

Moralnost, poštenje, pravednost ili primum non nocere

Gledano sa stajališta medicinara psihijatra

Vera Folnegović-Šmalc

UDK: 616.89:2-42.

Pregledni rad

Primljeno: 12. ožujka 2007.

Prihvaćeno: 19. svibnja 2007.

e-mail: Vera.Folnegovic@bolnica-vrapce.hr

U radu se žele prikazati neki aktualni problemi i dileme ne o tome što je moralnost, čestitost i poštenje već sušta aktualna realnost kako da liječnik u svojoj svakodnevnoj praksi iznađe pragmatični izlaz i rješenje paradigme primium non nocere a bez namjere da relativizira ostale vrijednosne sustave i ljudsko dostojanstvo.

Moralnost se po definicijama pojedinih autora razlikuje, no čini se da je vrlo obuhvatna, prihvatljiva i vrlo jasna definicija koja kaže da je moral, skup društvenih normi koje su u skladu s određenim poimanjem dobra, te da je uz to i pravo i obveza pojedinca da živi i ponaša se po principima čestitosti i

poštenja te da bude korektivni čimbenik i drugima.

U radu je prikazana realna situacija odnosa liječnik-bolesnik u uvjetima današnje psihijatrije sa stajališta kako ostati ili postati moralan prema svojim bolesnicima s nekoliko pristupa: odnos prema konkretnom bolesniku, zaštita prava, dostojanstva i interesa bolesnika ali i liječnika terapeuta, kako se nositi sa zakonodavstvom i duševnom bolesti i ponašanjem duševno bolesnih te moralnošću i vlastitom savješću. Posebno su prikazani problemi etičke dileme aktualno često opisivanih kliničkih studija ispitivanja lijekova sa stajališta duševnih bolesnika i uloga psihijatra kao sudskog vještaka.

Ključne riječi: medicina, psihijatrija, medicinska etika, načelo primium non nocere.

Psihijatar se bavi ljudskom dušom koja je u naših bolesnika najčešće bolesna (redovni bolesnici) ili se mora procijeniti je li bolesna (kod osoba koje vještačimo po nalogu suda), pa treba prosuditi da li djelo koje se osobi stavlja na teret proizlazi iz bolesti, poremećaja, ili je osoba u stanju shvatiti smisao, značenje počinjenog djela. To znači da je psihijatar često u situaciji da mora procijeniti i razlikovati, radi li se o djelu, koje proizlazi iz bolesti, ili iz amoralnosti, nepoštenja ili nehaja. S druge strane, psihijatar je kao javna osoba često izložen napadima javnosti, da se bolesnici, iako ih se liječi ubijaju, i da se pri tome psihijatri smatraju glavnim krivcima

za suicid, bez obzira radi li se o liječničkom propustu ili specifičnosti strukture i psihičkog stanja umrloga, koji je kao autonomni moralni subjekt izgradio vlastite kriterije morala, a ponaša se ponekad i po principu »idem tamo gdje je sve po mom«, ne mareći za tuđe interese, prava ni za moralnost, pravednost i poštenje.

Osoba, koja je duševno bolesna (primjerice boluje od shizofrenije, duboke i/ili psihotične depresije, koja je dementna ili mentalno retardirana) specifično se ponaša, ne može testirati realitet, razlikovati moralno od amoralnog, pošteno od nepoštenog, pravedno od nepravednog itd., pa ako počini krivično djelo s tim u svezi, treba biti ekskulpirana. Ona nije učinila djelo shvaćajući težinu ni realno značenje djela i njegovih posljedica, već je to učinila pod utjecajem poremećenog (bolesnog) uma. Ako takovo djelo počini psihički zdrava (bez aktualno prisutnih simptoma i/ili znakova bolesti), za počinjeno djelo treba odgovarati.

U radu se žele prikazati neki aktualni problemi i dileme ne o tome što je moralnost, čestitost i poštenje već bitna aktualna realnost kako da liječnik u svojoj svakodnevnoj praksi iznađe pragmatičan izlaz i rješenje paradigme *primum non nocere* bez namjere relativiziranja ostalih vrijednosnih sustava i ljudskog dostojanstva.

O moralnosti

Moralnost se po definicijama pojedinih autora razlikuje, no čini se da je vrlo obuhvatna, prihvatljiva i jasna definicija koja kaže da je moral ćudoređe, skup društvenih normi koje su u skladu s određenim poimanjem dobra (1), da je moral uz to i pravo i obveza pojedinca da živi i ponaša se po principima čestitosti i poštenja i da bude korektivni čimbenik i drugima, naprosto da uvažava načelo pokajanja: »oprosti mi Bože što sagriješih mišlju, riječju, djelom i propustom«. Opet ostaje otvoreno pitanje što znači pojam »sagriješih« u građanskom, a ne u vjerskom smislu, no naglasak ovdje treba staviti na riječ »propustom« (2). To u životu najčešće previdimo, zanemarimo, a biti moralan, ćudoredan, znači i brinuti se za moralnost kao opće dobro i opće pravilo ponašanja ljudi, posebno u ulozi roditelja, djedova i baka (koji su u odgoju danas sve rjeđi i rjeđi), učitelja, vjeroučitelja, odgajatelja, nastavnika, profesora, javnih osoba, liječnika, vještaka, političara i u današnje vrijeme posebno važno, djelatnika medija. Među medijima danas je vrlo značajna televizija te internet, koji i javno i individualno utječu i na javno mnijenje i odgoj pojedinaca, često samaca i osamljenih, utječu na određivanje općih kriterija, moralnih kriterija, vrednota pa i zdravstvenih i dijagnostičkih kriterija (3).

Moralnost u svakom slučaju ima pozitivnu konotaciju, iako dolazi u pitanje u nekim društvima i civilizacijama, u užem kontekstu treba smatrati da je ona *conditio sine qua non* za sâm opstanak društva. U tom kontekstu važno je istaknuti brojna upozorenja intelektualaca u svijetu ali i u nas. Tonči Matulić (4) na primjer u svom članku *Stanje postmodernog moralnog subjekta i pluralističko društvo* citirajući Roberta Mordaccia (5) ističe da se postmoderni subjekt raspada i postaje podijeljen u samom sebi u iskustvu osobne shizofrenije kao rezultat separiranog razuma i moralne autonomije. Moralno autonomni subjekt je u konfliktu, u rascjepu razuma i ponašanja po moralno autonomnim željama, koje u pravilu nisu sukladne kriterijima društva, i time na određeni način ulazi u psihijatrijsku kategoriju poremećaja ličnosti i ponašanja (6). Ta kategorija opisuje ličnosti s različitim kliničkim stanjima i obrascima ponašanja, koja su izraz individualnog ponašanja i odnosa prema sebi i drugima. Često su njihovi obrasci ponašanja karakterizirani nefleksibilnošću u ponašanju prema drugima, prema društvu, pokazuju značajne ili ekstremne devijacije ponašanja, osjećanja i doživljavanja u odnosu na ponašanje prosječnih osoba tog društva i kulture. Zbog tih različitosti česti su problemi u socijalnim kontaktima, funkcioniranju i radu. Između ostaloga i zbog toga što se često ponašaju po modelu »idem tamo gdje je sve po mom«. MKB-10 slično kao i američka klasifikacija (7) razlikuje nekoliko specifičnih poremećaja ličnosti, među kojima u odnosu na moralnost treba posebno istaknuti: Impulzivni tip (dominiraju emocionalna nestabilnost, nedostatak kontrole ponašanja-nagona, snižen je prag na frustracije, posebice na prigovore na vlastito ponašanje koje često dovodi do nasilnog ponašanja), dissocijalni poremećaj ponašanja (grubo zanemaruju osjećaje i potrebe drugih, skloni selektivnom nepoštivanju općih socijalnih normi, obveza i pravila unatoč poznavanja tih normi na intelektualnoj razini), i granični tip. Učestale su i kombinacije poremećaja kod iste ličnosti. Važno je istaknuti, da se te i takove osobe često nameću kao vođe, kao uzor posebice u dječjoj i adolescentnoj dobi i imaju značajnu ulogu u širenju amoralnih, neetičnih i društveno štetnih modela ponašanja. Vrlo često postaju ovisnici ili osobe koje šire ovisnost među adolescentima.

Hijerarhizacija vrijednosnih sustava

U svijetu u kojemu živimo, svijetu brzog širenja informacija, slobode medija u kojem se djeci i mladima »nude« opasne informacije (na primjer iz područja pedofilije i slično) uz licemjerno zastupanje prava na informiranost, često se pojedinac nađe u konfliktnoj situaciji sa samim sobom. Posljednjih godina u psihijatrijskim se ambulancama relativno

smanjuje broj osoba s pravim duševnim bolestima (kojima usput budi rečeno najviše možemo pomoći), a raste broj osoba koje dolaze radi konzultacija, drugog mišljenja i slično. Velik je broj i onih, koji radi društvene stigmatiziranosti duševne bolesti izbjegavaju doći psihijatru i zatražiti pomoć na početku javljanja psihičkih tegoba, odgađaju liječenje i dolaze tek onda kada je bolest već uznapredovala. Vrlo često se nalazimo u situaciji, da su bolesnici pojedinih dijagnostičkih kategorija imali mogućnosti dobiti određenu materijalnu pomoć radi nadoknade duševne boli radi izvjesnih poremećaja, ako su se javili i zatražili pomoć do točno određenog datuma. Brojni su bolesnici zaista imali psihičke tegobe, ali su radi dodatne stigmatiziranosti psihijatrijskog liječenja izbjegavali doći na liječenje, te su time izgubili mogućnost materijalne nadoknade, koju imaju oni koji posjeduju medicinsku dokumentaciju o prethodnom liječenju. Nerijetko nam dolaze takovi bolesnici, traže savjete, traže pomoć i slično. Postavlja se pitanje: Koje je rješenje etično, tko je taj koji će odlučiti, ukratko, što i kako reći ozbiljno bolesnom branitelju, koji je bio visoko traumatiziran, koji ima ozbiljni psihički poremećaj, koji se godinama liječio, nije spavao, imao teške snove, a sada »ostaje bez materijalne gratifikacije«. Da li je na psihijatru, koji to bolje razumije s bolesnikom suosjećajući, da poduzme nešto, piše dopise, da se stavi u ulogu odvjetnika ili skrbnika svog bolesnika, da uvaži načelo »što sagriješih propustom«, ili da se ogluši na patnju i duševnu bol svog bolesnika, koji nema snage sam si pomoći. Primjeri su brojni. Evo još nekih.

Psihičke bolesti i poremećaji sve su češći, bilo da se više javljaju, bilo da ih bolje liječimo pa osobe s psihičkim poremećajima duže žive, a stopa prevalencije se povećava. Broj zaposlenih psihijatara u društvenim institucijama se smanjuje, duševni bolesnici obično nemaju mogućnosti ići na liječenje privatnim psihijatrima i pritisak na liječnike u bolnicama raste. Broj pregleda bolesnika, koje bi pojedini zaposleni psihijatar u svoje radno vrijeme mogao i trebao obaviti daleko je manji od broja bolesnika koji nam dolaze, koji traže pomoć, a koji imaju pravo doći i imaju pravo na liječenje i izbor liječnika. Imaju obično i ozbiljne psihičke poremećaje. Oni često dolaze u pratnji članova obitelji, prijatelja, ponekad i kolega s radnog mjesta.

Što je pošteno učiniti? Da li sniziti razinu pruženih usluga, smanjiti prosječno vrijeme posvećeno pojedinom bolesniku, da li odbiti novopridošle bolesnike, uvoditi liste čekanja (koje nisu rješenje u psihijatriji), odbijati bolesnike koje liječimo godinama? Kako odrediti prioritet bolesnika koji nas svi trebaju. Naša je obveza pružiti pomoć onima koji nas trebaju. Kako ostati pošten? Trebamo li raditi više i duže od našeg radnog vremena, ili inzistirati da svi liječnici ispunjavaju propisani kvalitet i kvantitet, ili vršiti pritisak na odgovorne da povećaju broj liječnika ...?

Postavlja se i pitanje odabira lijekova. Na području psihijatrije aktualni se lijekovi dijele u dvije generacije: stare i nove. Ta gruba podjela učinjena je primarno prema godini proizvodnje, ali je isto tako jasna i razlika u njihovim cijenama. Stari lijekovi su i nekoliko puta jeftiniji od novih lijekova, pa je vjerojatno s tim u svezi (a bez stručnog opravdanja) odredba Fonda da se novi lijekovi mogu propisati na račun Fonda (tj. besplatno) tek nakon što prethodno propisana najmanje dva stara lijeka nisu pokazala učinkovitost. Kada znamo da se radi o teškom duševnom bolesniku (shizofrenim ili slično), onda nema dileme da postupak treba smatrati neopravdanim, nepoštenim, nekorektnim. Smatrali smo, da u skladu s etičkim principima i moralnim načelima treba intervenirati i uzeti u zaštitu svoje teške bolesnike, pa smo intervenirali, no stanje još nije riješeno. Stoga, nemogavši naći drugo rješenje, postavljamo pitanje:

Treba li **slušati** odredbu Fonda i gubiti vrijeme na isprobavanje lijeka ili učiniti prijevaru tj. napisati da je isprobao dva lijeka, pa je opravdano tražiti treći, skuplji i vjerojatno bolji za konkretnog bolesnika. Liječnici se danas često stavljaju u poziciju da radeći po principima suvremene medicine, savjesno i dobro, krše određene propise i obrnuto, ako rade po nekim propisanim odredbama dovode u pitanje svoju moralnost, profesionalnu i liječničku.

Smatram, da o relativizaciji moralnosti ne možemo govoriti, posebno onda kada nemamo osobne dileme, ako liječnik zna, što bi za njegovog konkretnog bolesnika bilo najbolje, onda je to i jedino moralno, ispravno i korektno. No, društvo, mediji, pa i zakon često nisu na našoj strani.

Ovdje treba spomenuti i pojam izrade doktrina. U cijelom svijetu i ratovima postoje tzv. vojne doktrine. One su utemeljene na činjenicama i obično su logične i opravdane, vode računa o najčešćem deficitu liječnika i stručnog osoblja i izrađuju doktrine u skladu s najboljim očekivanim ishodom za grupu, skupinu oboljelih, a ne i za svakog pojedinog bolesnika. Česti su slučajevi, da se liječnik subjektivno ne slaže s doktrinom, no tu obično »dilemi nema mjesta«.

Moralne dileme i zakon

Još prije desetak godina bile su nepoznate tužbe protiv liječnika i općenito protiv zdravstvenih ustanova. Danas je to već dosta prisutno, i postaje novom situacijom, koja je u psihijatrijskoj praksi relativno česta. Naime, psihički bolesnici su često suicidalni, posebno depresivni bolesnici, shizofreni i oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja. Iskusan je psihijatar u najvećem broju slučajeva u stanju procijeniti, da li je bolesnik suicidalan i u kojoj mjeri. Suicidalnost je često sastavni dio kliničke slike duševnog bolesnika. Bilo da ima imperativne slušne

halucinacije da se ubije, da mu život nema smisla, da je disforičan i dezorganiziran, da u smrti vidi jedino rješenje i da nema drugog izlaza ili ima prisilu da se ubije. Sve su to bolesni motivi, rezultat su bolesti, što znači da ih je moguće liječiti. Kod nekih se bolesnika suicidalnost javlja naglo, kod nekih se razvija postupno i traje dugo. Postoje i gotovo kronične suicidalnosti. Što psihijatar mora i može učiniti za takovog bolesnika? Treba procijeniti da li je opravdano hospitalizirati ga ili ne. U Hrvatskoj je na snazi Zakon o zaštiti bolesnika s duševnim smetnjama, po kojemu se bolesnika može i smije prisilno hospitalizirati samo u slučaju kada se procijeni da je njegovo psihičko stanje takovo, da može dovesti do ugrožavanja vlastitog ili tuđeg života i materijalne štete (7). Ovdje se susrećemo istovremeno i sa stručnom i s moralnom dilemom: da li je opravdano bolesnika doživotno držati u bolnici, posebice ako on to ne želi i s tim se ne slaže? U bolnici ima adekvatnu terapiju, dobru skrb i nadzor, a šansa da će počiniti suicid je minimalna. Bolesnik s kroničnom suicidalnošću međutim ne mora imati kontinuiran i visok suicidalni rizik, i ako ne želi biti u bolnici, njegov psihijatar mora odlučiti može li ga se otpustiti iz bolnice ili ne. Procjene su teške i opasne. Ako ga se na njegov zahtjev ne otpusti, bolesnik može tužiti i psihijatra i bolnicu, jer su se ogriješili o Zakon o zaštiti bolesnika s duševnim smetnjama, jer su ga bez njegove želje zadržali u bolnici, a on se nije ubio, pa je dakle procjena liječnika bila pogrešna. Pitanje je, dakako, ne bi li se bolesnik u vanjskoj, neprotektivnoj situaciji možda ipak ubio ili pokušao ubiti, a da to nije učinio u protektivnim bolničkim uvjetima?

Tužbe tog tipa učestale su. No, bez obzira na samu tužbu, koja svakako komplicira život liječnika, on ima i svoju savjest, nije mu svejedno da bolesnika prisilno zadržava u bolnici, i da je donio pogrešnu procjenu. Ako pak procijeni, da rizik od suicida aktualno nije visok i otpusti bolesnika ili ga pusti na izlaz, a bolesnik se ubije ili pokuša ubiti, obitelj podnosi tužbu i obično traži visoke odštete. Liječnik se sada nalazi u vrlo teškoj i traumatskoj situaciji: ima osjećaj krivnje, učinio je profesionalnu grešku, bilo da je krivo procijenio, bilo da nije posvetio dovoljno vremena razgovoru sa sada pokojnim bolesnikom. Uvijek i svaki suicid bolesnika dovodi do dubokog preispitivanja, procjene moralnosti čina puštanja bolesnika, uvjeta s kim i kako je pušten, u koju sredinu i slično. To su situacije koje, iako nam je teško, treba analizirati. I to ne samo sam sa sobom i svojom savješću, već sa suradnicima i učenicima kako u cilju educiranja i preveniranja ponavljanja sličnih situacija i eventualnih pogrešaka, tako i radi preveniranja fenomena sagorijevanja terapeuta.

Česti su slučajevi psihičkih dekompenzacija terapeuta u takovim situacijama, posebno u slučajevima kada se sudski dokaže njihova krivnja, a posebno u slučajevima kada sâm terapeut smatra da je

pogriješio, da je učinio propust. Ovdje se treba zapitati, da li je takav čin i amoralan, ili greška u postupku nije i amoralnost. Prosudu treba donijeti sam terapeut, to je posao njega i njegove savjesti, a bazirati se treba na analizi, da li je poduzeo sve što je trebao, znao i mogao, da do toga ne dođe. Psihijatrija nije egzaktna znanost a i okolnosti koje bolesnik može susresti nakon remisije ponekad su teško predvidive, pa postoje situacije u kojima psihijatar i unatoč uvažavanju pravila *primum non nocere* može napraviti pogrešnu procjenu, koja tada nije i amoralna, iako je kobna. Takovi primjeri u praksi nažalost nisu rijetki.

Psihijatar kao vještak

U praksi su sudski vještaci obično profesionalci u pojedinim strukama koji se bave vještačenjem osoba ili predmeta iz svoje struke. U psihijatriji je situacija nešto kompliciranija jer su gotovo svi vještaci (osim umirovljenika) istovremeno i kliničari, dakle psihijatri, koji liječe svoje bolesnike, a vještačenje im je dodatna djelatnost. To svakako ima prednosti jer su dobro informirani i znaju aktualnosti s područja struke, ali i nedostataka jer mogu imati konflikt interesa kada sud traži, vještačenja osobe kojoj su sada ili su bili ranije, terapeuti.

Psihijatar kao vještak najčešće vještači slijedeće:

1. ubrojivost osobe koja je počinila kazneno djelo
2. procesnu sposobnost optuženika
3. potrebu i vrstu izricanja ili neizricanja mjera obaveznog liječenja počinitelja djela
4. stupanj poslovne sposobnosti
5. potrebu prisilnog zadržavanja u bolnici i potrebu za prisilnom hospitalizacijom

U vještačenju na sudu, bilo u obliku pisanog materijala bilo iznošenjem vještačenja *in foro*, psihijatar vještak se gotovo uvijek nalazi u moralnoj dilemi koliko od intimnih podataka ispitanika vezano uz njegovu bolest može, treba i smije iznijeti, budući su ti podaci medicinska tajna i psihijatar je *in foro conscientiae* u konfliktu obaveze čuvanja liječničke tajne i iznošenja argumenata koji su ključni za bolesnikovu ubrojivost ili neubrojivost, procesnu sposobnost i drugo. Liječnik vještak radi vlastite moralnosti i uvažavanja Hipokratove zakletve očuvanjem podataka o bolesnikovoj bolesti, pa čak ako i nije njegov liječnik već vještak, mora štiti bolesnikovo dostojanstvo i pravo na tajnost simptoma i znakova bolesti. To se posebno komplicira kada su sudske rasprave javne i prisutni su brojni novinari, koji obično ne poštuju pravila etike te

vrlo diskretne i intimne podatke o optuženiku publiciraju u tisku, na radiju i TV-u. Unatoč traženju Suda liječnik, koji liječi ispitanika, može odbiti vještačenje ako je on i terapeut tog istog bolesnika u cilju očuvanja povjerenja i izbjegavanja konflikta interesa terapeuta i vještaka. To je posebno važno u slučaju vještačenja ubrojivosti nakon počinjenja djela za koje se ne može sa sigurnošću odlučiti koliko je djelo pod direktnim utjecajem psihopatologije a koliko nije, bez obzira što je terapeut obično najkompetentniji za donošenje te prosudbe, iz primarnog razloga, da bolesnik-ispitanik ne izgubi povjerenje u svog terapeuta, ali i da se zaštiti terapeuta da transfer prema bolesniku ne bude rizični povod za neophodnu objektivnost u vještačenju.

Bolesnici obično doživljavaju čin lišenja poslovne sposobnosti kao traumu, pa je i to razlog za traženje izuzeća terapeuta da provodi vještačenje, jer iz moralnih i terapijskih razloga uloga terapeuta treba biti hijerarhijski nadređena i važnija od uloge vještaka.

Klinička ispitivanja lijekova, poštenje i moralnost

Posljednjih je godina i u Hrvatskoj često u stručnoj i općoj javnosti raspravljano o kliničkim studijama, etičnosti i moralu, pa je stoga i u časopisu visoke etičke i moralne razine potrebno otvoreno progovoriti o toj temi. Globalizacija je dovela do nastojanja postizanja uniformnosti na području znanosti, tehnike, informiranja i slično. U globalizaciji je Amerika, usudim se reći, apsolutno odnijela pobjedu na većini područja. Stara Europa s vjerskom, kulturnom etikom, tehnikom, filozofijom i znanošću kao da je posustala i na neki način biva »izdana« od Velike Britanije, te je kormilo određivanja pravila ponašanja, zakona, operacionaliziranja postupaka i slično prepustila Americi. Zašto? Možda zbog neslaganja i unutareuropske konkurencije, umora od osvajanja i ratova, ili je prevladala američka moć jezika i dolara, tko bi znao. Sigurno je jedno, da se moć u suvremenom svijetu više dobiva znanjem, pisanim tekstom i jedinstvenim jezikom, jedinstvenim kriterijima vrednovanja izuma i bogatstvom dolara nego mačem. I upravo je nakon Drugog svjetskog rata Amerika sve to imala i time postala nositeljica postavljanja i određivanja pravila. Amerika osnivanjem Administracije za ispitivanje hrane i lijekova utemeljuje pravila proizvodnje i ispitivanja lijekova na sebi specifičan način, na način kako Amerika smatra da je opravdano i potrebno.

Opravdano je i postaviti pitanje čemu služe klinička ispitivanja lijekova? Poznata je činjenica da su se lijekovi i u psihijatriji i općenito u medicini otkrivali slučajno, da je u prošlosti empirija bila ključni način spoznavanja lijekova, učinkovitosti i nuspojava. I neki suvremeni i još uvijek primjenjivani lijekovi otkriveni su slučajno. No, danas se lijekovi

sintetiziraju ciljano i prije nego se počnu primjenjivati u praksi prolaze duge postupke ispitivanja. Poznato je da ti postupci i procedura u prosjeku traju pet ili više godina (8). Cilj provođenja kliničkih studija je provjeravanje učinkovitosti i otkrivanje eventualnih nuspojava, tj. neželjenih učinaka ispitivane supstance koja bi trebala biti novi lijek za određenu bolest ili bolesno stanje. Poznavanje lijekova i povijesno praćenje pokazuju da su brojni lijekovi, koji su upotrebljavani u liječenju određene bolesti, nakon dužeg primjenjivanja pokazali djelotvornost i u liječenju neke druge bolesti ili stanja. Posljednja dekada prošlog milenija uvela je brojne nezaobilazne procedure ispitivanja pojedinog lijeka prije njegove registracije ili neprihvatanja registracije za liječenje pojedine bolesti, ali isto tako i niz kodeksa i deklaracija koji moraju biti primijenjivani u provođenju kliničkog ispitivanja svake supstance (9). Kliničke studije su različito dizajnirane, pa se ne može i ne smije govoriti generalno o etičnosti i/ili neetičnosti kliničkih studija. Činjenica jest da su one neminovne, da novi lijek nije moguće registrirati ni u Europi ni u svijetu uopće dok određene procedure ispitivanja nisu provedene. Te su procedure u pravilu i opravdane. Tim se procedurama potvrđuje učinkovitost ispitivane supstance i kada se ta učinkovitost dokaže ispitivana supstanca dobiva naziv lijeka. To je primarni zadatak kliničkog ispitivanja. Provodi se na način da se ispituje na oboljelima od konkretne bolesti (nakon što je provedeno ispitivanje na životinjama) te iskusni kliničari ocjenjuju učinkovitost ili neučinkovitost. Pitanje etičnosti u tim postupcima vrlo važno je razjasniti jer se posljednjih godina i u Hrvatskoj mnogo govori i piše o toj temi, pa čak i o etičnosti provođenja kliničkih farmakoloških ispitivanja na psima. Vrlo je važno, da su sudionici (ispitivane osobe-bolesnici) detaljno informirani o čemu se radi, koje su moguće opasnosti za njihovo zdravlje, o mogućim štetnim posljedicama za njihovo potencijalno potomstvo, da im se unaprijed objasni procedura ispitivanja i da nisu ni u kakvom konfliktu interesa, da mogu razumjeti postupke, da u svakom času mogu odustati od ispitivanja, da su dragovoljno potpisali dva primjerka takozvanog »Informiranog pristanka« u kojemu je pismeno objašnjen tijek ispitivanja i sve moguće opasnosti za ispitanika, te da im jedan primjerak bude uručen. Ispitaniku ne smije biti oduzeta poslovna sposobnost, tj. svojevlast, dakle, ne smije imati skrbnika i mora imati slobodu odlučivanja i iskazivanja svoje volje. Ne smije biti prisilno hospitaliziran niti po odluci suda. Ispitivač ne smije nagovarati bolesnika na sudjelovanje u studiji. Pitanje moralnosti uključivanja duševnog bolesnika u kliničke studije podliježe velikoj opasnosti od zloporabe prije svega zato što je duševni bolesnik često psihotičan i u takovim stanjima potrebno je vrlo precizno određivanje njegove sposobnosti shvaćanja i razumijevanja procedura kliničkih studija i mogućih štetnih posljedica radi eventualne neučinkovitosti.

Također i poradi mogućih nuspojava koje ponekad mogu biti i vrlo opasne. Zbog toga će kliničar ispitivač radi svoje vlastite čiste savjesti i poštivanja ispitanikove sigurnosti i dostojanstva odabrati samo one bolesnike koji su dragovoljno hospitalizirani, koji su u stanju razumjeti smisao i moguće posljedice sudjelovanja u kliničkoj studiji, uz davanje mogućnosti bolesniku da u svakom momentu može odustati od daljnjeg sudjelovanja u studiji postupkom povlačenja ranije potpisanog »Informiranog pristanka«.

Za razliku od tako dizajniranih kliničkih pokusa postoje i studije problematičnog dizajna. To su između ostaloga takozvane dvostruko slijepe studije, što znači da dio bolesnika u studiji prima ispitivanu supstancu a dio bolesnika placebo. Tu je potrebno postaviti najmanje dva pitanja prije prihvaćanja provođenja takvog dizajna ispitivanja:

— Da li se radi o bolesti kod koje samo lijekovi mogu dovesti do poboljšanja ili o poremećaju kod kojega je moguć i placebo učinak?

— Da li bismo u takovoj studiji željeli i pristali sudjelovati kao ispitanik?

Tek ako je odgovor na oba postavljena pitanja potvrđan, dozvoljava se daljnji razgovor s mogućim ispitanikom uz obvezu detaljnog objašnjavanja da upravo on može biti na placebo a ne na lijeku, da to može dovesti do daljnjeg pogoršanja bolesti i drugih mogućih posljedica i tome slično.

Ispitivači-liječnici koji provode klinička ispitivanja su za taj posao posebno plaćeni i ta činjenica dodatno otežava procjenu individualne moralnosti i poštenja. Upravo iz tog razloga u naslovu stoji i »*primum non nocere*«, jer ako bolesniku umjesto aktivne supstance svjesno dajemo placebo a da pritom i ne znamo kojem od bolesnika (jer su studije dvostruko slijepe što znači da ni bolesnik ni ispitivač ne znaju tko je na ispitivanoj supstanci a tko na placebo), postoji velika mogućnost pogoršavanja njegovog psihičkog stanja, pa mu time svjesno štetimo. Čini se da tu nema dileme, da je time tim bolesnicima nanesena šteta, bez obzira što su oni detaljno informirani o proceduri i mogućoj šteti i da je prema konkretnom bolesniku, njegovom zdravlju i dostojanstvu postupak neetičan, a ispitivač nemoralan i nepošten.

Ako sada pokušamo s individualnog prijeći na globalno, moguće je zaključiti da je globalni cilj pronalazjenja novog, možda boljeg od danas postojećih lijekova, da je to napredak za medicinu i velik broj budućih bolesnika, što je dobro. No, nisam sigurna da to dobro, može opravdati i nadomjestiti moguću štetu na računu manjeg broja ispitanika, kojima je davan placebo. Mislim da mi kao liječnici-terapeuti konkretnih bolesnika ne smijemo njihove interese i prava na najbolje liječenje ignorirati, pa ni u interesu općeg dobra. Potrebno se samo zapitati: Da li bismo u tu studiju uključili, pod takovim uvjetima, naše dijete, roditelja ili supruga, pa će nam naša savjest dati pravi, moralni, kršćanski odgovor.

Zaključak

U radu je prikazana realna situacija odnosa liječnik-bolesnik u uvjetima današnje psihijatrije sa stanovišta kako ostati ili postati moralan prema svojim bolesnicima s nekoliko razina: odnos prema konkretnom bolesniku, zaštita prava, dostojanstva i interesa bolesnika ali i liječnika terapeuta, kako se nositi sa zakonodavstvom i duševnom bolesti i ponašanjem duševno bolesnih te moralnošću i vlastitom savješću. Posebno je prikazan problem i etičke dileme aktualno često opisivanih kliničkih studija ispitivanja lijekova sa stanovišta duševnih bolesnika i uloga psihijatra kao sudskog vještaka.

Literatura

1. A. KOVAČEC, *Hrvatski opći leksikon*, Zagreb, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 1996.
2. V. ANIĆ, I. GOLDSTEIN, *Riječnik stranih riječi*, Zagreb, Novi Liber, 2005.
3. V. FOLNEGOVIĆ-ŠMALC, O etičnosti u psihijatriji, *Medix*, 2007. XIII/70, str. 130-132.
4. T. MATULIĆ, Stanje postmodernog moralnog subjekta, *Nova prisutnost*, 2004, II/2.
5. R. MORDACCI, *La dissoluzione del soggetto morale in bioetica*, Milano.
6. *Svjetska zdravstvena organizacija: MKB-10*, Zagreb, Medicinska naklada, 1999.
7. *Kazneni zakon*, Zagreb, Hrvatska tiskara, 1977.
8. H. A. PINCUS, J. A. LIEBERMAN, S. FERRIS, *Ethics in Psychiatric Research*, Washington, APA, 1999.
9. ICH Guidelines, Good Clinical Practice, Lilly, u: Z. Znidarčić (ur.), *Medicinska etika 1*, Centar za bioetiku, 2004.

Summary

Morality, honesty, justice and primum non nocere

From the point of view of a psychiatrist

The article aims to present some contemporary problems and dilemmas, not about what is morality, rectitude and honesty, but what is the essential contemporary reality of how a physician in his everyday practice finds a pragmatic outcome and resolution of the paradigm *primum non nocere*, however without intention to relativise other value systems and human dignity.

Still, we can state that morality, as defined by some authors, differs, but it seems that a very comprehensive, acceptable and clear definition would be that which considers that morality is an ensemble of social norms which are in harmony with a certain concept of goodness, and that it is also the right and obligation of an individual to live and behave according to principles of rectitude and honesty and to be thus a corrective factor for others.

The article presents the real situation of the relationship physician – patient in circumstances of today's psychiatry from the viewpoint of how to remain or become moral towards one's patients by several approaches: relationship with a specific patient, protection of his rights, dignity and interests, as well as of those of the therapist – how to deal with legislation and the psychical illness and the behaviour of psychically sick patients and his own morality and consciousness. Problems and ethic dilemmas of today's frequently described clinical studies on drug tests from the standpoint of psychically sick persons and the role of psychiatrist as court expert are especially presented.