywnie wpłynąć na jej zdrowie oraz powodować stany zagrożenia dla życia i zdrowia. U pacjentki chorującej na schizofrenię istnieje ryzyko ponownego wystąpienia silnych objawów psychotycznych, które mogą zagrażać jej oraz innym osobom. W takich sytuacjach lekarze, jak już wspomniano, posiadają wszelkie prawo do hospitalizacji pacjentki bez jej zgody. Przymusowe leczenie ma w tym przypadku na celu ochronę zdrowia oraz życia zarówno pacjentki, jak i dziecka. Warto także podkreślić, że postępowanie to jest zbieżne z przyjętą w Polsce doktryną, zgodnie z którą życie dziecka w fazie prenatalnej stanowi tzw. wartość konstytucyjną⁽¹³⁾.

Brak możliwości przeprowadzenia aborcji z powodu tzw. przesłanek psychiatrycznych wynika także z obaw o stan zdrowia psychicznego pacjentki po przebyciu tego typu zabiegu. Aborcja bowiem, według opinii części specjalistów, może doprowadzić do pojawienia się reaktywnego zespołu depresyjnego⁽¹⁴⁾. Coraz częściej dochodzą do głosu specjaliści, między innymi przedstawiciele psychologii, zwracający uwagę na trzy rodzaje zaburzeń psychicznych, jakie mogą wystąpić po przebytej aborcji. Zaliczamy do nich: PAS (*post-abortion syndrome*) – zespół po-aborcyjny, PAD (*post-abortion distress*) – postaborcyjną rozpacz oraz PTSD (*post-traumatic stress disorder*) – zaburzenie stresowe pourazowe (lub zaburzenie stresu pourazowego)⁽¹⁵⁾. Badacze oraz terapeuci rodzinni podkreślają, że aborcja z dużym prawdopodobieństwem doprowadzi do wystąpienia zachowań depresyjnych i dużych trudności w życiu codziennym, wynikających z poczucia winy. Zaburzenia te powodują zwiększenie się odsetka osób popełniających samobójstwo w omawianej grupie pacjentek. W badaniach stwierdza się ponadto, że przebyta aborcja może w znaczący sposób pozbawiać kobiety kompetencji wychowawczych ważnych w opiece nad kolejnymi urodzonymi dziećmi. Kobiety te w wyniku zakorzenionego poczucia winy mają trudności z wyrażeniem uczuć. Co ciekawe, obserwacje takie nie tylko odnoszą się do opieki nad pozostałym potomstwem, ale również dotyczą relacji pacjentek z rodzicami wymagającymi wsparcia pielęgnacyjnego⁽¹⁶⁾. Z badań kobiet po przebytej aborcji wynika także, że niemal 100% z nich przeżywa po usunięciu ciąży długotrwały smutek, 92% doświadcza silnego poczucia winy, 81% ma obniżone poczucie własnej wartości oraz wciąż myśli o abortowanym dziecku, a 73% cierpi na depresję. Przebyty zabieg przerwania ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia choroby psychicznej – 25% kobiet dokonujących aborcji korzysta później z pomocy psychiatry. Ze wspomnianej grupy 39% chorych leczy się na anoreksję lub bulimię. Znacznie częstsze są także zachowania autoagresywne, na przykład nadużywanie alkoholu oraz narkotyków, a także samookaleczenie się. Kobiety dokonujące aborcji 6 razy częściej niż kobiety rodzące dokonują zamachów samobójczych. Uzależnienia we wspomnianej grupie zdarzają się 5 razy częściej niż po porodzie i 4 razy częściej niż po poronieniu, 30% kobiet po przebytej aborcji przerwania ciąży zapada na lekomanię⁽¹⁷⁾.

Zdaniem Camerona, autora popularnego podręcznika psychiatrii, zwiększenie się akceptacji dla zabiegu przerwania ciąży powoduje zmniejszenie się prawdopodobieństwa wystąpienia wyżej wymienionych zaburzeń⁽¹⁸⁾. Kolegium Royal College of Psychiatrists stwierdziło, iż „zagrożenie dla zdrowia psychicznego w wyniku aborcji w I trymestrze jest znacznie mniejsze niż to wynikające z kontynuacji ciąży w przypadku, gdy w ewidentny sposób może powodować ona u kobiety zaburzenia psychiczne”. Kolegium zrewidowało jednak w 2008 roku swój pogląd, zwracając uwagę, że trudno w sposób naukowy dowieść, jaka jest relacja pomiędzy zdrowiem psychicznym kobiety a zabiegiem aborcji. W związku z powyższym wydano zalecenie, w którym jasno zaznaczono konieczność dokładnego informowania pacjentki o możliwych negatywnych skutkach psychicznych, jakich może doświadczyć po zabiegu aborcji⁽¹⁹⁾.

Przedstawiona analiza wpływu aborcji na zdrowie psychiczne kobiety pokazuje, że przerwanie ciąży może mieć negatywne skutki w przywołanym zakresie. W interesującym nas przypadku pacjentki chorej psychicznie można wnioskować, iż negatywny wpływ byłby znacznie większy. Można podejrzewać wystąpienie z jednej strony ciąży rzekomej, z drugiej zaś – wspomnianych już zaburzeń stresowych pourazowych. Bez względu na stopień akceptacji aborcji (w Polsce 14% badanych jest za całkowitym zakazem takich zabiegów, 87% akceptuje aborcję w przypadku zagrożenia dla życia matki, 78% – gdy ciąża stanowi zagrożenie dla zdrowia matki, 78% respondentów uznaje aborcję za dopuszczalną, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa, a 60% – gdy dojdzie do zdiagnozowania u dziecka ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia⁽²⁰⁾) jej przeprowadzenie może wywołać silną traumę, która z kolei może zostać wzmocniona przez istniejącą już chorobę lub zaburzenie psychiczne. To właśnie dlatego u przywołanej pacjentki nie możemy mówić o prawie do przeprowadzenia aborcji. Pacjentka w myśl obowiązujących przepisów miałaby takie prawo, gdyby ciąża była wynikiem gwałtu (do 12. tygodnia ciąży). W niniejszym przypadku uświadomienie pacjentce przez lekarza możliwych konsekwencji zabiegu dla jej zdrowia psychicznego wydaje się więc ze wszelkich miar zasadne. Z punktu widzenia medycznego i prawnego trudno zatem wskazać jakiegokolwiek psychiatryczne przesłanki do dokonania zabiegu przerwania ciąży. W myśl obowiązujących przepisów chora ma prawo (zwłaszcza w razie pojawienia się objawów psychotycznych zagrażających życiu lub zdrowiu matki oraz dziecka) do przebywania w szpitalu psychiatrycznym do momentu porodu. Wspomniana hospitalizacja w uzasadnionych przypadkach może odbyć się bez zgody pacjentki.

DYLEMATY ZWIĄZANE Z LECZENIEM

W drugim z przytoczonych przypadków personel lekarsko-pielęgniarski musiał rozstrzygnąć kilka dylematów. Podjęcie leczenia pacjentki w opisanym stanie natychmiast zostało powiązane z koniecznością zastosowania wobec niej dwóch form przymusu bezpośredniego – unieruchomienia oraz podania uspokajających leków w dawce, która z jednej strony będzie bezpieczna dla dziecka, a z drugiej przyniesie spodziewany efekt w postaci zniwelowania zachowań agresywnych. Na pielęgniarkach spoczął obowiązek podjęcia bezpiecznych dla pacjentki działań, których celem było jej unieruchomienie. Wspomnianą czynność należało wykonać szybko i stanowczo, ponadto pielęgniarki musiały uważać, by nie wykonać ruchów, które mogłyby być niebezpieczne dla matki i jej dziecka. Ostatni dylemat wiązał się z podjęciem decyzji o zastosowaniu zabiegów EW wobec ciężarnej bez jej zgody. Warto dokładniej przeanalizować te zagadnienia, ukazując istotne medyczne oraz prawne fakty, które trzeba w tym przypadku wziąć pod uwagę.

Według ogólnych zasad związanych z hospitalizacją kobiety w ciąży w trakcie leczenia ciężarnych należy uwzględnić specyfikę problemu zdrowotnego, zachowując proporcję pomiędzy celem zdrowotnym a stosowanymi metodami⁽²¹⁾. Powszechnie

wiadomo, że leki na schizofrenię mogą powodować wyraźne zmiany w fizycznym zachowaniu pacjentów. Chorzy stają się sztywni, apatyczni, mają problemy z mową, są śpiący itd.⁽²²⁾ W przypadku leczenia kobiety w ciąży tymi lekami poważne komplikacje mogą wystąpić nie tylko w odniesieniu do matki, ale także rozwijającego się dziecka. Z badań naukowych wynika, że leki psychotropowe zwiększają ryzyko wystąpienia wad rozwojowych płodu, jego obumarcia lub zatrucia, przedwczesnego porodu itd. Z drugiej strony niepodanie leku pacjentce lub też drastyczne jego odstawienie może prowadzić do bardzo poważnych zaburzeń zachowania, bezpośrednio zagrażających chorej. Gdy podanie leku jest niezbędne, psychiatrzy zalecają jego ordynowanie w trakcie ciąży w najmniejszej wskazywanej dawce. Przywołana już zasada najmniejszej uciążliwości w tym wypadku objawia się przede wszystkim w każdorazowym dokładnym przeanalizowaniu zysków oraz potencjalnych strat zastosowania w ciąży leku przeciwpsychotycznego lub przeciwdepresyjnego. Każde tego typu działanie powinno być poprzedzone dokładnym wywiadem⁽²³⁾.

Niestety, niekiedy zastosowanie leków przeciwpsychotycznych w najmniejszej terapeutycznej dawce okazuje się niewystarczające. Dalsze występowanie zachowań agresywnych lub autoagresywnych może zmuszać personel do zastosowania wobec pacjentki przymusu bezpośredniego, jak miało to miejsce w opisywanym przykładzie. Jak więc wspomniana sytuacja odnosi się do zasady najmniejszej uciążliwości opisanej w art. 12 Ustawy o o.z.p.? Celem unieruchomienia – z pewnością uciążliwego – z założenia nie jest „pokonanie” pacjenta, ale zabezpieczenie go przed destruktywnymi objawami choroby. Swoim postępowaniem chora psychicznie pacjentka może stwarzać bezpośrednie zagrożenie dla siebie, dziecka oraz innych osób. Personel w tym wypadku zabezpiecza kobietę przed nią samą⁽²⁴⁾. By jednak wspomniana zasada medycznego zabezpieczenia mogła w pełni odzwierciedlać ideę praw człowieka, należy przestrzegać zasad określonych w Ustawie o o.z.p.: unieruchomienie może być zastosowane w sytuacji, w której pacjent w sposób bezpośredni zagraża swojemu życiu i zdrowiu lub życiu i zdrowiu innych osób, pacjent zawsze powinien być uprzedzony o zamiarze zastosowania przymusu, który może zlecić jedynie lekarz lub pielęgniarka, przy stosowaniu przymusu personel musi kierować się zasadą najmniejszej uciążliwości, stan unieruchomionego pacjenta powinien być monitorowany przez pielęgniarki co 15 minut, a co 4 godziny chory powinien mieć możliwość zmiany pozycji, krótkiego odbezpieczenia (jeśli pozwala na to jego stan), dokonania czynności fizjologicznych. Przymus może trwać jedynie do chwili ustania jego przyczyn⁽²⁵⁾.

Odnosząc się do kierowania ciężarnej pacjentki na zabieg EW, warto zaznaczyć, że choć specjaliści wciąż nie mają pełnej wiedzy o mechanizmie działania tej metody, to jednak skuteczność EW w leczeniu niektórych schorzeń jest niepodważalna⁽²⁶⁾. Wskazaniem do poddania pacjenta elektrowstrząsom jest przede wszystkim występowanie objawów ciężkiej depresji endogennej, objawów zespołu silnej katatonii hiperkinetycznej z osłupieniem oraz brak skutecznych efektów w długotrwałym leczeniu farmakologicznym, co może bezpośrednio wiązać się ze stanem za-

grożenia życia lub zdrowia. Cięża nie jest przeciwwskazaniem do stosowania EW⁽²⁷⁾. W piśmiennictwie zwraca się uwagę, iż EW są bezpieczne, zwłaszcza w II i III trymestrze. Niestety, nie ma dokładnych danych na temat stosowania EW w I trymestrze ciąży⁽²⁸⁾. W nielicznych przypadkach u kobiet w ciąży poddawanych EW stwierdzono: bóle brzucha, krwawienie z dróg rodnych, przedwczesny poród, a także arytmie u dziecka. Z powodu wspomnianych zagrożeń badacze zalecają unikanie tej metody w I trymestrze⁽²⁹⁾. Z uwagi na istniejące niebezpieczeństwo polski ustawodawca umieścił EW w grupie zabiegów wymagających odrębnej zgody pacjenta. Zabiegi te przez znawców tematu zaliczane są do grupy terapii najbardziej uciążliwych. W omawianym przypadku podjęto działania, by stanowiły one pierwszą formę terapii. Tego typu sytuacja stanowi wyjątek, gdyż zabieg ten powinien być wykonywany jedynie w sytuacji, w której inne metody zawiodły lub, jak powyżej, w stanie wyraźnej terapeutycznej konieczności⁽³⁰⁾. Dlatego też każdy szpital stosujący EW formuluje własne kryteria kwalifikowania pacjentów do tego rodzaju terapii. Standardowo przed podjęciem przywołanych działań pacjent poddawany jest konsultacji kardiologicznej, internistycznej oraz – jeśli to konieczne – neurologicznej. Ponadto pacjenci w specjalnie przygotowanych formularzach zgody zapoznawani są z procedurą zabiegu, długością jego trwania oraz ewentualnymi możliwymi objawami negatywnymi⁽³¹⁾. Nad przebiegiem zabiegu wykonywanego w znieczuleniu ogólnym czuwa przez cały czas anestezjolog.

Zdarza się, że zabiegi EW wykonywane są bez zgody pacjenta, na przykład gdy dalsze utrzymywanie się ostrej katatonii lub silnych objawów agresywnych zagraża zdrowiu i życiu chorego lub innych osób znajdujących się w jego otoczeniu. W takiej sytuacji lekarz zobowiązany jest poprosić sąd opiekuńczy o zgodę na wykonanie EW. Niemniej jednak w przypadku bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta lekarze mają prawo przeprowadzić zabieg bez takiej zgody – sąd jest powiadamiany *post factum* i wydaje zgodę nie na jeden zabieg, ale na cały cykl zabiegów stanowiących jedno spójne działanie terapeutyczne⁽³²⁾.

TERAPEUTYCZNA KONKLUZJA

Oczywiście przedstawiona analiza prawno-medyczna nie wyczerpuje możliwych dylematów, jakie musi rozstrzygać personel medyczny szpitala psychiatrycznego podczas leczenia kobiety w ciąży. Zaprezentowane ogólne dane statystyczne świadczą, iż psychiatryczne leczenie kobiet w ciąży nie jest zjawiskiem incydentalnym. Leczenie tej grupy pacjentek stanowi istotne wyzwanie terapeutyczne dla lekarzy oraz pielęgniarek. Podjęcie wobec tej grupy działań terapeutycznych musi wiązać się z dokładną analizą korzyści oraz możliwych zagrożeń dla organizmu chorej i rozwijającego się dziecka. Tak czy inaczej, w każdej z opisanych sytuacji pacjentce przysługują prawa, których nie zostaje pozbawiona nawet w przypadku podjęcia leczenia bez jej zgody. Niezależnie od tego, czy leczenie pacjentki w ciąży odbywa się za jej zgodą czy bez niej, każde postępowanie terapeutyczne musi mieć wyjątkowo indywidualny charakter. Przykładowo na podanie lub odstawienie leku przeciwde-

presyjnego ogromny wpływ ma indywidualna „terapeutyczna historia” pacjentki oraz konkretny stan, w jakim się znajduje. Przestrzeganie prawa do informacji, poszanowanie godności i intymności oraz zasady najmniejszej uciążliwości ma tu fundamentalne znaczenie.

Analizując, jakże emocjonujący, temat zabiegu przerwania ciąży u pacjentki chorującej na schizofrenię, należy z całą pewnością stwierdzić, iż w polskim porządku prawno-medycznym, w przeciwieństwie do sytuacji prawnej w innych krajach europejskich, m.in. w Wielkiej Brytanii czy Hiszpanii⁽³³⁾, choroba psychiczna nie może być brana pod uwagę jako medyczne wskazanie do przeprowadzenia aborcji⁽³⁴⁾. W Hiszpanii przesłanka psychiatryczna była do początku 2010 roku podstawą dokonywania średnio 100 000 aborcji rocznie. Istnienie obiektywnych obaw związanych z wpływem przerwania ciąży na psychikę zdrowych, ale nade wszystko chorych psychicznie kobiet skłania do stwierdzenia, iż psychiatra, posiadając prawne narzędzia do leczenia pacjentki bez jej zgody, nie ma podstaw do uznania, że ciąża może drastycznie zwiększyć zagrożenie dla zdrowia i życia ciężarnej chorującej na depresję. We wspomnianym stanie zagrożenie wywołane jest w szczególności koniecznością odstawienia lub ograniczenia dawki podawanych leków. Zagrożenie to ma jednak charakter czasowy. Ponadto nie każda z opisanych sytuacji stanowi bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia matki. Należy podkreślić, że pacjentka ma prawo skorzystać z leczenia szpitalnego, które jednak może być prowadzone także bez jej zgody.

Jeżeli chodzi o stosowanie przymusu bezpośredniego, zawsze należy brać pod uwagę szczególną sytuację pacjentki w ciąży. Każde takie działanie wiąże się z koniecznością zadbania o prawa chorej do: bezpieczeństwa, szczególnej opieki ze strony personelu, zwłaszcza pielęgniarskiego, „oswobodzenia” w chwili, w której wyciszą się zachowania będące zagrożeniem dla pacjentki. Zastosowanie form przymusowych, takich jak pasy unieruchamiające, musi być ostatecznością, poprzedzoną stanowczymi prośbami o zmianę zachowania lub też innymi mniej uciążliwymi formami przymusu wyrażającego się przytrzymaniem. Stosowanie wobec pacjentki w ciąży kaftanów bezpieczeństwa może stanowić dla niej oraz dla dziecka wyraźne zagrożenie, zwłaszcza w sytuacji, w której chora prezentuje zachowania autoagresywne. W odniesieniu do zabiegów EW warto zaznaczyć, że jako pierwsza forma szpitalnej terapii mogą być wykonywane tylko w wyjątkowych sytuacjach. Sytuacje te wiążą się ze stanem bezpośredniego zagrożenia dla życia chorej oraz brakiem możliwości zastosowania innej terapii. By jednak prawa pacjentki poddawanej wspomnianym zabiegom były respektowane, personel musi pamiętać o objęciu jej szczególną analizą konsultacyjną oraz sądowniczą w chwili, gdy procedura ta ma charakter przymusowy. Oczywiście jest, że zabieg ten musi być realizowany zgodnie z prawidłami współczesnej wiedzy medycznej – powinien być wykonywany w znieczuleniu ogólnym i w obecności wyspecjalizowanego personelu, w tym psychiatry, pielęgniarki oraz anestezjologa.

Kępiński w swoich licznych analizach zaznaczał, iż w szpitalu psychiatrycznym wszelkie sytuacje interpersonalne na linii

personel – pacjent mogą mieć charakter psychoterapeutyczny. Lekarz oraz pielęgniarka nieustannie prowadzą wspomniany proces wobec chorego. W wypadku pacjentki w ciąży przywołana zasada ma jeszcze większe znaczenie, ponieważ psychiatria jest dziedziną, która patrzy na pacjenta jako na całość psychofizyczną. Innymi słowy, lekarz oraz pielęgniarka w procesie leczenia muszą w równym stopniu dbać o sferę psychiczną i fizyczną pacjenta⁽³⁵⁾.

W ostatnich kilku latach podkreśla się znaczenie instytucji Rzecznika Praw Pacjenta. Osoby wykonujące na równym poziomie wspomnianą funkcję lub urząd powołane są do dbania o prawa oraz wolność osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej⁽³⁶⁾. Personel psychiatryczny, „walcząc” o zdrowie pacjentów, nie może zapominać, iż to właśnie on jest pierwszym tego typu rzecznikiem⁽³⁷⁾.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Raport z okazji Światowego dnia zdrowia psychicznego przygotowany przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej w Warszawie. Październik 2006: 1-2. Także: Roszkowska A.: Gdy ciąża wywołuje depresję, 2009. Adres: http://www.poradnikzdrowie.pl/ciaza-i-macierzynstwo/ciaza/gdy-ciaza-wywołuje-depresje_36648.html. Także: Zielińska A.: Depresja w ciąży, 2009. Adres: <http://abcciaza.pl/depresja-w-ciazy>.
2. Bem E.: Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat – Polska 2006 r. Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju, Warszawa 2006: 74.
3. Palińska D., Gazdag G., Sobów T. i wsp.: Leczenie elektrostrząsowe w Polsce w 2005 roku – wyniki ankiety przeprowadzonej w polskich szpitalach psychiatrycznych. *Psychiatria Polska* 2008; 42: 828.
4. List otwarty do Komitetu Zapobiegania Torturom (CPT) skierowany przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Przeciwko Przemocy Psychiatrycznej – sekcja polska; Berlin 2011: 2.
5. Bastide R.: Socjologia chorób psychicznych. PWN, Warszawa 1972: 358. Także: Borowski A.: Rola instytucji totalnych w zapewnieniu bezpieczeństwa jednostce i społeczeństwu. W: Kowalski D., Kwiatkowski M., Zduniak A. (red.): Edukacja dla bezpieczeństwa. Wydawnictwo O'Chikara, Lublin 2004: 353-354.
6. Boratyńska M., Konieczniak, P.: Prawa Pacjenta. Delfin, Bydgoszcz 2003: 390-392.
7. Zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy o o.z.p. „W razie stwierdzenia, że pobyt tej osoby (tj. osoby przyjętej do szpitala bez jej zgody – przyp. BK) w szpitalu psychiatrycznym jest oczywiście bezasadny, sędzia zarządza natychmiastowe jej wypisanie ze szpitala i wnosi o umorzenie postępowania”. Zdarzyć się więc może sytuacja, w której to sędzia nie będzie powoływać biegłego psychiatry, uznając, że przymusowe przyjęcie danej osoby do szpitala było w sposób oczywisty błędne.
8. Kmiecik B.: Stosowanie preparatów przeciwpsychotycznych o przedłużonym działaniu – depot, u chorych pacjentów przyjętych do szpitala na podstawie art. 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: dylematy medyczne, prawne i etyczne. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2008; 4: 204-210.
9. Karkowska D.: Prawa pacjenta. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004: 254-259.
10. Ściepuro A., Wilkowska A., Landowski J.: Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14: 3-4.
11. Nestorowicz M.: Prawo medyczne. Wydawnictwo Pozkał, Toruń 2005: 194-195.
12. Art. 4a ust. 1 Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z dnia 7 stycznia 1993 r. (Dz.U. Nr 17, poz. 78 z późn. zm.) oraz art. 30 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (1997 r. Dz. U. Nr 28, poz. 152).
13. Terlikowski P.T.: Nowa kultura życia. Apologia bioetyki katolickiej. Fronda, Warszawa 2009: 181.
14. Półtawska W.: Samo życie. Edycja Świętego Pawła, Częstochowa 1995: 92-93.
15. Ryś M.: Psychobiologiczne aspekty przerywania ciąży. W: Majkowski W. (red.): Zanim zdecydujesz. Wydawnictwo Księży Sercanów, Kraków 1994: 26-28. Odnosząc się do powyższego, należy jednak zwrócić uwagę, że w środowisku medycznym koncepcja istnienia PAS oraz PAD spotyka się z dość znaczącą krytyką. Zwraca się uwagę, iż DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) – nie wspomina o ww. zaburzeniach określanych często przez media wspólnym mianem „syndromu aborcyjnego”. Nieco inna sytuacja jest ze wspomnianym PTSD, które w klasyfikacji DSM-IV znajduje się w grupie zaburzeń lękowych.
16. Bołoz W.: Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2007: 225.
17. Centrum Służby Rodzinie: Psychiczne przyczyny i skutki aborcji. Adres: www.csr.org.pl. Także: Puścikowska A.: Miód na rany. Gość Niedzielny 2010; 38.
18. Cameron D.A.: Psychiatria. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005: 168.
19. Longier A., Markowska A.: Aborcja na świecie. Adres: http://www.wpsnz.uz.zgora.pl/pliki/prace_studentow/prace2/Aborcja.pdf?f97acaa1dd9b55c5b7642c88624dd8ba=ee754b-da748526b4c41811136a74926d.
20. Raport: Opinie na temat dopuszczalności aborcji, CBOS, Warszawa 2010 r. Dane cytuję za Federacją na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. Adres: http://www.federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=605:cbospolacyoaborcji&catid=76:aborcja&Itemid=157.
21. Karkowska D.: Analiza uwarunkowań opieki okołoporodowej w Polsce. Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa 2006: 8.
22. Lazarus A.R.: Psychopatologia. Zys-ka, Warszawa 2001: 57-58.
23. Rzewuska M.: Zaburzenia psychiczne w ciąży i poporodowe oraz ich leczenie. *Psychiatria i psychologia kliniczna* 2009; 9: 18-28.
24. Kmiecik B.: Kto mnie uratuje przede mną samym? Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec dzieci w szkole specjalnej dla osób upośledzonych umysłowo – naruszenie godności człowieka czy też poszanowanie prawa do bezpieczeństwa? W: Podgórska-Jahnik D., Chrzanowska I., Jachimczak B. (red.): Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Trudy dorastania, trudy dorosłości. WSP, Łódź 2009: 305-313.
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. W: Dz. U. z dnia 8 września 1995 r.
26. Vegeberg S.K.: Leczenie umysłu. Prószyński i S-ka, Warszawa 1996: 109-113.
27. Bilikiewicz A.: Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2006: 340, 505-506.
28. Kalinowski A.: Pozycja elektrostrząsów w terapii zaburzeń psychicznych. *Psychiatria Polska* 1991; 1: 61-69.
29. Rzewuska M.: Zaburzenia psychiczne w ciąży i poporodowe oraz ich leczenie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2009; 9: 18-28.
30. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz. IPiN, Warszawa 1997: 91.
31. Hese R.T.: Miejsce elektrostrząsów we współczesnej terapii psychiatrycznej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*

- 2007; 1: 35. Także: Zyss T.R., Hese T., Jałowiecki P.O. i wsp.: Kilka uwag o procedurze pozyskiwania wiadomej zgody w przypadku pacjentów kwalifikowanych do zabiegów elektrowstrząsowych. *Psychiatria Polska* 2005; 39: 1113-1129.
32. Art. 34 ust. 7 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Par. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1995 r. w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych wymagających odrębnej zgody pacjenta lub też jego przedstawiciela ustawowego (Dz. U. z dnia 30 sierpnia 1995 r.). Także: Komentarz do art. 34 ust. 7. W: Zielińska E. (red.): Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2008: 514-515.
33. Barbuchowski Sz.: Państwo Nienarodzonych. Gość Niedzielny 14 marca 2010 r.: 33-34. Zdaniem Instytutu Polityki Rodzinnej (IPF) w Hiszpanii aborcja spowodowana zagrożeniem dla zdrowia psychicznego kobiety występowała w 96,7% przypadków z 97 tys. zabiegów tego typu przeprowadzonych we wspomnianym kraju w 2006 r. Adres: <http://www.piotrskarga.pl/ps,192,2,0,1,I,informacje.html>.
34. Zgodnie z danymi Organizacji Narodów Zjednoczonych przeprowadzanie aborcji z powodu zagrożenia dla zdrowia psychicznego kobiety jest trzecią, pod względem częstości występowania, przyczyną usuwania ciąży. Podaje się, iż zabiegi tego typu stanowią 62% wykonanych na świecie aborcji. Źródło: Frączak E., Ptak-Chmielewska A.: Demograficzny wymiar aborcji. W: Chazan B., Simon W. (red.): Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia. Wektory 2009: 65.
35. Kępiński A.: Rytm życia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001: 311-314.
36. Kmieciak B.: Rzecznikowski system ochrony praw człowieka rozproszenie w działaniu, czy też różnorodność w dążeniu do wspólnego celu? W: Podgórska-Jachnik D.: Problemy rzecznictwa i reprezentacji osób niepełnosprawnych. WSP, Łódź 2009: 120-123.
37. Rzewska I.: Pacjent – pielęgniarka. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981: 16. Prezentowany tekst w pierwotnej wersji zgłoszony został do konkursu na najlepszy esej poruszający tematykę prawno-medyczną czasopisma „Prawa i Medycyna”, II edycja.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na poczcie. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto:
Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa
Deutsche Bank PBC SA
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
 - Drogą mailową: redakcja@psychiatria.com.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie:
http://www.psychiatria.com.pl/gazeta.psychiatria/pol/index.php?akcja=warunki_prenumeraty
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.