

Matea Podgornjak^{*,**}, Lea Hrvat Matić^{*,**}, Anita Stanišić^{*},
Ena Gutić^{*}, Igor Salopek^{*,**,***}

Informirani pristanak u psihotičnoj dekompenzaciji

SAŽETAK

Pristanak obaviještenog pacijenta na liječenje nije samo potpisivanje pravno obvezujućeg dokumenta suglasnosti o liječenju, već i proces u kojem se pacijent osnažuje i postaje aktivni saveznik u liječenju. Valjani informirani pristanak podrazumijeva adekvatnost informacija, njihovo priopćavanje na primjeren način, dobrovoljnost pristanka i sposobnost pacijenta za donošenje odluke o liječenju. Kod osoba koje se liječe zbog psihičkih poremećaja ispunjavanje ovih uvjeta često predstavlja izazov. Psihički poremećaji mogu ugroziti sposobnost osobe za razumijevanje relevantnih informacija o prirodi svoje bolesti te kompromitirati njenu sposobnost odlučivanja o liječenju. No, psihijatrijska dijagnoza ne podrazumijeva da osoba nije u stanju odlučivati o svome liječenju, niti je isključuje kao ravnopravnog partnera iz terapijskog procesa. Prikazom 39-godišnjeg pacijenta koji razvija akutni psihotični poremećaj tijekom liječenja koronavirusne upale pluća istražujemo etičke dileme koje se javljaju u pristupu pacijentu prilikom liječenja psihotične dekompenzacije.

Ključne riječi: informirani pristanak, psihotična dekompenzacija, psihijatrijsko liječenje, autonomija, COVID-19.

Uvod

Informirani pristanak podrazumijeva suglasnost pacijenta na primjenu medicinskih postupaka, dijagnostike, liječenja te same hospitalizacije. U suvremenoj medicini čini primarnu paradigmu za zaštitu prava pacijenata i etičnog postupanja liječnika

* Opća bolnica Karlovac, Odjel za psihijatriju, Karlovac, Hrvatska.

** Integrativni centar mentalnog zdravlja, Karlovac, Hrvatska.

*** Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0749-5862>.

Adresa za korespondenciju: Matea Podgornjak, Opća bolnica Karlovac, Ulica Andrije Štampara 3, 47000 Karlovac, Hrvatska. E-pošta: matea.podgornjak@gmail.com.

(Hall, Prochazka i Fink, 2012). Etički principi koji imaju ulogu u informiranom pristanku su neškodljivost, dobročinstvo, pravednost i poštovanje autonomije. Iako se kroz stoljeća dobročinstvo isticalo kao najvažniji princip etičnog postupanja liječnika, u suvremenoj medicini sve se veći naglasak stavlja na načelo autonomije i prava na samoodređenje pacijenta (Cocanour, 2017). Isticanje principa autonomije ispred ostalih potencijalno je problematično kod postupanja s marginaliziranim i ugroženim skupinama ljudi koje prema svojim fizičkim, psihičkim, dobnim i drugim određenjima svoju autonomiju nisu u stanju prakticirati (Rinčić, 2013). Ovdje spadaju i osobe koje boluju od psihičkih poremećaja.

Valjani informirani pristanak podrazumijeva adekvatnost informacija, njihovo priopćavanje na primjeren način, dobrovoljnost pristanka i sposobnost (kapacitet) pacijenta za donošenje odluke o liječenju (Štrkalj Ivezić i sur., 2020). Kod osoba koje se liječe zbog psihičkih poremećaja ispunjavanje ovih uvjeta često predstavlja izazov. Kroz prikaz slučaja 39-godišnjeg pacijenta koji razvija akutni psihotični poremećaj tijekom liječenja koronavirusne upale pluća istražiti ćemo etičke dileme koje se javljaju pri primjeni informiranog pristanka u psihotičnoj dekompenzaciji.

Prikaz slučaja – N. N., 39 god.

Pacijent, N.N., 39 god., muškarac, zaposlen, živi sa suprugom i djecom. Nije do sada psihijatrijski liječen, psihofarmake ne uzima. U obiteljskoj anamnezi bez pozitivnog psihijatrijskog herediteta. Hospitaliziran je na COVID odjelu Opće bolnice Karlovac zbog koronavirusne upale pluća, a zbog pogoršanja somatskog stanja kratkotrajno je liječen u Jedinici intenzivne medicine. Po povratku na COVID odjel medicinsko osoblje prijavljuje bizarno ponašanje pacijenta u vidu intenzivne uznemirenosti, napetosti te izraženih religijskih sumanutosti. Moli se nad drugim pacijentima, navodi da je “postao jedno s Bogom” te da Bog njime upravlja. Po konzilijarnom pregledu, psihijatar ordinira psihofarmakoterapiju haloperidola i lorazepamima te dolazi do djelomičnog poboljšanja simptoma. Medicinsko osoblje potom prijavljuje sumnju na nesuradljivost oko terapije te dolazi do ponovnog pogoršanja psihičkog stanja. Kliničkom slikom sada dominira dezorganizirano ponašanje, religiozne sumanute ideje uz cenestetske obmane osjetila u vidu osjećaja trnove krune na glavi preko koje Bog usmjerava pacijenta. Nakon korekcije doze psihofarmaka, uz nadzor uzimanja terapije, pacijent afirmira poboljšanje psihičkog stanja, mirniji je, organiziraniji, a religijske sumanutosti dijelom blijede uz sada manji afektivni angažman. Unatoč tome zaostaje smanjen uvid i kritičnost spram bolesti. S obzirom na poboljšanje somatskog stanja te planirani otpust s COVID odjela, pacijentu se ponudi hospitalizacija na Odjelu psihijatrije radi daljnjeg liječenja. Educiran je, savjetovan, no predloženom

hospitalnom liječenju nije sklon. Pacijentu i supruzi objašnjena je važnost redovitog dolaska na ambulantne kontrole te uzimanja propisane terapije, što pacijent razumije i na što pristaje. S obzirom na to da pacijent nije autoagresivan niti heteroagresivan, nema indikacije za prisilnom hospitalizacijom te se otpušta kući uz preporučeni ambulantni nastavak liječenja.

Iz gore navedenog vidljivo je da je kod pacijenta N. N. došlo do razvoja psihotične dekompenzacije - prisutni su izraženi psihopatološki fenomeni u vidu poremećaja mišljenja, sumanutih ideja i halucinacija, oštećeno funkcioniranje, te da je potrebna daljnja korekcija i titracija psihofarmakoterapije. Prema nama dostupnim informacijama ovdje se radi o prvoj psihotičnoj epizodi. Pacijent je smanjenog uvida i kritičnosti spram bolesti; budući da je smiren, nije autoagresivan ni heteroagresivan, nema osnove za prisilno zadržavanje na psihijatrijskom odjelu, unatoč tome što postoje jasne indikacije za bolničko liječenje.

U ovakvim situacijama može biti teško uravnotežiti etičke principe dobročinstva i poštivanja autonomije kod postupanja s pacijentom. Psihotična dekompenzacija ugrožava pacijentov kapacitet za shvaćanje informacija i donošenje odluka. Iako pacijent aktualno ne ugrožava sebe ili okolinu te prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (2014), nema osnove za njegovo prisilno zadržavanje, potrebno je procijeniti može li sudjelovati u procesu informiranog pristanka te kroz pružanje relevantnih informacija o njegovoj bolesti pomoći mu da donese odluku o vlastitu liječenju.

Informirani pristanak u psihijatrijskom liječenju

Informirani pristanak

Hrvatsko psihijatrijsko društvo objavilo je 2020. godine sveobuhvatne smjernice o primjeni informiranog pristanka u psihijatrijskim ustanovama, koje predstavljaju važan iskorak u osiguravanju njegove primjene i zaštite prava osoba sa psihičkim smetnjama u Hrvatskoj, te ćemo se ovdje osvrnuti na neke od njihovih zaključaka (Štrkalj Ivezić i sur., 2020). Prije davanja suglasnosti za liječenje liječnik je dužan pacijentu dati dovoljno podataka o njegovu zdravstvenom stanju i liječenju kako bi pacijent mogao svojom slobodnom voljom odlučiti pristaje li na takvo liječenje ili ne (adekvatnost informacija). Liječnik je dužan objasniti pacijentu (na njemu razumljiv način) razloge zbog kojih je predložio bolničko liječenje, što sve uključuje liječenje, postoje li opasnosti ili rizici predloženog liječenja, ima li drugih mogućnosti liječenja, koje su posljedice odbijanja liječenja te ime liječnika koji je odgovoran za liječenje. Pacijent pristanak daje dobrovoljno i slobodno bez pritiska liječnika ili neke druge osobe. Također ima pravo postavljati pitanja i dobiti odgovore na

njih prije potpisivanja suglasnosti (dobrovoljnost). U bilo kojem trenutku pacijent može pristanak opozvati i povući. Prije potpisivanja informiranog pristanka liječnik utvrđuje je li pacijent sposoban dati pristanak tj. je li pacijent sposoban razumjeti i upamtiti informacije koje su mu dane i na temelju kojih donosi odluku o liječenju (**spособnost odlučivanja**). Osoba koja je sposobna odlučivati o svom liječenju razumije informacije relevantne za donošenje odluke, može odvagati razloge za i protiv, može razumjeti posljedice prihvaćanja i odbijanja liječenja i može jasno iskomunicirati svoju odluku. Sposobnost za donošenje odluke o liječenju procjenjuje se u trenutnoj situaciji kada pacijent donosi odluku.

Uloga informiranog pristanka u psihijatrijskom liječenju

Svrha informiranog pristanka, međutim, nije samo ispunjavanje pravnih obaveza liječnika prema pacijentu. Kroz informirani pristanak pacijent se educira i do određene mjere upoznaje s vlastitom bolešću i procesom liječenja. To je također i prilika za dijalog i osnaživanje terapijskog saveza između pacijenta i psihijatra, koji je neophodan za dobar ishod liječenja. Kroz sve navedeno proces informiranog pristanka može osnažiti pacijenta, pomoći mu da donese ispravne odluke za svoje zdravlje koje su u skladu s njegovim vrijednostima i ciljevima, te tako postati ravnopravan partner u liječenju. Liječenje obaviještenog pacijenta rezultira boljim ishodima. Dakle, informirani pristanak nije samo pravna obaveza, nego i potencijalni alat u liječenju (Drake, Cimpean i Torrey, 2009).

Iznimke od informiranog pristanka

Iznimke od informiranog pristanka su hitna stanja koja životno ugrožavaju pacijenta, nesposobnost pacijenta za donošenje odluke, terapijska privilegija i situacija u kojoj se pacijent sam odrekne prava na odlučivanje. Prema Konvenciji o pravima osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda iz 2006. informirani pristanak ističe se kao osnovno ljudsko pravo na temelju kojega je jedino moguće provoditi liječenje, stoga liječenje bez informiranog pristanka treba provoditi samo u iznimnim situacijama (Ujedinjeni narodi, 2006). Kod osobe sa psihičkim poremećajem liječenje bez informiranog pristanka može se provesti u slučaju psihijatrijske hitnoće kada je neposredno ugrožen pacijentov život ili postoji opasnost za okolinu te u slučaju nesposobnosti pacijenta za donošenje odluke o liječenju. S obzirom na to da psihički poremećaji mogu narušiti kognitivne sposobnosti osobe, procjena kapaciteta pacijenta za donošenje odluke o liječenju predstavlja jedan od izazova u primjeni informiranog pristanka u psihijatriji (Amer, 2013). Važno je, međutim, naglasiti da je većina osoba sa psihičkim smetnjama sposobna odlučivati o svom liječenju. Simptomi poput sumanutih ideja i halucinacija te smanjen uvid u bolest ne moraju

nužno značiti nesposobnost donošenja odluka (Pinals, 2009). Neovisno o prisutnim psihopatološkim fenomenima potrebno je provjeriti barata li pacijent informacijama koje su mu prezentirane (na njemu prikladan način) te može li odvagati razloge i iskomunicirati svoju odluku.

Primjena informiranog pristanka u psihotičnoj dekompenzaciji

Psihotična dekompenzacija kao hitno stanje u psihijatriji

Psihotična dekompenzacija je hitno stanje u psihijatriji koje karakteriziraju formalni i sadržajni poremećaji mišljenja (disocirano mišljenje, sumanute ideje i dr.), obmane osjetila, promjene afektiviteta i ponašanja. Može se pojaviti u okviru više psihijatrijskih entiteta, primjerice kod primarnih psihotičnih poremećaja (npr. shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, sumanutu poremećaj), kao psihotični regres kod poremećaja raspoloženja i poremećaja ličnosti, a može biti uzrokovana i lijekovima te različitim somatskim bolestima. To je stanje koje zahtijeva neodgodivu medicinsku intervenciju neovisno o uzroku. Rano prepoznavanje i započinjanje liječenja antipsihoticima, osobito kada se radi o prvoj psihotičnoj epizodi, daje najbolje rezultate liječenja, kao i samu prognozu bolesti, što se više puta potvrdilo u literaturi (McGorry, Killackey i Yung, 2008; Karlović, Peitl i Silić, 2019). Određeni autori, kako bi ukazali na važnost ranog liječenja psihotičnih poremećaja, povlače analogiju s ishemičnom bolesti srca: opetovanje ishemije miokarda kumulativnim učinkom izazivaju oštećenja koja u konačnici dovedu do zatajivanja srca, stoga rana terapija srčanih udara smanjuje oštećenja i ožiljkavanje miokarda. U usporedbi s tim opisuje se da prolongirana i ponavljajuća epizoda psihoze ostavlja trag na moždanom tkivu, moguće u vidu promjena morfologije, biokemije mozga ili oštećenja neuronalnih veza. Ta teorija poznata je kao neurotoksična hipoteza. Do sada je predloženo više mogućih mehanizama koji dovode do oštećenja mozga, a dvije sugeriraju specifični biološki mehanizam koji dovodi do promjena kao posljedice neurotoksičnog učinka neliječene psihoze. Prva je dopaminergička hiperaktivnost u kojoj povišene vrijednosti dopamina kroz dulji vremenski period dovode do gubitka volumena neuronske strukture, osobito u područjima s visokom koncentracijom D2 receptora (Nucl. Caudatus). Druga teorija neurotoksičnosti temelji se na oksidativnom stresu uzrokovanom povišenom koncentracijom katekolamina, kao i produljenom aktivnosti hipotalamičko-pituitarno-adrenalnog puta (HPA). U oba slučaja antipsihotici i njihova rana primjena dovode do smanjenja katekolaminergične aktivnosti i aktivacije HPA puta (Anderson *et al.*, 2014).

Informirani pristanak u psihotičnoj dekompenzaciji

Čini li zato psihotična dekompenzacija kao hitno stanje iznimku od informiranog pristanka? Ako ima potencijalne dalekosežne posljedice na strukturu i funkciju mozga te prognozu bolesti, ne radi li se o situaciji kada liječnik u svrhu sprječavanja nastanka invalidnosti može donijeti odluku o liječenju neovisno o željama pacijenta? Sukobljavajući više etičkih načela, odgovor je i dalje negativan. Psihijatrijske dijagnoze temelje se na simptomima, čime su još uvijek na razini sindroma – iza dijagnoze psihotične dekompenzacije ne stoji jasan i precizan patofiziološki mehanizam, odnosno slijed događaja koji dovodi do bolesti (Karlović, Peitl i Silić, 2019). Ako pacijent nije opasan za sebe ili okolinu te ima kapacitet donositi odluke, liječnik nema dovoljno snažno etičko uporište na temelju kojeg bi ga mogao liječiti bez njegove suglasnosti.

S druge strane, imaju li pacijenti tijekom psihotične dekompenzacije kapacitet donijeti odluku o svom liječenju? U takvom stanju osoba može imati različite sumanutе ideje, najčešće persekutornog karaktera, nepovezano mišljenje, te poremećaje percepcije u vidu halucinacija, najčešće slušnih ili vidnih, poremećaje pažnje i pamćenja te poremećaje volje u smislu bezvoljnosti, neodlučnosti, ambivalencije. To su sve faktori koji mogu pridonijeti oslabljenoj kogniciji i kapacitetu za donošenje odluka. Također je najčešće prisutna i smanjena kritičnost i uvid spram vlastitog stanja. Kao što smo već i ranije spomenuli, potrebno je neovisno o psihopatološkim fenomenima ispitati pacijentovo razumijevanje vlastita stanja, razumije li i pamti relevantne informacije te može li ih iskoristiti da odvažе razloge za ili protiv liječenja, te također može li jasno napraviti izbor i iskomunicirati svoju odluku. Bitno je naglasiti da smanjen uvid i kritičnost ne znače da pacijent nije u stanju odlučivati o liječenju (Štrkalj Ivezic i sur., 2020).

N. N., 39 god. – Epilog

S obzirom na sve navedeno, u situaciji pacijenta N. N., 39 godina, s prvom, akutnom, psihotičnom epizodom, liječnik nema pravo odlučivati umjesto njega samo zato što je aktualno pod uplivom psihopatoloških fenomena. Dakle, u ovom slučaju nije moguće zaobići proces donošenja informiranog pristanka na temelju hitnog stanja. Također, pacijent je miran, nije autoagresivan ni heteroagresivan, niti opasan za sebe ili okolinu te ne postoji razlog za njegovo prisilno zadržavanje. Sljedeće, posjeduje li on kapacitet za donošenje odluke o liječenju? Pacijentu je na razumljiv način objašnjena priroda bolesti, potreba za primjenom antipsihotika te hospitalizacijskim liječenjem. Nije sklon hospitalizaciji, a kao razloge navodi okolnosti svojeg liječenja i dugog boravka u bolnici radi COVID pneumonije. No razumije da treba uzimati

predloženu psihofarmakoterapiju i dolaziti na ambulantne psihijatrijske kontrole, na što pristaje. Iz navedenog se vidi da pacijent do određene mjere razumije relevantne informacije o svojoj bolesti i trenutnom stanju, te može odvagati razloge za liječenje i jasno iskomunicirati svoju odluku. Dakle, u ovom slučaju u pacijenta postoji dovoljan kapacitet za donošenje odluke o svom liječenju.

Na prvoj ambulatnoj kontroli nakon hospitalizacije N. N. se žali na nastanak smetnji u vidu poteškoća gutanja te ukočenosti po tipu razvoja nuspojave ekstrapiramidnog sindroma. Negira psihičke poteškoće, uredno spava, a sumanuti sadržaji polako blijede. Korigira se terapija, haloperidol se zamijeni olanzapinom te se korigira doza biperidena. Na idućoj kontroli pacijent afirmira dodatno poboljšanje stanja, a svoju religioznost opisuje kao na razini prije oboljenja.

Zaključak

Psihotična dekompenzacija stanje je u psihijatriji koje zahtijeva hitnu, neodgodivu intervenciju. Kroz prikaz slučaja pacijenta koji razvija akutni psihotični prikazane su neke od osobitosti primjene informiranog pristanka u psihijatrijskom liječenju, kada procjena kapaciteta pacijenta za donošenje odluke o liječenju predstavlja poseban izazov. Informirani pristanak ne čini samo ispunjavanje pravnih obaveza liječnika prema pacijentu. Prikaz slučaja ovog pacijenta ilustrira da se informirani pristanak može iskoristiti i kao alat u liječenju. To je prilika za dijalog u kojem se pacijent osnažuje i educira. Unatoč prisutnim psihopatološkim fenomenima, pacijent je bio u stanju u određenoj mjeri razumjeti relevantne informacije te donijeti odluku o svom liječenju koja je bila sukladna njegovoj situaciji i vrijednostima, što zorno ilustrira činjenicu da tek mali broj osoba s duševnom smetnjom nije sposoban odlučivati o svom liječenju, kao i da smanjen uvid i kritičnost te psihopatološki fenomeni ne podrazumijevaju automatsku nemogućnost pacijenta za donošenjem odluke (Štrkalj Ivezić i sur., 2020). U svjetlu svega navedenoga može se zaključiti da se u pristupanju problematici informiranog pristanka princip autonomije pacijenta često neopravdano predstavlja kao prepreka koja onemogućava učiniti ono što je i najbolje za pacijenta. Stoga u kontekstu psihijatrijskog liječenja informirani pristanak može poslužiti kao alat za poticanje dijaloga i terapijskog saveza s pacijentom, njegovu educiranje i osnaživanje za donošenje odluka o vlastitu liječenju.

Literatura

- Amer, A. B. (2013). Informed consent in adult psychiatry. *Oman Medical Journal*, 28(4), 228–231. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.67>
- Anderson, K. K., Voineskos, A., Mulsant, B. H., George, T. P. i McKenzie, K. J. (2014). The role of untreated psychosis in neurodegeneration: A review of hypothesized mechanisms of neurotoxicity in first-episode psychosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 513–517. <https://doi.org/10.1177/070674371405901003>
- Cocanour, C. S. (2017). Informed consent—it's more than a signature on a piece of paper. *The American Journal of Surgery*, 214(6), 993–997. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>
- Drake, R. E., Cimpian, D. i Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: Prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455–463. <https://doi.org/10.31887/dens.2009.11.4/redrake>
- Hall, D. E., Prochazka, A. V. i Fink, A. S. (2012). Informed consent for clinical treatment. *Canadian Medical Association Journal*, 184(5), 533–540. <https://doi.org/10.1503/cmaj.112120>
- Karlović, D., Peitl, V. i Silić, A. (2019). *Shizofrenije* (Ser. Bibliotheca Psychiatrica). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- McGorry, P. D., Killackey, E. i Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: Concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148–156. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x>
- Pinals, D. A. (2009). Informed consent: “Is your patient competent to refuse treatment?” *Current Psychiatry*, 8(4), 33–43.
- Rinčić, I. (2013). Similarities and differences between European and American bioethics with respect to basic bioethical principles. *Jabr - European Journal of Bioethics*, 4(8), 739–745.
- Ujedinjeni narodi (United Nations) (2006). *15. Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. U United Nations, https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&clang=_en (pristup: 18 April 2022).
- Štrkalj Ivezic, S., Mihaljević Peleš, A., Brečić, P. i Roksandić Vidilička, S. (2020). *Informirani pristanak na liječenje u psihijatrijskoj ustanovi - SMJERNICE ZA PSIHIJATRE*, <https://www.psihijatrija.hr/site/wpcontent/uploads/2021/07/INFORMIRANIPRISTANAK21.pdf> (pristup: 1 April 2022).
- Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama. *Narodne novine*, 76/2014.

Informed consent in psychotic decompensation

SUMMARY

The consent of an informed patient is not merely a signature on a legally binding document, but rather a process in which the patient is empowered and becomes an active ally in a treatment. Valid informed consent includes adequate information that is given to the patient in an appropriate manner, the voluntariness of consent, and the patient's ability to make a decision regarding treatment. Meeting these conditions when treating patients with mental health disorders can be challenging. Mental disorders can compromise a person's ability to

understand relevant information about the nature of their illness as well as their ability to make decisions regarding treatment. However, a psychiatric diagnosis does not imply that a person is unable to make a decision regarding their treatment, nor does it exclude them as an equal partner in the therapeutic process. By reviewing the case of a 39-year-old patient who developed an acute psychotic disorder during the treatment of COVID pneumonia, we dive into the ethical dilemmas that arise when approaching a patient who is experiencing psychotic decompensation

Keywords: informed consent, psychotic decompensation, psychiatric treatment, autonomy, COVID-19.