

# Samobójstwo wspomagane: dlaczego psychiatrzy powinni zaangażować się w dyskusję

Matthew Hotopf, William Lee, Annabel Price

*The British Journal of Psychiatry (2011) 198, 83–84*

Coraz chętniej mówi się o zmianie przepisów prawnych umożliwiających samobójstwo wspomagane. Autorzy tego artykułu sugerują, że psychiatrzy powinni zaangażować się w dyskusję na ten temat, ponieważ omawiane problemy będą ich dotyczyć i prawdopodobnie odegrają oni dużą rolę, jeżeli dojdzie do zmiany prawa. Ich zdaniem, kompetencje psychiatrów mogą być istotne w trzech obszarach: a) oceny stopnia, w jakim zabezpieczenia ograniczające dostępność samobójstwa wspomaganego dla określonych grup, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi, mogą być stosowane bezpiecznie i uczciwie; b) w złożonych aspektach oceny władz umysłowych (poczitalności); c) oceny stopnia, w jakim ludzie modyfikują lub zmieniają swoje pragnienia, szczególnie związane z zachowaniami samobójczymi.

Głównie ostatnio sytuacje stały się podstawą żądań dotyczących zmiany w przepisach prawnych regulujących kwestię samobójstwa wspomaganego.<sup>1</sup> W zeszłym roku w szkockim parlamencie posłanka Margo MacDonald przedstawiła inicjatywę poselską projektu ustawy opowiadającej się za taką zmianą (jednak wniosek został oddalony w pierwszym etapie debaty).<sup>2</sup> Ostatnia próba zmiany przepisów w Anglii i Walii podjęta przez lorda Joffe'a została odrzucona przez Izbę Lordów w 2006 roku,<sup>3</sup> prawdopodobnie kolejne próby zostaną podjęte w przyszłości.<sup>4</sup> Ostatnio prokurator generalny przedstawił nowe wytyczne w tej sprawie – podkreślające nielegalny charakter samobójstwa wspomaganego, ale opisujące również sytuacje, w których oskarżenie byłoby mało prawdopodobne.<sup>5</sup> To stanowisko było krytykowane jako niemożliwy do przyjęcia kompromis, z jednej strony gorszy niż przeprowadzenie pełnego dochodzenia, a z drugiej oferujący skuteczne prawne uregulowanie kwestii samobójstwa wspomaganego.<sup>6</sup>

W tym artykule autorzy przekonują, że psychiatrzy powinni brać udział w dyskusji, nie tylko dlatego, że z pewnością będą

uczestniczyć w procesie, w którym umożliwia się samobójstwo wspomagane. Zostało to jasno wyrażone w projekcie ustawy lorda Joffe'a, zaś w szkockim projekcie położono nacisk na to, aby badanie psychiatryczne było częścią całego procesu. Autorzy nie zamierzają stworzyć wyczerpującego przeglądu, w którym omawiane byłyby wszystkie dobre i złe aspekty samobójstwa wspomaganego, chcą jedynie przeanalizować niektóre elementy dyskusji, w której uzasadnione byłoby uczestnictwo psychiatrów.

Obecnie przepisy prawne wprowadzają rozróżnienie między rezygnacją z leczenia podtrzymującego życie (co jest zgodne z prawem) a stosowaniem aktywnych sposobów powodowania śmierci (co jest nielegalne). Samobójstwo wspomagane polega na dostarczeniu środków lub stworzeniu sytuacji umożliwiającej komuś odebranie sobie życia. Eutanazja idzie jeszcze dalej i polega na odebraniu życia przez inną osobę. W Anglii samobójstwo wspomagane jest zabronione na mocy Ustawy o samobójstwie (Suicide Act) z 1961 roku i zagrożone maksymalną karą 14 lat więzienia. Propozycje lorda Joffe'a i posłanki MacDonald zawierają wiele zabezpieczeń

Matthew Hotopf, PhD, MRCPsych, William Lee, MSc, MRCPsych, Annabel Price, MRCPsych, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Adres do korespondencji: Professor Matthew Hotopf, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College, London, Weston Education Centre, 10 Cutcombe Road, London SE5 9RJ, UK. E-mail: matthew.hotopf@kcl.ac.uk

Konflikt interesów: M.H. jest honorowym konsultantem psychiatrycznym w St Christopher's Hospice, otrzymuje od nich 10% wynagrodzenia. W.L. był zatrudniany jako wykładowca w dziedzinie paliatywnej opieki psychiatrycznej przez King's College London, Institute of Psychiatry, na stanowisku opłacanym przez St Christopher's Hospice. A.P. jest aktualnie zatrudniona na tym samym stanowisku. Autorzy nie mają żadnych przekonań religijnych, które zabraniałyby samobójstwa wspomaganego.

Matthew Hotopf, Professor of General Hospital Psychiatry; William Lee, MRC Clinical Training Fellow; Annabel Price, wykładowca z dziedziny psychiatrii, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

ograniczających zgodne z prawem przeprowadzanie samobójstwa wspomaganego. Konieczne jest spełnienie następujących warunków: osoba decydująca się na ten akt jest w pełni władz umysłowych; doświadcza niemożliwego do zniesienia cierpienia; znajduje się w terminalnym stadium nieuleczalnej choroby, w której przewidywany czas przeżycia jest ograniczony (natomiast w projekcie szkockim jest niepełnosprawna fizycznie lub nie może funkcjonować samodzielnie).

### Na ile szerokie powinny być przepisy prawne?

Jednym z zastrzeżeń dotyczących samobójstwa wspomaganego jest tzw. argument płynnego przejścia, zgodnie z którym trudno byłoby ograniczyć wykorzystywanie tej procedury do pierwotnie zdefiniowanych grup. Uderzające jest, że niektóre osoby, które ostatnio starały się o samobójstwo wspomagane w szwajcarskiej organizacji Dignitas, zostałyby wykluczone po uwzględnieniu jednej lub obu z proponowanych zmian legislacyjnych. Dotyczyłyby to osób we wczesnym stadium choroby nowotworowej, młodych osób po urazie rdzenia kręgowego prowadzącym do tetraplegii, a także osób, które przewidują, że w przyszłości ich życie stanie się nie do zniesienia. Media przedstawiają wiele takich osób, którym nie sposób nie współczuć. Jeżeli jednak miałyby się to przełożyć na zmianę przepisów, w jaki sposób należałoby wytyczyć granicę, która byłaby sprawiedliwa i bezpieczna? Jeżeli samobójstwo wspomagane miałyby być przywilejem osób doświadczających niemożliwego do zniesienia cierpienia, dlaczego ograniczać je tylko do cierpiących na chorobę ograniczającą przewidywaną długość życia lub takich, które nie mogą funkcjonować samodzielnie? Problem ilustruje przypadek Lynn Gilderdale, chorej na zespół przewlekłego zmęczenia, której w popelnieniu samobójstwa pomagała matka. Sytuacja i związany z nią ciąg zdarzeń zostały przedstawione przez media jako spójne i logicznie powiązane, mimo że rozpoznanie zostało oparte na niejasnych z medycznego punktu widzenia objawach, a przewidywana długość życia chorej była podobna jak w populacji ogólnej,<sup>7</sup> zaś sama choroba potencjalnie uleczalna.<sup>8</sup> Co więcej, dlaczego nie uczynić samobójstwa wspomaganego dostępnym dla osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi, których choroby mogą być może związane z większym cierpieniem – objawy mogą być nieuleczalne, zaś jakość życia przypuszczalnie gorsza niż wielu osób z chorobą nowotworową, u których rokowanie nie jest złe i niektóre nie potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu? Ograniczenie zmian prawnych do osób z ograniczoną długością życia lub fizyczną niesprawnością nie uwzględniałoby widocznych potrzeb wielu innych osób, które obecnie chcą dokonać samobójstwa wspomaganego.

### Kompetencja umysłowa (mental capacity)

Inne proponowane zabezpieczenie polegałoby na tym, że osoby starające się o możliwość samobójstwa wspomaganego

powinny być kompetentne umysłowo. Ustawa o kompetencji umysłowej (Mental Capacity Act) z 2005 roku dla Anglii i Walii jednoznacznie stwierdza, że należy przyjąć założenie, iż ludzie są kompetentni umysłowo oraz że mają prawo do podejmowania nierozsądnych decyzji. Oczywiście niewłaściwe byłoby stwierdzenie, że dana osoba z racji podjęcia decyzji nieakceptowanej przez innych automatycznie staje się niekompetentna. Ocena kompetencji, szczególnie w przypadkach wątpliwych, byłaby zadaniem psychiatrów. Rodzi to jednak wiele wątpliwości dotyczących definicji kompetencji, szczególnie w sytuacjach, w których na decyzję wydają się wpływać raczej objawy psychopatologiczne niż zaburzenia funkcji poznawczych. W innym kontekście pojęcie „kompetencji umysłowej”, na podstawie którego podejmuje się decyzję o przymusowym leczeniu, było krytykowane ze względu na branie pod uwagę przy jego ocenie przede wszystkim możliwości poznawczych.<sup>9</sup> Ustawa o kompetencji umysłowej zakłada, że dana osoba jest w stanie zrozumieć i utrzymać w pamięci informacje niezbędne do podjęcia decyzji, a także może je wykorzystać i rozważyć. Psychiatry przeważnie poruszają się w bardziej mglistej sferze związanej z tymi dwoma ostatnimi pojęciami. Trudno takie kryterium poddać operacjonalizacji. Czy cierpiący na depresję chory, który uważa, że jego życie jest bezwartościowe oraz że powinien przestać być obciążeniem dla swojej rodziny i z tych powodów ubiega się o możliwość samobójstwa wspomaganego, podejmuje nieuprawnioną decyzję? Czy jednoznacznie „patologiczne” wartości, którym hołdują osoby z zaburzeniami odżywiania się, np. polegające na przekonaniu, że ważniejsze jest być szczupłym, niż żywym, można uznać za wystarczające do stwierdzenia upośledzenia kompetencji umysłowej?<sup>10</sup> A co z osobami z zaburzeniami osobowości, u których zachowania samobójcze często są mocną formą komunikacji, stanowiącą przejaw zniekształconych wewnętrznych reprezentacji związków? Wymaga się od psychiatrów, żeby robili wszystko, co w ich mocy, aby wesprzeć pacjentów w podejmowaniu decyzji, trzeba jednak również brać pod uwagę znaczenie i nieodwracalność decyzji, które skracają życie. Niezbędne jest przeprowadzenie debaty dotyczącej tego, jak wysoko należy ustawić poprzeczkę kompetencji umysłowej, aby człowiek mógł podjąć decyzję o samobójczym zakończeniu życia.

Biorąc pod uwagę potencjalnie zróżnicowane podejście do stopnia rygorystyki oceny kompetencji umysłowej przy podejmowaniu decyzji o samobójstwie wspomaganym, trudności mogą się nasilić, jeżeli psychiatry przeciwni zmianom w przepisach prawnych będą jednoznacznie przeciwni i odmówią brania udziału w ocenie kompetencji. Wówczas ci psychiatry, którzy wyrażą na to zgodę, mogą być bardziej entuzjastycznie nastawieni do samobójstwa wspomaganego i możliwe jest, że przyjmą mniej ostre kryteria.<sup>11</sup> Jeżeli nowe przepisy mają zostać zatwierdzone, ustawodawcy musieliby zrozumieć złożoność tych problemów i wprowadzić odpowiednie wytyczne.

## Zmiana decyzji

Psychiatry mogą także wnieść swój wkład do dyskusji dzięki zjawisku zmiany decyzji. Dyskomfort towarzyszący wczesnym stadiom choroby nowotworowej często ustępuje, w miarę jak pacjent adaptuje się do sytuacji.<sup>12</sup> Na pragnienie śmierci silnie wpływają potencjalnie odwracalne objawy, takie jak ból i depresja.<sup>13</sup> Psychiatry często obserwują chorych przez dłuższy czas i widzą, że odczuwany przez nich dyskomfort i tendencje samobójcze zmieniają się. Wielu z nas przeżyło doświadczenie spotkania z pacjentem, który przedawkował leki, przysięgając, że chce umrzeć. Mimo to zaledwie 1-2% osób podejmujących próby samobójcze rzeczywiście kończy swoje życie w ciągu następujących 12 miesięcy.<sup>14</sup> Wraz z upływem czasu wiele się zmienia. Jest duże ryzyko, że lekarze stojący po przeciwnej stronie barykady w kwestii osób domagających się zmian w przepisach będą oceniani jako paternalistyczni lub dbający o swoje interesy,<sup>15</sup> zaś te zarzuty, w coraz bardziej zdemokratyzowanym systemie opieki zdrowotnej, mogą uciszyć tych lekarzy, którzy często mogą mieć autentyczne zastrzeżenia dotyczące zmian prawnych. Autorzy sugerują, że kliniczne doświadczenia z pierwszej ręki są cenne i trafne. Godne uwagi jest, że badania przeglądowe wielokrotnie wykazywały, że lekarze pracujący najbliżej osób umierających mają największe zastrzeżenia do zmian w przepisach prawnych,<sup>16</sup> jak stwierdzono niezależnie od wyznania i specjalności.<sup>17</sup> Własne doświadczenia kliniczne autorów uniemożliwiają popieranie zmian prawnych, ponieważ zetknęli się oni z pacjentami z tendencjami samobójczymi, których silne pragnienie śmierci ulegało zmianie po zastosowaniu właściwej opieki paliatywnej. Ostatnie tygodnie i miesiące ich życia rzadko były bez znaczenia dla nich samych i ich rodzin.

Autorzy – będący przyzwyczajeni do pracy z pacjentami lekarzami – sugerują, że wielu z tych, którzy doświadczają cierpienia nie do wytrzymania, może nie być w pełni zdolnych do podjęcia pewnych decyzji i często wykazywać silne, ale zmienne skłonności samobójcze. Dlatego psychiatry zajmują

wyjątkową pozycję w debacie, nawet jeżeli nie będą w stanie dojść do porozumienia.

From the British Journal of Psychiatry (2011) 198, 83–84. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

- Siddique H. Man who helped partner die calls for assisted suicide law change. *Guardian* 2009; 15 June (<http://www.guardian.co.uk/society/2009/jun/15/assisted-suicide-dignitas-cutkelvin-laws>).
- The Scottish Parliament. End of Life Assistance (Scotland) Bill (SP 38).
- The Scottish Parliament, 2010 (<http://www.scottish.parliament.uk/s3/bills/38-EndLifeAssist/index.htm>).
- BBC News. Lords block assisted dying bill. *BBC News* 2006; 12 May (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4763067.stm>).
- BBC. Latest: Assisted Dying Bill. *BBC*, 2009 ([http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/asstdyingbill\\_1.shtml](http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/overview/asstdyingbill_1.shtml)).
- Starmer K. Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide. The Crown Prosecution Service, 2010 ([http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted\\_suicide\\_policy.html](http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html)).
- Seale C. Doctors and assisted suicide. Do it properly or not at all. *BMJ* 2010; 340:c1719.
- Smith WR, Noonan C, Buchwald D. Mortality in a cohort of chronically fatigued patients. *Psychol Med* 2006;36:1301–6.
- Santhosh AM, Hotopf M, David AS. Chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2010; 340:c738.
- Dickenson DL, Fulford B. In Two Minds: A Casebook of Psychiatric Ethics. Oxford University Press, 2000.
- Tan DJ, Hope PT, Stewart DA, Fitzpatrick PR. Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol* 2006;13:267–82.
- Ganzini L, Leong GB, Fenn DS, Silva JA, Weinstock R. Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2000; 157:595–600.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005;330:702.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152:1185–91.
- Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193–9.
- Warnock M, Macdonald E. *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford University Press, 2009.
- Seale C. Legalisation of euthanasia or physician-assisted suicide: survey of doctors' attitudes. *Palliat Med* 2009;23:205–12.
- Lee W, Price A, Rayner L, Hotopf M. UK doctors' attitudes to the legalisation of assisted suicide. *Palliat Med* 2009;23:570.

## Zalecane piśmiennictwo ze str. 28

- Deutscher Juristentag (2007) Ergebnisse der Abstimmungen in der Abteilung Strafrecht. In: Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages Stuttgart 2006, Band II/1, N73–82, München
- Förstl H, Bickel H, Kurz A (2010) Sterben mit Demenz. *Fortschr Neurol Psychiatr* 78:203–212
- Hertogh CPM, Ribbe MW (1996) Ethical aspects of medical decision-making in demented patients: a report from the Netherlands. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 10:11–19
- Karger A, Haupt M (1997) Sterbehilfe bei Demenz. *Nervenarzt* 68:907–913
- Lin WS, Rubin H, Coats M, Morris JC (2005) Early-stage Alzheimer disease represents increased suicidal risk in relation to later stages. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 19:214–219

- Peisah C, Snowdon J, Gorrie C et al (2008) Investigation of Alzheimer's disease-related pathology in community dwelling older subjects who committed suicide. *J Affect Disord* 99:127–132
- Purandare N, Voshhaar RC, Rodway C et al (2009) Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *Br J Psychiatry* 194:175–180
- Schneider B, Maurer K, Frölich KL (2001) Demenz und Suizid. (Dementia and suicide) Review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:164–169
- Schneider B, Maurer K, Frölich KL (2002) Mortalität bei Demenz. *Psycho* 28:205–208