

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ревенок А.А., Олейник О.П., Шум С.С., Ходаковская И.И.

В статье представлены психические расстройства, которые наиболее часто встречаются у онкобольных. Проведена их судебно-психиатрическая оценка в плане возможности влиять на способность лица осознавать значение своих действий и руководить ими.

**Ключевые слова:** онкологические больные, психические расстройства, судебно-психиатрическая оценка, гражданская дееспособность

## MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS AMONG CANCER PATIENTS

A.A. Revenok, O.P. Oleynik, S.S. Shum, I.I. Khodakovskaya

The article presents cancer patients' mental disorders. Carried out their forensic psychiatric assessment affect of individual's ability to realize the significance of own actions and direct.

**Keywords:** cancer patients, mental disorders, forensic psychiatric evaluation, civil capacity

УДК 616.89-174:61

О.А. Насинник

## КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ: СООБЩЕНИЕ I

Национальная медицинская академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, г.Киев

**Ключевые слова:** психиатрическая помощь в принудительном порядке,  
концепция

**Введение.** Последние десятилетия в специальной литературе обсуждаются вопросы изменения концепции оказания психиатрической помощи в принудительном порядке (ППП), ставящей во главе перемен основополагающие принципы биоэтики. К ним относят предложенные Т. L. Beauchamp и J. F. Childress (2001) принципы автономии, благодеяния, избегания вреда, справедливости [1;2]. В прошлом врач действовал по принципу «не вреди», но на сегодня практикуется модель осознанного согласия и автономии, что выводит на первый план принцип «благодеяния» [3]. Ведущим в современной помощи становится пациент-центрированный подход, и большинство авторов считает, что целью психиатрической помощи является автономия пациента [4;5]. Например, недобровольная госпитализация осуществляется не для защиты других лиц, а в интересах самого пациента – для восстановления его автоно-

мии. В литературе принципы биоэтики рассматриваются односторонне, применительно к пациенту, хотя имеются еще и другие участники процедуры оказания ППП (близкие пациента, профессионалы психиатрической службы), на которых также могут быть распространены указанные принципы. Что касается автономии, точнее уважения автономии пациента, то этот принцип подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей, как близких пациента, так и работников психиатрической службы. Ведущие принципы психиатрической помощи, в том числе относительно автономии врача-психиатра, изложены в части III статьи 27 Закона Украины «Про психиатрическую помощь», а именно: «При предоставлении психиатрической помощи врач-психиатр, комиссия врачей-психиатров независимы в своих решениях и руководствуются лишь медицинскими показаниями, своими

профессиональными знаниями, медицинской этикой и законом».

Пациент-центрированный подход становится основополагающим в диагностике и оценке состояния их здоровья. Всемирная психиатрическая ассоциация (ВПА) подготовила и опубликовала в 2003 году набор Международных диагностических руководств по диагностическому обследованию (IGDA), в которых указано, что диагностическая оценка пациента должна быть больше констатации его как носителя заболевания. ВПА была предложена комплексная диагностическая модель со стандартизированным и идеографическим компонентами, отражающими личностно-ориентированные интегративные перспективы [6]. В 2005 году на генеральной ассамблее ВПА утвердила Институциональную личностно-ориентированную психиатрическую программу: от медицинской помощи к общественному здоровью (IPPP). Эта программа представляет личность пациента и его окружение в качестве основной мишени для оказания медицинской помощи и поддержания здоровья, как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Завершение работы над классификацией планируется к 1012 году, утверждение всей МКБ-11 – к 2014 году [6]. В основе личностно-центрированного интегративного диагноза (PID) лежит концепция диагноза, отличного от традиционных представлений о распознавании и дифференциации заболеваний. Диагноз формулируется из описания негативных и позитивных аспектов здоровья, воздействующих друг на друга в среде личности, и включает в себя другие связанные со здоровьем проблемы и позитивные аспекты здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящиеся к целостности личности (включая такие понятия как достоинство, ценности, ожидания). Этот подход будет одновременно категориальным, пространственным и описательным, его разработка и внедрение потребуют взаимодействия между клиницистами, пациентами и их окружением [6;7].

Начиная с 90-х годов прошлого столетия внимание исследователей было обращено на результаты помощи и ее качество в

виде восприятия пациентом принуждения. Исследователями были рассмотрены различные виды принуждения и отношение к ним пациента, оценка негативных последствий различных аспектов принуждения в психиатрической помощи и разработке превентивных мер по их смягчению. Недобровольная (принудительная) госпитализация имеет комплексное воздействие на жизнь пациента, а также на его близких и специалистов, участвующих в принуждении [8;9]. Значимыми становятся вопросы повышения качества предоставления ПППП, в том числе с учетом роли родственников пациентов. ПППП, в частности недобровольная госпитализация, имеют комплексное воздействие на жизнь пациента [8], не оставляя в стороне и его родственников [9]. Многие авторы указывают, что недобровольная психиатрическая помощь причиняет больше вреда, чем пользы, вызывая у пациента недоверие к оказывающим помощь, приводит к отчуждению от помощи, «пациент избегает лечения сам и поощряет других к этому, что противоположно доверительным взаимоотношениям с соблюдением терапевтических рекомендаций» [10;11]. Ведущим же в недобровольной психиатрической помощи, как и в основе указанных негативных ее последствий, является восприятие пациентом принуждения в виде лишения свободы, контроля или выбора при принудительной госпитализации, и в целом - отсутствие возможности влиять на процесс данной помощи [12]. Исследователями выявлены различные виды и степени принуждения в процессе психиатрической помощи [13;14]. Авторы находят, что имеется со стороны пациента восприятие «положительного или отрицательного воздействия» [13]. К положительным воздействиям относят убеждение и мотивирование или стимулирование, к отрицательным – угрозы и применение силы. При положительном воздействии пациент остается удовлетворенным помощью, но отрицательное воздействие ведет к ряду негативных переживаний. Отсюда вид воздействия играет роль в удовлетворенности пациента лечением и соблюдению им лечения. В связи с этим более предпочтительными условиями для улучшения привержен-

ности к лечению считаются отсутствие принуждения в процессе госпитализации, положительные взаимоотношения с персоналом, вовлечение пациента в процесс обсуждения его лечения [15;16;17]. Как показано многими авторами, принуждение экономически затратное, нарушает терапевтический контакт с психиатрической службой, оставляет больше отрицательных впечатлений у всех участников процесса, хотя некоторые пациенты и соглашались в последующем о необходимости такого принуждения. Вышеизложенные негативные последствия принуждения привели к вынесению рекомендаций ВОЗ об уменьшении частоты принуждения в психиатрии, в особенности изоляции и фиксации, а также принудительной госпитализации.

Указанные вопросы являются актуальными и значимыми, в связи с чем возникает необходимость нового концептуального подхода в решении вопросов ППП, направленного на улучшение качества ППП, а в случае необходимости осуществления данного вида помощи – смягчения отрицательных последствий ее оказания.

Целью работы является создание концептуальной модели оказания ППП (в данной работе – обсуждение предпосылок к ее созданию), направленной на улучшение качества и смягчение негативных последствий данного вида помощи с учетом этических правовых воззрений в данный период.

Материалом исследования являлись пациенты, подвергшиеся неотложной (253 человек), в том числе принудительной (68 человек) госпитализации в психиатрическую больницу, а также результаты дополнительного анкетного опроса родственников пациентов, госпитализированных в ту же больницу. На период госпитализации средний возраст мужчин (138 человек) составлял  $37,5 \pm 12,7$  и женщин (115 человек) –  $43,6 \pm 12,9$  лет. Наибольшее число пациентов было в возрастном диапазоне от 30 до 39 лет (27,8%). Диагнозы установлены и сгруппированы в соответствии с МКБ-10. Наиболее представлены категории пациентов с шизофренией, шизотипическим и другими бредовыми расстройствами – 194 человека (76,7%), органические, в том числе и симптоматические расстройства – 25 че-

ловек (9,9%), аффективные расстройства – 20 человек (7,9%), расстройства зрелой личности – 11 человек (4,3%), невротические и соматоформные расстройства – 2 человек (0,8%) и умственная отсталость – 1 человек (0,4%). Длительность заболевания ко времени госпитализации составляла от 1 месяца (26 человек, 10,3%) до 10 лет и более (66 человек, 26,1%). На этапе приемного отделения было 100 человек (39,5%), давших согласие на госпитализацию, в лечебном отделении их стало больше – 185 человек (73,1%), что указывает на динамику критических способностей и отражает работу персонала по предоставлению разъяснений пациенту. Однако из числа согласившихся на лечение 12 пациентов в последующем отказались от дальнейшего пребывания в стационаре, и в связи с наличием критериев принудительной госпитализации к ним также была применена принуждение в установленном Законом порядке. В период получения лечения, как следует из данных историй болезни, к 7 пациентам в отделении была применена фиксация с заполнением соответствующей документации (протоколов) о применении данной меры. Из числа неотложно госпитализированных 68 человек (26,9%) были подвергнуты принудительной госпитализации.

В мае 2004 года нами проведен опрос родственников пациентов, находящихся на лечении в психиатрической больнице. Анонимная анкета касалась качества предоставляемых больницей услуг, но среди них имелось несколько вопросов относительно предоставляемых разъяснений пациенту при поступлении касательно его прав, распорядка дня, согласования с пациентом лечения, а также рекомендаций перед выпиской. Некоторые вопросы касались информирования родственников пациента. Из всего числа розданных анкет возвращено 26 заполненных. Анализ анкет указывает, что при поступлении 16 человек (61,5%) не получали разъяснений касательно распорядка дня и правил пребывания в стационаре и 19 человек (73,1%) – относительно своих прав при пребывании в больнице. В 20 случаях (76,9%) лечение не было согласовано с пациентом и в 8 случаях (30,8%) перед выпиской пациент не получил реко-

мендаций по дальнейшему лечению. Близкие пациента почти в половине случаев (12 - 46,2%) не приглашались к врачу для уточнения сведений, согласования лечения, а также перед выпиской. Данный опрос трудно признать соответствующим требованиям исследования, но речь идет о мнении потребителей помощи, которое при стандартизированной качественной помощи не должно иметь место. При соблюдении качества помощи стандарт предоставления информации, осознанного согласия на помощь становится ведущим.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В изученном материале неотложная госпитализация осуществлялась в отношении пациентов с острыми проявлениями заболевания, то ли впервые развившегося, то ли при обострении имеющегося. Процесс неотложной, тем более принудительной госпитализации сопровождается принуждением, особенно на начальных этапах. Ряд лиц были доставлены в состоянии психомоторного и/или речевого возбуждения – 70 человек (27,7%), из них к 26 пациентам (10,3%) применялась фиксация бригадой скорой помощи или персоналом приемного отделения. В приемном отделении были зарегистрированы (чаще в сочетании, но нами оценивалось ведущее): отказ от госпитализации - 124 человека (49,2%), отказ от подписи согласия на госпитализацию - 27 человека (10,7%), отказ от лечения 27 человек (10,7%), отсутствие согласия в силу психомоторного возбуждения (70 человек (27,8%) и беспомощного состояния (несостоятельности) – 4 человека (1,6%). Такое распределение оценки отсутствия согласия вырисовывается вследствие различия как психопатологических состояний у пациентов, так и их отношения к различным процедурам недобровольной госпитализации. Большинство воспринимают негативно именно факт предстоящей госпитализации, другие – отвергают лечение, третьи – не готовы подписать согласие. Согласие так же являлось неприемлемым для лиц, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения, или для лиц несостоятельных в принятии осознанного решения. В приемном отделении оценивались не только клиническая картина заболевания,

прежде всего тяжесть психического расстройства, но и критерии для возможной принудительной госпитализации, а именно опасность для себя и/или окружающих и отсутствие согласия на предлагаемую помощь. Из числа проживавших в семье 172 человека (68,0%) представляли в той или иной мере опасность для членов семьи.

Для лиц из внесемейного круга опасность наблюдалась в 33 случаях (13,1%). По данным ряда авторов, большинство (61,8 - 84,3%) пациентов, из числа недобровольно госпитализированных проживают в семьях со своими родителями, супругами, детьми [18;19;20], или выписываются в свои семьи [20]. Однако семьи получают слишком мало информации о своих больных родственниках и о своей роли в помощи им, например, в мониторинге лечения и его эффекте. Профессионалы не дают им информации о диагнозе, текущей терапии, приемлемых ресурсах общины и эффективных стратегиях по помощи на дому. Особенно нужна информация о лечении и побочном действии, ибо необходимо различать, где побочное действие препарата и где новые симптомы болезни [20].

Уже давно было выяснено, что семья является значимым ресурсом в поддержке и помощи пациенту, но в законодательстве Украины члены семьи наделены определенными функциями в случаях несовершеннолетия пациента или его недееспособности, в том числе ограниченной дееспособности (Закон о психиатрии, ГК Украины), т.е. в области психиатрии этот ресурс не принимается во внимание [22]. Более того, участие родственников пациента отвергается ссылкой на конфиденциальность. Требования конфиденциальности остаются основными в деятельности любого медицинского работника, в том числе в области психиатрической помощи, однако речь не идет об этом при наличии согласия пациента на общение с его родственниками и их участия в помощи. Кроме этого, например, при организации помощи при ТПР допускается нарушение конфиденциальности в интересах пациента или других лиц (абзац 2 части IV статьи 6 Закона Украины «Про психиатрическую помощь»). При осуществлении недобровольного лечения по закону вовле-

каются другие лица (родственники, другие врачи, социальные работники, скорая помощь, полиция) [23]. Нежелание пациента подключать своих близких разделения информации и помощи может иметь свои причины, которые следует уточнять и работать с ними для возвращения прежних отношений [24]. Врачи-психиатры должны распознавать и уважать фундаментальную роль близких в жизни и лечении пациента [25], уважать их автономию.

**Заключение.** Концепция повышения качества оказания психиатрической помощи в принудительном порядке должна учитывать интересы и задачи всех участников

процесса ПППП (прежде всего пациента, его близких и врача-психиатра) с целью повышения качества оказываемой помощи в виде снижения отрицательных последствий принуждения, ускорения перевода пациента из принудительного порядка оказания помощи в добровольный. Механизмами реализации поставленных задач является четкое соблюдение требований Закона, современных этических принципов применительно к психическому состоянию и соответствующих критериев ПППП. Схематически данный фрагмент концептуального подхода ПППП показан на рисунке 1.



Рис. 1. Ведущие принципы ПППП

Принуждение является последним средством в психиатрической помощи пациенту с утраченной критикой и нарушенной автономией, свидетельствующее о существовании недоработок службы, прежде всего – в виде отсутствия терапевтического контакта пациента и/или его близких со службой. Несомненно, ряд случаев ПППП следует соотносить с выраженностью и остротой психопатологических расстройств, препятствующих адекватному восприятию рекомендаций врача (утрата критики), и эти случаи требуют рассмотрения с позиций правовой справедливости с учетом предложенной нами ранее формулы принуждения.

Для уменьшения негативных последствий принуждения целесообразно еще до принятия решения о ПППП начинать реализацию основных принципов биоэтики, а именно уважения личности и автономии

пациента, благодеяния и справедливости. Реализация принципов с учетом современных воззрений начинается с предоставления и пациенту и его близким всей информации, касающейся как процедуры осознанного согласия, так и ситуаций оказания ПППП с учетом альтернативных решений. ПППП не должна быть изолированной мерой, а входить структурной единицей в систему психиатрической помощи. Принудительно госпитализируемые пациенты имеют такие же права, как и остальные пациенты, хотя в ряде случаев допускается ограничение прав в рамках Закона. Пациент должен быть информирован о всех своих перемещениях, переводах, не говоря уже, исходя из принципа «процедурной справедливости», об информации, касающейся процесса принуждения. Процесс принуждения в психиатрии наиболее ответственный для профессионалов и значимый для

всех сторон, поэтому данный вид помощи следует оказывать в соответствии со стандартами оказания данного вида помощи, следовать этико-правовой процедуре оказания психиатрической помощи в принудительном порядке.

### Литература

1. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of biomedical ethics: Fifth edition.* - New York: Oxford University Press, 2001. - 454 p.

2. Welsh S., Deahl M. P. *Modern psychiatric ethics*// *Lancet.* - 2002. - Vol. 359. - P. 253-255.

3. Simom R.I. *The law and Psychiatry* // *Focus.* - 2003. - Vol. 1. - P. 349-372.

4. Sjostrand M., Helgesson G. *Coercive treatment and autonomy in psychiatry*// *Bioethic.* - 2008. - Vol.22. - P. 113-120.

5. Beahrs J. O., Gutheil T. G. *Informed Consent in Psychotherapy*// *Am J Psychiatry.* - 2001. - Vol. 158. - P. 4-10.

6. Mezzich J. E., Salloum I. M. *Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis* // *Acta Psychiatr Scand.* - 2007. - Vol 116. - P.1-5.

7. IGDA Workgroup, WPA. *IGDA. 1: Conceptual bases — historical, cultural and clinical perspectives* // *The British Journal of Psychiatry.* - 2003. - Vol. 182, Suppl. 45. - P. 40-41.

8. Lefley H.P. *Involuntary treatment: concerns of consumers, families, and society*// *Innov Res.* - 1993. - Vol.2. - P. 7-9.

9. Sibitz I., Amering M., Scheutz A. et al. *Impact of coercive treatments on biographical narratives*// *Psychiatry.* - 2007. - Vol. 7(Suppl 1). - P. 58.

10. Frank E., Kupfer D.J., Siegel L.R. *Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care: compliance strategies to optimize antidepressant treatment outcomes*// *J Clin Psychiatry.* - 1995. - Vol. 56 (Suppl 1). - P.11-17.

11. Lazare A., Eisenthal S., Wasserman L. *The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic*// *Arch Gen Psychiatry.* - 1975. - Vol. 32. - P. 553-558.

12. Gardner W., Hoge S. K., Bennett N. et al. *Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission* // *Behavioral Sciences & the Law.* - 1993. - Vol.11. - P. 307-321.

13. Lidz Ch. W., Muivey E. P., Hoge S.K. et al. *Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process*// *American Journal of Psychiatry.* - 1998. - Vol. 155. - P.1254-1260.

14. Szmukler G., Appelbaum P. S. *Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care*// *Journal of Mental Health.* - 2008. - Vol. 17. - P. 233-244.

15. O'Donnell C., Donohoe G., Sharkey L. et al. *Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia*// *BMJ.* - 2003. - Vol. 327. - P. 834-837.

16. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A. *Compliance therapy in psychotic patients: a randomised controlled trial*// *BMJ.* - 1996. - Vol.312. - P. 345-349.

17. Lidz C.W., Hoge S.K., Gardner W. et al. *Perceived coercion in mental hospital admission: pressures and process*// *Arch Gen Psychiatry.* - 1995. - Vol.52. - P. 1034-1039.

18. Zeppegno P., Airoldi P., Manzetti E. et al. *Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases*// *Eur. J. Psychiat.* - 2005. - Vol. 19. - P. 133-143.

19. Salize HJ, Dressing H., Peitz M. *Compulsory Admission and involuntary Treatment of Mentally Ill patients in Legislation and Practice. EU member States, Mannheim, Germany, 2002.* - 166 p.

20. Salize H.J., Dressing H. *Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?*// *Curr Opin Psychiatry.* - 2005. - Vol. 18. - P. 576-584.

21. Petrila J.P., Sadoff R.L. *Confidentiality and the family as caregiver*// *Hospital & Community Psychiatry.* - 1992. - Vol.43. - P.136-139.

22. Gureje O., Alem A. *Mental health policy development in Africa*// *Bull World Health Organ.* - 2000. - Vol.78. - P. 475-482.

23. Szmukler G.I., Bloch S. *Family involvement in the care of people with psychoses*// *British Journal of Psychiatry.* - 1997. - Vol. 171. - P.401-403.

24. Slade M., Pinfold V., Rapaport J. et al. *Best practice when service users do not consent to sharing information with carers*// *The British Journal of Psychiatry.* - 2007. - Vol.190. - P.148-155.

25. Evavold S. A. *Family Members of the Mentally Ill and Their Experiences with Mental Health Professionals*// *Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy.* - Blacksburg, Virginia, 2003. - P.113-114.

**КОНЦЕПТУЛЬНА МОДЕЛЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ПРИМУСОВОМУ ПОРЯДКУ: ПОВІДОМЛЕННЯ І.**

**О.А. Насінник**

На основі власного дослідження та теоретичного аналізу вітчизняної та закордонної літератури розроблена концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку.

**Ключові слова:** психіатрична допомога в примусовому порядку, концепція

**CONCEPTUAL MODEL OF PSYCHIATRIC COMPULSORY CARE: REPORT I.**

**O.A. Nasinnyk**

On the basis of own research and theoretical analysis of domestic and foreign literature the conceptual model of psychiatric compulsory care is developed.

**Keywords:** psychiatric compulsory care, conception