

# Etički izazovi pristupa psihotičnim poremećajima

## *Ethical Challenges in Dealing with Psychotic Disorders*

MARKO ĆURKOVIĆ<sup>1,2</sup>, PETRANA BREČIĆ<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb; <sup>2</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

**SAŽETAK** \_\_\_\_ Etički izazovi koji se javljaju u skrbi za osobe koje boluju od psihotičnih poremećaja su mnogobrojni i raznovrsni. Njihova složenost u tome smislu odraz je složenosti samih psihotičnih smetnji i poremećaja, odnosno složenosti uzroka koji su u njihovoj podlozi, složenosti njihove pojavnosti te složenosti društvenih (uključivši i zdravstvenog sustava) odgovora na iste. U ovome radu prikazani su neki od tih izazova uz naglasak na ipak bitne razlike u izazovima koji se javljaju u nastojanjima da se psihotični poremećaji spriječe, tj. da se spriječi njihov nepovoljan tijek, u nastojanjima da se psihotični poremećaji liječe te, konačno, u nastojanjima da se omogući oporavak osobama koje boluju od psihotičnih smetnji i poremećaja. Pritom smo nastojali spomenute izazove sagledati kroz prizmu osnovnih bioetičkih načela: dobročinstva, neškodljivosti, poštivanja autonomije te pravednosti.

**KLJUČNE RIJEČI:** medicinska etika, bioetika, psihotični poremećaji, shizofrenija, prevencija, liječenje, oporavak

**SUMMARY** \_\_\_\_ The ethical challenges that arise from caring for people suffering from psychotic disorders are numerous, manifold, and diverse. Their complexity in this sense reflects the complexity of psychotic disturbances and disorders themselves, that is, the complexity of their underlying causes, the complexity of their appearance, and the complexity of the social (including the health system) responses they provoke and invoke. Through this manuscript, some of these challenges are presented with an emphasis on substantial differences in the challenges that emerge within efforts to prevent psychotic disorders, that is, to prevent their unfavourable course; within efforts to treat psychotic disorders and, finally, within efforts to foster and facilitate the recovery of persons suffering from psychotic disturbances and disorders. These challenges are approached and addressed in this paper through the prism of basic bioethical principles: beneficence, non-maleficence, respect for autonomy, and justice.

**KEY WORDS:** medical ethics, bioethics, psychotic disorders, schizophrenia, prevention, treatment, recovery



### Uvod

Razmatranje etike koja se tiče i dotiče psihotičnih poremećaja i skrbi za iste je prilično zahtjevan zadatak. Isto proizlazi iz nekoliko važnih činjenica. Prije svega, psihotični poremećaji obuhvaćaju mnogo toga. Primjerice, može se raditi o prolaznim psihotičnim smetnjama, doživljavanjima ili proživljavanjima, koja mogu biti gotovo i prirodna pra-teća pojava nekih okolnosti u inače “zdrave” osobe. Takve osobe neće (za)tražiti stručnu pomoć, a mnoga istraživanja nam govore da se to događa i češće nego što smo prethodno mislili (1, 2). Nadalje, psihotične smetnje mogu se javiti uslijed uporabe niza različitih sredstava ovisnosti. Osim toga, psihotične smetnje mogu se javiti i u okvirima “pravoga” psihotičnog poremećaja, a tu prije svega mislimo – ničim izvanjskim jasno prouzrokovanim. Ipak, i ti “pravi” psihotični poremećaji kasnije mogu imati sasvim različiti tijek. Tako će neke osobe uz isti nastaviti gotovo sasvim uobičajen život, a neke druge osobe imat će izrazito nepovoljan tijek unatoč suradljivosti u liječenju i skrbi. Nevolja ovdje jest u tome što unatoč velikom napretku znanja o psihotičnim poremećajima, isto i dalje ne pruža sasvim zadovoljavajuće

mogućnosti predviđanja u ovome smislu (3). Drugim riječima, i dalje je teško i neizvjesno predvidjeti hoće li se neke naizgled sporedne psihotične smetnje, koje se možda početno i može povezati s nekim izvanjskim uzrocima, razviti u puni, pravi psihotični poremećaj, kakav će biti daljnji tijek tog poremećaja te što treba činiti kako bi isti bio najpovoljniji moguć (2, 4).

Mimo toga što mogu biti odraz više bitno različitih uzroka, psihotične smetnje i poremećaji su sami po sebi u svojoj pojavnosti vrlo različiti. Ne ulazeći ovdje u sve moguće znakove i simptome psihotičnih poremećaja (a dostatno je reći kako u shizofreniji govorimo o više skupina znakova i simptoma, poput onih pozitivnih, negativnih, kognitivnih, afektivnih i slično), naglasit ćemo samo činjenicu kako psihotični poremećaj kod jedne osobe može biti jasno uočiv, pa i nestručnoj osobi, a kod neke druge osobe isti može biti vrlo prikriven, pa i krajnje stručnoj osobi. Ovdje valja napomenuti kako se ne mora nužno niti raditi o drugim osobama, nego o istoj osobi u različitim životnim razdobljima.

Osim uočljivosti ili vidljivosti za druge, a što je prilično važno kada se raspravlja o etičkim izazovima, psihotični pore-

mećaji mogu biti i različito uočljivi i samoj oboljeloj osobi zbog njezinih različitih razina uvida u i spram istih.

Ako pak na općenitijoj razini promotrimo uočljivost i vidljivost psihotičnih smetnji i poremećaja za druge, onda je vrlo lako uočiti kako su iste određene čitavim nizovima sasvim različitih čimbenika, od kojih su oni uže biološki – koje medicina kao struka nastoji razabrati i na njih utjecati, najblaže rečeno, sasvim sporedni (5). Uostalom, da bismo nešto mogli nazvati psihotičnim, tj. bitno različitim od onog stvarnog, moramo moći odrediti tu stvarnost (i sebi i drugima), a što je samo na prvi pogled jednostavan zadatak.

## Obris rada

I ovaj krajnje krnji prikaz pokazuje kako daljnja rasprava o etičkim izazovima može ići u puno različitih smjerova, stoga i ne treba čuditi kako zapravo nedostaju “djela” koja iole sustavnije obrađuju ovu temu. Svaka od, u prethodnome uvodnom odjeljku navedenih stavki, i naše trenutno razumijevanje istih, bitno određuju etiku pristupa psihotičnim poremećajima. Ipak, za ovu priliku, etičke izazove pristupa psihotičnim poremećajima podijelit ćemo na one vezane uz sprječavanje njihova nastanka i razvoja nepovoljnog tijeka (ili prevenciju), uz njihovo liječenje te uz oporavak. Iz svake od ovih skupina prikazat ćemo samo neke od izazova, iz jednostavnog razloga jer bi njihovo iole cjelovitije razmatranje uvelike prelazilo okvire ove rasprave. Pritom ćemo se u ovome kratkom prikazu voditi prvenstveno bioetičkim pristupom, odnosno pristupom koji etičke izazove nastoji sagledati kroz (ili u odnosu na) četiri osnovna bioetička načela prikazana ukratko u tablici 1. (6).

## Izazovi sprječavanja nastanka i razvoja nepovoljnog tijeka (prevencije) psihotičnih poremećaja

Najopćenitije govoreći, loše je bolje spriječiti nego liječiti. Istinitost ove svenarodne mudrosti prepoznaje i medicina koja sve veće napore usmjerava upravo u sprječavanju po-

jave oboljenja, tj. ne-zdravlja, no i u unaprjeđenju zdravlja. Isto vrijedi i za psihijatriju, na općoj razini, no i glede predmeta ove rasprave – psihotičnih poremećaja (7, 8).

Temeljna svrha svih ovih nastojanja i medicinske etike jest uočiti pojedince koji su ranjivi te su u opasnosti za razvoj psihotičnih poremećaja ili pak razabrati oboljele u što ranijem stadiju psihotičnog poremećaja prije nego zaista razviju puni psihotični poremećaj (4, 9). Dakako, cilj je, nakon što se takve pojedince uoči, na određeni način djelovati, tj. uključiti ih u sustav skrbi, a kako bi se što je moguće ranije utjecalo na daljnji tijek psihotičnog poremećaja, odnosno poboljšalo ishode i mogućnosti (društvenog) oporavka (2, 8). Primjerice, jedan od najpoznatijih stručnjaka u ovom području profesor Patrick McGorry smatra kako potreba za pružanjem skrbi, u slučaju psihotičnih poremećaja, prethodi točki u kojoj se može postaviti jasna dijagnoza (tj. u kojoj se poremećaj može jasno odrediti) (10).

Međutim, ova su nastojanja, a upravo poradi prethodno u uvodu iznesenih mnogostrukosti i složenosti psihotičnih smetnji i poremećaja, bremenita nizom prilično jedinstvenih etičkih izazova. Iste bismo mogli dalje podijeliti na one povezane s:

- predviđanjem takve opasnosti (ili rizika)
- njezinom procjenom (ili određivanjem)
- priopćavanjem opasnosti onima kojih se tiče
- upravljanjem opasnosti (tj. pružanje skrbi na temelju procijenjene opasnosti) (2, 4, 7, 8).

Nekoliko je središnjih činjenica koje sva ova nastojanja čine etički izazovnima te time zahtijevaju vrlo pažljivo etička promišljanja. Prva se tiče onoga što smo već nastojali oslikati – raznolikosti i mnogostrukosti psihotičnih smetnji i poremećaja. Samim time, a ne ulazeći ovom prilikom dublje u tu raspravu u kojoj možemo samo istaknuti kako ovdje grupiramo osobe prema razini opasnosti – primjerice, postoji grupa u opasnosti (*at-risk*) i grupa izrazite opasnosti (*ultra-high-risk*), i opasnost razvoja psihotičnih poremećaja (dakle, nešto što prethodi toj složenosti) vrlo je

TABLICA 1. Osnovna bioetička načela

NAČELA	ZNAČENJE
neškodljivost	ne (nesrazmjerno) škoditi, ne nanositi patnju
dobročinstvo	djelovati u najboljem interesu (na dobrobit) drugoga
poštivanje autonomije	poštivati odluke i izbore drugih
pravednost	nastojati ravnomjerno/razmjerno raspodjeljivati koristi (dobra) i štete (terete)

Prilagođeno prema ref. 6.

promjenjiva, višeznačna, nerijetko dvosmislena (2, 9). Drugim riječima, osoba koja ima izraženu opasnost od razvoja psihotičnog poremećaja, može, ali i ne mora u konačnici razviti psihotični poremećaj. Ona može razviti i neki sasvim drugi psihički poremećaj, a ne mora razviti niti jednu psihičku smetnju. Tim više, a to opažanje dijele gotovo sva istraživanja u ovome području, velika većina osoba koje su određene kao one kod kojih postoji opasnost razvoja psihotičnih poremećaja, isti kasnije nikada neće razviti (1 – 4). Ovaj splet okolnosti određuje prvi središnji etički izazov, a to je onaj lažno pozitivnih ili izdvojenih osoba, tj. osoba koje su procijenjene kao u opasnosti od razvoja psihotičnih poremećaja, kojima je ta opasnost priopćena te koje su obično uključene u neki oblik skrbi. Dodatnu razinu složenosti određuje i činjenica da se radi o, u pravilu, mladim osobama, pa i maloljetnicima. Time se osim općenitih neželjenih učinaka povezanih s možebitnim prekomjernim liječenjem (engl. *overtreatment*) javljaju i oni povezani s utjecanjem na razvoj osobe, njezino poimanje same sebe, daljnje stjecanje nekih životnih sposobnosti, uključenosti u društvo i slično (4, 8, 11).

Ovdje postoji jedno temeljno proturječje: s jedne strane, svrha i sasvim opravdana težnja svakog sprječavanja jest isto učiniti što ranije. Međutim, s druge strane, nevolja proizlazi iz činjenice da je ranije uplitanje povezano s izrazitijim mogućim neželjenim, štetnim učincima (2, 11). Drugim riječima, pomicanjem uzvodno prema možebitnim uzrocima ovih poremećaja, prema razini primarne prevencije, veće su možebitne koristi, ali i štete. Prisutan je tu jedan i gotovo metafizički izazov – naime, sasvim općenito govoreći, što je ranije uplitanje u neki slijed uzroka, opasnosti ili ranjivosti, to je kasnije manja mogućnost točne procjene iste.

Ipak, kako se, vjerujemo, već i može razabrati, ovdje se svakako radi o svojevrsnom sukobu između dva temeljna bioetička načela – dobročinstva (tj. nastojanja činjenja dobra) i neškodljivosti (tj. izbjegavanja činjenja možebitnih šteta ranim uplitanjem). Kada isto stavimo u odnos, općenito pravilo glasilo bi kako vjerojatne koristi trebaju biti veće od vjerojatnih šteta nekog postupka (2, 10). Svojevrsna nezgoda kod etičkih načela jest, a to ih i razlikuje od puke procjene isplativosti ili učinkovitosti (*cost-benefit* procjene), da su one povezane s dužnostima onih uključenih u skrb. Vrijedi i dodatno naglasiti kako je u etičkom smislu za ova nastojanja da se uhvati u koštac s opasnošću od psihotičnih poremećaja od presudne važnosti činjenica da se te osobe podvrgava skrbi (uključivši i priopćavanje opasnosti) prije (tj. u odsustvu) postojanja punoga psihotičnog poremećaja.

Ako sve prethodno navedeno pokušamo kratko staviti u neki odnos, onda se kao temeljna pitanja ovdje nameću:

- Kada i koga uopće podvrgnuti procjeni ove opasnosti?
- Koliko valjane i pouzdane moraju biti metode procjene opasnosti?

- Koja je to razina tako utvrđene opasnosti koja zahtijeva daljnje djelovanje?
- Kada i kako priopćiti tu opasnost?
- Koju (na koji način, u kojem obujmu) vrstu skrbi pružiti?

Jednostavnih odgovora na ova pitanja i dalje nema iako, primjerice, dosadašnja razina dokaza nije dostatna da bi mogla opravdati opći probir (2).

Glede priopćavanja, pogotovo s obzirom na moguće duboke utjecaje na samu osobu, no i njezino cjelokupno, trenutno i neko buduće okruženje, može se razabrati i sukob između načela dobročinstva i poštivanja autonomije (12). Naravno, poštivanje autonomije zahtijeva pažljivo pružanje odgovarajućih podataka (iako ovdje je češće važnije kako se, a ne što kazuje) uz poseban dodatan naglasak na povjerljivost (13, 14). Međutim, stvari nisu tako jednostavne. Imaju li liječnici dužnost priopćiti određenu razinu opasnosti? Ako da, koja bi to bila, tj. gdje (tko i kada) treba postaviti granicu u tome smislu? Ako osoba unaprijed izrazi želju ne znati, treba li istu baš uvijek i beziznimno poštivati? Što ako se radi o osobama koje su bile uključene u istraživanje, kao zdravi dobrovoljci, tj. što kada se radi o osobama koje nisu prethodno tražile nikakvu pomoć? Dakako, i ovdje se mogu naći zagovaratelji potpunog priopćavanja i one potpunog izostanka istoga (4, 13).

Nadalje, koju skrb ponuditi i dalje je predmet vrlo žive rasprave, a vrijedi naglasiti kako posljednja istraživanja niti jednoj vrsti skrbi ne daju sasvim jasnu prednost (3). Ovdje je svakako prvo pravilo kako liječenje treba (po)nuditi, a nikako osobe na isto prisiljavati. Mimo navedenog, takva skrb obično bi zahtijevala dobro uspostavljen, lječidbeni odnos. Konačno, ti sustavi skrbi trebaju biti prilagođeni svrsi te u tome prednost imaju mladim osobama prilagođena, osjetljiva na fine razlike, prilagodljiva, usmjerena oporavku (tj. osobi, a ne bolesti) te u zajednici ponuđena i pružena skrb (2).

## Izazovi liječenja

Mnogi su etički izazovi povezani s liječenjem psihotičnih poremećaja, jedan dio njih već smo naznačili u prethodnom odjeljku ovoga rada, no svakako središnji jest onaj povezan s primjenom mjera prisile i postupanjem protivno volji oboljele osobe. Ako ćemo promatrati kroz bioetička načela, ovdje se radi o suprotstavljanju načela poštivanja autonomije pojedinca (ili prava na samoodređenje) te načelima dobročinstva i/ili neškodljivosti (5, 12). Drugim riječima, nekoliko je načina na koji se postupanje mimo volje osobe može opravdati. Zakonska rješenja (a možemo ih za ovu priliku shvatiti kao stanovitu poopćenu etičku svijest neke zajednice) isto uglavnom opravdavaju postojanjem vjerojatnosti nastajanja neke značajne štete ili opasnosti spram oboljele osobe ili spram nekih drugih osoba (5, 15). Naime, načelo



neškodljivosti u ovim slučajevima opravdava zanemarivanje načela poštivanja autonomije osobe koje je dopušteno u medicini, primjerice, u životno ugrožavajućim stanjima, tj. kada postoji neposredna šteta po život osobe u slučaju neliječenja. S obzirom na to kako se i ovdje radi o prisili u okrilju medicine, sprječavanje nastanka štete obično se vezuje uz neku mogućnost činjenja dobra za tu osobu. Vrijedi doduše istaknuti kako se samim načelom dobročinstva, barem u zakonskim okvirima velike većine razvijenih zemalja, ne može opravdati zanemarivanje autonomije osobe (5, 15). Isto može djelovati proturječno. Naime, uvjet postojanja autonomije jest da je osoba u stanju vladati sobom (odatle i hrvatska riječ – svojevlasje). Osoba vlada sobom ako u danom okruženju na ispravan način doživljava i uvažava te i takve doživljaje, osmišljava i provodi u djelo svoje zamisli. Drugačije rečeno, nužan uvjet postojanja autonomije jest da je netko sposoban slobodno rasuđivati (16). Ovaj uvjet ponekad u osoba koje su opterećene, ili bolje rečeno prevladane psihotičnim smetnjama, jednostavno nije zadovoljen. U tim je slučajevima i okolnostima prisilno postupanje moguće opravdati i po tom tipu jer se tada jednostavno nema što poštivati. Uostalom, kako smo već rekli, biti psihotičan znači ne biti u stvarnosti. Međutim, to bi ipak bilo pretjerano pojednostavljeno shvaćanje jer treba imati na umu kako autonomija ovdje nije pojam „sve ili ništa“ (6, 12). Štoviše, općenito sposobnost rasuđivanja, a u konačnici i donošenja odluka nije takva vrsta pojma (vrijedi ponovno naglasiti kako niti psihotičnost sasvim sigurno nije). Od osobe je ispravno zahtijevati različite razine sposobnosti glede različitih odluka. Primjerice, odluka o odabiru pića radi utaživanja žeđi ili odluka o odabiru životnog suputnika. Osim toga, te se sposobnosti mogu značajno mijenjati tijekom vremena što znači da bi se sva navedena etička načela trebala ponovno staviti u primjereni odnos. Vrijedi naglasiti kako niti jedno obilježje osobe, njezina izgleda, stanja ili po-

našanja, pa i uočljiva psihotičnost, nedvojbeno ne ukazuje na odsutnost sposobnosti donošenja odluka. Drugim riječima, treba postojati svojevrсна opravdana sumnja misliti drugačije. U tablici 2. prikazujemo bitne odrednice sposobnosti donošenja odluka koristeći akronim CURVES (engl. C – *choose or communicate*, U – *understand*, R – *reason*, V – *value*, E – *emergency*, S – *surrogate*) (17). Isto tako, vrijedi napomenuti kako se nužno potrebno liječenje ne treba odgađati za vrijeme dok se nastoji utvrditi valjanost bilo koje prethodne odluke ili pak, općenitije govoreći, sposobnosti donošenja odluka.

Slijedom navedenog, sve osobe uključene u pružanje skrbi trebaju uložiti sve razumne napore kako bi oboljelim osobama omogućili da same donesu za njih važne odluke (6, 11).

Izazovi poštovanja načela autonomije u pristupima psihotičnim poremećajima ne tiču se samo protuvoljnog ili prisilnog postupanja. Oni mogu biti i puno prozirniji i finiji, a nevolja jest u tome što će upravo napredak u liječenju dovesti do njihove sve veće uloge (18). Kratko zamislite da smo u mogućnosti u potpunosti, primjerice, uporabom sustava koji izravno utječe na mozak, ukloniti psihotične (a onda možda i sve druge psihičke) smetnje u osobe sa shizofrenijom. Prema čemu bismo točno ugladili i uskladili taj sustav, a tu se vraćamo na, u uvodu naznačenom izazovu, određivanja stvarnosti, tj. normalnosti. Kako bismo uopće odabrali što bi ta osoba trebala željeti i čemu bi trebala težiti?

Ne treba ići čak niti toliko daleko, može se postaviti i puno jednostavnije pitanje očuvanosti izvornog subjekta (ishodišta iskustva) u osobe koja je možda sada i sasvim dobro, no osuđena je odvagivati je li to, svakako željena, posljedica uzimanja lijekova (ili pak bilo kojega drugog postupka liječenja) ili pak neke vrste (osobnog) razvoja, rasta i/ili prilagodbe (11).

Postoje, dakako, i mnogi drugi izazovi povezani s liječe-

**TABLICA 2.** Bitne odrednice sposobnosti donošenja odluka (CURVES)

C – <i>choose or communicate</i>	Može li osoba donijeti (u smislu slobode od neželjenih utjecaja drugih) i iznijeti (priopćiti drugima) svoju odluku?
U – <i>understand</i>	Može li osoba razumjeti opasnosti i koristi predloženog, drugih mogućnosti liječenja, uključivši i izostanak istoga te shvatiti značenje donesenih odluka?
R – <i>reason</i>	Može li osoba donijeti razumnu (racionalnu) odluku (izbor), tj. je li u stanju razabrati, koristiti, obraditi i odvagati sve potrebne čimbenike u tome smislu?
V – <i>value</i>	Je li izbor u skladu s temeljnim vrijednostima osobe?
E – <i>emergency</i>	Postoji li prijeteća opasnost (nedjelovanja ili odgode djelovanja)?
S – <i>surrogate</i>	Postoji li netko drugi tko može donijeti odluku umjesto (u ime) osobe ili pak prethodni pouzdani trag o odlukama?

Prilagođeno prema ref. 17.

njem psihotičnih poremećaja, a koje je moguće povezati s ulogom i važnošću drugih, prethodno istaknutih, temeljnih bioetičkih načela. Primjerice, ako promotrimo načelo pravednosti, može se razabrati nekoliko etičkih izazova glede psihotičnih poremećaja. Prethodno smo već naveli, u uvodnom dijelu ovog rada, kako su psihotični poremećaji bitno određeni čimbenicima koji nisu, u užem smislu značenja te riječi, biološki. Pojednostavljeno rečeno, psihotične poremećaje uzrokuje te naše doživljavanje i pristup istima u bitnome određuju i kulturološki i društveni čimbenici, tj. oni čimbenici koji proizlaze iz načina na koji uređujemo suživot u nekoj zajednici (5). Ti su čimbenici, pa i na razini uzrokovanja, no možda u većoj mjeri na razini pristupa psihotičnim poremećajima grubo nejednako, ili bolje rečeno, nepravedno raspoređeni (15). Primjerice, neke su osobe izloženi nepovoljnijim životnim uvjetima što može doprinositi razvoju psihotičnih poremećaja (5). Nadalje, neke smo osobe skloniji proglasiti psihotičnima (pa i kada one to možda nisu) nego neke druge (to može ovisiti o nečemu do te mjere priprostem kao što je, primjerice, boja kože) (15). Osim toga, nekim osobama, a upravo poradi različitih društvenih čimbenika, pristup primjerenoj skrbi bit će krajnje ograničen (11, 15). Iskoristit ćemo ovu priliku, a s obzirom na to kako se može predmnijevati šire stručno čitateljstvo, i istaknuti pojam dijagnostičkog osjenjivanja (engl. *diagnostic overshadowing*). To je vrsta vrlo očite zdravstvene nejednakosti koja se ogleda u činjenici da osobe koje boluju od psihičkih poremećaja teže ostvaruju pristup primjerenoj (ne-psihijatrijskoj) zdravstvenoj skrbi (2, 19). Isto proizlazi iz vrlo jednostavnog razloga – sklonosti pripisivanja čitave lepeze tjelesnih smetnji možebitno poremećenome psihičkom stanju (2). Isto zasigurno može biti jedan od važnih razloga zašto osobe oboljele od shizofrenije žive i do dvadesetak godina kraće nego što žive osobe s kojima dijele društvo i društvene čimbenike (a što, ne treba posebno isticati, predstavlja vrlo očitu nejednakost ishoda) (12, 20). Isto tako, osobe oboljele od psihotičnih poremećaja često se susreću s čitavim nizom (po)teškoća u ostvarenju i sasvim temeljnih uvjeta življenja poput, primjerice, smještaja, mogućnosti obrazovanja, zaposlenja i slično, a što pak predstavlja vrlo očitu nejednakost mogućnosti (11, 15, 20).

Navedeno upravo ukazuje na važnost stalnih etičkih promišljanja, ne samo u svakodnevnome profesionalnom djelovanju nego i znatno šire, a nas dovodi do posljednjeg odjeljka ovog rada, onoga o izazovima povezanim s oporavkom te našom ulogom u tome.

## Izazovi oporavka

U suvremenoj se skrbi za psihičko zdravlje sve češće koristi pojam oporavka, odnosno oporavku usmjerene skrbi. Može djelovati neobično kako oporavak ovdje zapravo ne znači

nužno niti izlječenje niti zalječenje nekoga psihičkog oboljenja, tj. puno (ili puko) odsustvo smetnji istoga (21 – 23). Radi se zapravo o, na neki način, obrnutom pristupu gdje u središtu nije oboljenje, nego osoba koja boluje i njezino jedinstveno iskustvo. To iskustvo je nerijetko, zbog same prirode nekih psihičkih oboljenja te i dalje unatoč velikom napretku prisutnih ograničenja skrbi, usmjereno na svojevrsan ispravan, zadovoljavajući i održiv suživot s (ili pak unatoč) svim onim psihičkim smetnjama i drugim ograničenjima koje unatoč svemu nije moguće u potpunosti otkloniti (24). Isto je posebice slučaj kod osoba koje boluju od težih psihičkih poremećaja, dakle, kod onih koja imaju trajni(ji) tijek te kod kojih često nije moguće postići puno odsustvo psihičkih smetnji (tj. znakova ili simptoma psihičkog oboljenja) – kao što je to nerijetko slučaj i kod psihotičnih poremećaja, a svakako kod shizofrenije (1).

Stavljanje osobe i njezina iskustva u središte skrbi zahtijeva jednu temeljitu promjenu pristupa istoj, a u podlozi svega skupa je i jedna vrlo istančana, ponešto drugačija etika (moglo bi se reći i kako se ovdje zapravo radi, ni o čemu drugom, nego o promjeni etičke podloge skrbi).

Etika skrbi usmjerene oporavku sadrži nekoliko temeljnih pristupa i načela, a kratko ćemo ih promotriti kroz pojmove:

- nade
- brige i skrbi (uz dodatne vrijednosti jedinstvenosti, suradnje i poštivanja)
- osnaživanja, pripadanja, svrhe i smisla (22, 23, 25).

### a) Nada

Zasigurno središnji među svima njima jest nada, tj. poticanje, održavanje i pružanje nade u mogućnost oporavka (25, 26). Svojevrsna središnjost i nepovredivost nade je vrlo zahtjevno načelo iako se tako na prvi pogled ne mora činiti. Ono s jedne strane zahtijeva da liječnik ili bilo koja druga osoba uključena u skrb nikada, svjesno ili nesvjesno, mišlju, riječju, djelom ili propustom, tu nadu “ne povrijedi”. S druge strane, liječnik ili bilo koja druga osoba uključena u skrb mora činiti sve (razumne napore) da stvara i održava nadu u oporavak (a koji je ionako više neki pravi put nego neko uvijek očito odredište) (26). Ovdje dakako treba imati na umu kako se nada ne određuje samo u odnosima s oboljelim osobama, nego i svim zamislivim, bez obzira koliko blizu ili daleko bili, drugima (istaknut ćemo samo kao primjer pripadnike opće javnosti, sasvim slučajne “svjedoke” ili pak sudionike različitih obrazovnih procesa) (23, 25).

### b) Briga i skrb

Skrb usmjerena oporavku zahtijeva, kao doduše i svaka druga skrb, usmjerenost uspostavi zdravlja, odnosno ako isto nije moguće, upravljanja znakovima i simptomima poremećaja. Međutim, ovdje se poseban naglasak stavlja na iskrenu i stvarnu suradnju u liječenju, a koje bi, osim što bi trebalo

biti cjelovito i sveobuhvatno, trebalo biti i u skladu s temeljnim vrijednostima i željama oboljele osobe te samim time zahtijeva veliku prilagodljivost (21 – 23). Takav sustav treba biti u mogućnosti prepoznati i u skrb uključiti sve one dionike koji istome mogu bitno doprinijeti (ovdje se sve češće spominju osobe s osobnim iskustvom oboljenja, drugim riječima, svojevrsni oporavljenici). Isto tako, ta skrb teži u jednakoj mjeri razvijati snage i sposobnosti koliko i kako ukloniti ono neželjeno, a tu se pak težište stavlja na moguće uzroke, a ne na posljedice (24). Pri svemu tome, takva skrb trebala bi biti u stanju prepoznati ne samo jedinstvenost osoba i njihova okruženja (kulturnog, društvenog i svakog drugog) nego i mnogostrukost i različitost putova i tijekom oporavka (25).

### c) Osnaživanje, pripadanje, svrha i smisao

Pojam osnaživanja (engl. *empowerment*) temelji se na bioetičkom načelu poštivanja autonomije, no on, na određeni način, ipak „seže dalje“ i „teži više“. U tome smislu, oboljelu se osobu i njezino iskustvo nastoji staviti u samo središte sustava skrbi, gdje oni više nisu samo primatelji skrbi, nego oni koji zamišljaju, osmišljaju i provode u djelo stvarne promjene. Utoliko, oporavak se ne tiče nužno niti samo (iz) liječenja, nego je oporavak usmjeren omogućavanju stvarnih izbora, preuzimanja odgovornosti, življenja smislenog, ispunjavajućeg i svrhovitog života te bivanja vrijednim članom zajednice (23, 25). Navedeno zahtijeva ispravljanje, ili barem ublažavanje, i nekih određenih, u prethodnom poglavlju navedenih, nejednakosti (mogućnosti i ishoda). U tome smislu, ovdje se naglasak često stavlja na osnovne uvjete življenja, poput stanovanja, školovanja i obrazovanja te zaposlenja, kao svojevrsne nužne preduvjete gotovo svih drugih mogućnosti (21, 22).

Time dolazimo i do kraja ovog rada, a koje će se kratko pozabaviti time što bismo mi glede svega prethodno navedenoga trebali činiti.

S tom namjerom, ukratko ćemo raspraviti i jedan drugi pojam koji se danas sve češće koristi – pojam (liječničkog) zagovaranja (engl. *advocacy*) (27, 28). Naime, ovaj pristup drži kako su posebice liječnici, no i mnogi drugi ključni dionici skrbi, u jedinstvenoj mogućnosti utjecati na sustave, oblikovati sustave te u konačnici mijenjati sustave čija je svrha uspostava, zaštita i promicanje zdravlja. Nadalje, ne samo kako liječnici **mog**u sve navedeno činiti, nego bi oni isto **trebali** činiti, tj. isto je njihova obveza i dužnost (28). Time bi liječnici djelovali na same uzroke (ili određujuće čimbenike) [ne]zdravlja (primjerice, poput društvenih odrednica [ne]zdravlja), a ne bi se bavili tek njihovim krajnjim utjelovljenjima (28). Navedeno je na pragu poznate misli velikog Desmonda Tutua: “Dođe trenutak kada moramo prestati izvlačiti ljude iz rijeke, kada moramo ići uzvodno kako bismo saznali zašto upadaju u nju.”

Načelno govoreći, postoje dvije vrste zagovaranja u ovome smislu, a koja su od važnosti za ovu raspravu.

S jedne strane, postoji zagovaranje u užem smislu značenja tog pojma (27, 28). Temeljna namjera te vrste zagovaranja jest, kroz zagovaranje, pomoći pojedinoj, stvarnoj osobi ili pak skupini osoba i/ili njihovim bližnjima. Ovakvo zagovaranje ne namjerava mijenjati sustav kao takav, nego je ono više usmjereno podršci i vođenju kroz sustav i njegova ograničenja.

Prethodno ukratko raspravljena skrb usmjerena oporavku može se smatrati upravo takvom vrstom zagovaranja (iako pak ono ide i korak dalje – zahtijevajući promjenu sustava postavljanjem iskustva, tj. doživljaja osobe u samo središte). S etičke strane, ovu je vrstu zagovaranja lakše opravdati, ona uostalom izrasta iz povjereničkog (onoga u kojemu netko, u dobroj vjeri, preuzima odgovornost za nekoga drugoga) odnosa liječnika i oboljele osobe. Međutim, izazov je ovdje što **zagovaranje za** obično, prešutno ili ne, prati i **zagovaranje protiv** nekoga ili nečega (barem u sustavu koji se temelji na slobodnom natjecanju za ograničena sredstva). Ili, drugim riječima, traženje posebnog ili povlaštenog pristupa neizbježno uključuje (ili bolje rečeno – isključuje) nekoga ili nešto drugo (očito manje posebno i/ili povlašteno) (27, 29).

S druge strane, postoji i zagovaranje u širem značenju tog pojma. Ono pak teži, na tragu Desmonda Tutua, utjecati upravo na one temeljne uzroke izazova s kojima se liječnici svakodnevno susreću (28). Svrha te vrste zagovaranja jest poboljšati zdravlje sviju (iako je i ovdje, u konačnici, potrebno negdje povući granicu, a što onda, kao i u zagovaranju u užem smislu, nekoga ili nešto ostavlja izvan, tj. grublje rečeno – zanemaruje). Ova vrsta zagovaranja uključuje djelovanja koja nisu sasvim uobičajena za zdravstvene djelatnike, poput nastojanja mijenjanja zdravstvenih politika, promicanje zdravlja i blagostanja (ne nužno na pojedinačnoj nego i šire društvenoj razini), utjecanja na zdravstvene nejednakosti, tj. uključenost u pravedniju raspodjelu sredstava (27, 28).

Temeljni etički izazov ovdje jest što je ta vrsta zagovaranja sama po sebi politička što može biti u suprotnosti s općim zahtjevima medicine kao politički neovisne i znanstveno poopćive. Navedeno neizbježno vodi do pitanja dosega profesionalnih dužnosti te granice znanja i autoriteta (30).

Ipak, sasvim je jasno kako je liječnik, ili šire gledano zdravstveni djelatnik budućnosti onaj koji je voljan i sposoban bolje razumjeti i bolje utjecati na sustavne, javne i opće čimbenike zdravlja.

## Umjesto zaključka

Postoji niz rasprava i zaključaka istih koje daju nešto bolje ili lošije odgovore na sve ove izazove (a ponovno napominjemo kako smo se ovdje samo ovlaš uspjeli dotaknuti neke



od njih), no u suvremeno doba nekako se ispravniji pristup etici čini onaj koji je u stanju razabrati i postaviti prava pitanja (6). Isto je na određeni način prvi korak prema tome da liječnici, a i šire gledano društvo općenito, u budućnosti bude bolje od onog sadašnjeg, a koje smo skloni utješno promatrati (za)danim. U tome smislu, Potter Stewart je jednom prilikom rekao: „Etika je poznavanje razlike između onoga što imamo pravo činiti i između onoga što je ispravno činiti.“

## LITERATURA

- Farrell M. *Controversies in Schizophrenia - Issues, Causes, and Treatment*. Routledge, Taylor & Francis Group; 2023.
- Corsico P, Singh I. The ethics of identifying and treating psychosis risk. In: Thompson A, Broome M (eds). *Risk factors for psychosis: Paradigms, Mechanisms, and Prevention*. London: Academic Press; 2020.
- Fusar-Poli P, Manchia M, Koutsouleris N i sur. Ethical considerations for precision psychiatry: A roadmap for research and clinical practice. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022 Oct;63:17-34. doi: 10.1016/j.euroneuro.2022.08.001.
- Marriott CAL, Broome MR. The ethics of early identification and intervention in psychosis. U: Cratsley K, Radden J (ur.), *Mental Health as Public Health: Interdisciplinary Perspectives on the Ethics of Prevention*. Elsevier; 2019.
- Robertson M, Walter G. *Ethics and mental health: the patient, profession, and the community*. CRC Press, Taylor & Francis Group; 2014.
- Ćurković M, Borovečki A., ur. *The Bridge Between Bioethics and Medical Practice: Medical Professionalism*. Springer: Cham; 2022.
- Radić K, Curković M, Bagarić D, Vilibić M, Tomic A, Zivković M. Ethical Approach to Prevention of Schizophrenia - Concepts and Challenges. *Psychiatr Danub*. 2018 Mar;30(1):35-40. doi: 10.24869/psyd.2018.35.
- Appelbaum PS. Ethical Challenges in the Primary Prevention of Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2015 Jul;41(4):773-5. doi: 10.1093/schbul/sbv053.
- Woods SW, Bearden CE, Sabb FW i sur. Counterpoint. Early intervention for psychosis risk syndromes: Minimizing risk and maximizing benefit. *Schizophr Res*. 2021 Jan;227:10-17. doi: 10.1016/j.schres.2020.04.020.
- McGorry PD. Risk syndromes, clinical staging and DSM V: new diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophr Res*. 2010 Jul;120(1-3):49-53. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.016.
- Sadler JZ, Van Staden CW, Fulford KWM, ur. *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics – Volume 1*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- Roberts LW, Termuehlen G. *Professionalism and ethics: Q & A self-study guide for Mental Health Professionals*. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- Mittal VA, Dean DJ, Mittal J, Saks ER. Ethical, Legal, and Clinical Considerations when Disclosing a High-Risk Syndrome for Psychosis. *Bioethics*. 2015 Oct;29(8):543-56. doi: 10.1111/bioe.12155.
- Zhang OY, McConnell D, Carter A, Pugh J. A principle-based framework for disclosing a psychosis risk diagnosis. *Bioethics*. 2023 Feb;37(2):171-182. doi: 10.1111/bioe.13106.
- Sadler JZ, Van Staden CW, Fulford KWM, ur. *The Oxford Handbook of Psychiatric Ethics – Volume 2*. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- Bagarić D, Zivković M, Curković M, Radić K, Brečić P. Informed consent in psychiatric research - concepts and challenges. *Psychiatr Danub*. 2014 Sep;26(3):271-6.
- Chow GV, Czarny MJ, Hughes MT, Carrese JA. CURVES: a mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the acute setting. *Chest*. 2010 Feb;137(2):421-7. doi: 10.1378/chest.09-1133.
- Baum ML, Savulescu J, Singh I. New ethics for twenty-first-century psychiatry. In: Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, ur. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press; 2020.
- Kuzman MR, Curković M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry*. 2020 May 20;63(1):e45. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.54.
- Gómez-Carrillo A, Paquin V, Dumas G, Kirmayer LJ. Restoring the missing person to personalized medicine and precision psychiatry. *Front Neurosci*. 2023 Feb 9;17:1041433. doi: 10.3389/fnins.2023.1041433.

21. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery. *Adv Psychiatr Treat.* 2004;10:37–49.
22. Davidson L, Rowe M, DiLeo P, Bellamy C, Delphin-Rittmon M. Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Res.* 2021;41(1):09. doi: 10.35946/arcr.v41.1.09.
23. Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F i sur. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One.* 2019 Mar 28;14(3):e0214678. doi: 10.1371/journal.pone.0214678.
24. Slade M, Amering M, Farkas M i sur. Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014;13(1):12–20. doi: 10.1002/wps.20084.
25. Subandi MA, Nihayah M, Marchira CR i sur. The principles of recovery-oriented mental health services: A review of the guidelines from five different countries for developing a protocol to be implemented in Yogyakarta, Indonesia. *PLoS One.* 2023 Mar 2;18(3):e0276802. doi: 10.1371/journal.pone.0276802.
26. Hayes L, Herrman H, Castle D, Harvey C. Hope, recovery and symptoms: the importance of hope for people living with severe mental illness. *Australas Psychiatry.* 2017;25(6):583–7. doi: 10.1177/1039856217726693.
27. Ćurković M, Farag M. Professionalism and medical practice - cultural perspectives. U: Ćurković M, Borovečki A. (ur.). *The Bridge Between Bioethics and Medical Practice: Medical Professionalism.* Cham: Springer; 2022.
28. Hubinette M, Dobson S, Scott I, Sherbino J. Health advocacy. *Med Teach.* 2017 Feb;39(2):128-135. doi: 10.1080/0142159X.2017.1245853.
29. Curkovic M, Kosec A. The ethics (mis)used for filling the voids or harm of harm reduction ethics. *J Geriatr Oncol.* 2020 Sep;11(7):1168-1169. doi: 10.1016/j.jgo.2020.05.002.
30. Letica GC, Vukušić Rukavina T, Borovečki A, Marelić M, Ćurković M, Orešković S. Medical professionalism – sociological framework. U: Ćurković M, Borovečki A. (ur.). *The Bridge Between Bioethics and Medical Practice: Medical Professionalism.* Cham: Springer; 2022.



#### ADRESA ZA DOPISIVANJE:

doc. dr. sc. Marko Ćurković, dr. med.  
 Klinika za psihijatriju Vrapče  
 Bolnička cesta 32, 10 090 Zagreb  
 e-mail: markocurak@gmail.com

#### PRIMLJENO/RECEIVED:

13. rujna 2023./September 13, 2023

#### PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

21. rujna 2023./September 21, 2023

