

НЕРЕШЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ПРИНУЖДЕНИЯ
ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ*Ольга Викторовна Поплавская, Наталья Александровна Черная**Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии,
наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ,
400131, г. Волгоград, пл. Павших бойцов, д. 1, e-mail: poplavok9@rambler.ru, e-mail: chernaya_05@mail.ru*

Реферат. С помощью метода кейс-стади изучены типичные клинические случаи, иллюстрирующие необходимость совершенствования нормативного поля психиатрической практики, так как при оказании психиатрической помощи часто встречаются ситуации, являющиеся морально-этическими дилеммами установления оптимальных отношений между врачом и пациентом, а жесткая регламентация данной сферы законом, ограничивает оказание качественной специализированной помощи пациентам, отказывающимся от лечения в силу недостаточной способности понимать информацию, обрабатывать ее рационально и принимать обоснованное решение, что приводит в отдаленном периоде к неблагоприятным исходам для пациента.

Ключевые слова: психическое расстройство, психиатрическая помощь, право в психиатрии, этические проблемы психиатрии.

UNSOLVED ASPECTS OF THE INVOLUNTARY
PSYCHIATRIC CARE

Olga V. Poplavskaya, Natalya A. Chernaya

Volgograd State Medical University, Narcology and Psychotherapy
department with the Course of Doctors Improvement Faculty,
400131, Volgograd, Pavshikh Bortsov Square, 1,
e-mail: poplavok9@rambler.ru, e-mail: chernaya_05@mail.ru

By means of case-study method the typical clinical cases have been analyzed and examined. They show the necessity of further improvement of regulatory aspect in psychiatry, so that to avoid any moral-ethical problems which still take place in psychiatric practice between a patient and a doctor. In addition, the law puts hard restrictions on the problem, making it impossible to provide effective help to the patients which reject the medical intervention due to their insufficient ability to percept reality and information, make decisions what, in fact, leads to unfavorable consequences for them.

Key words: mental disorder, mental health care, the right of psychiatry, ethical issues in psychiatry.

Современные темпы развития и преобразования здравоохранения, диктуют необходимость динамичного соответствия качества психиатрической помощи запросам постоянно изменяющегося современного социума, повышающимся требованиям к профессионализму и морально-этическим принципам врача, как гаранта защиты прав пациента [3, 5, 6, 8]. Такая этическая задача психиатра, как ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до рамок, определяемых медицинской необходимостью, в некоторых случаях трудно выполнима.

Наибольшие сложности отмечаются, когда пациент отказывается от лечения в ситуациях, которые не связаны с непосредственной опасностью для него самого или окружающих, так как недобровольное оказание психиатрической помощи строго ограничено Законом РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее Закон), статьями 23, 24, 25, 29 [1]. Изменение парадигмы взаимоотношений «больной—врач» от «патерналистской» модели к модели «информированного согласия», исключаяющей доминирующую роль психиатра в решении медицинских, социально-бытовых, нравственно-этических проблем психически больного человека, показывает меньшую эффективность обеспечения безопасности и сохранения жизни пациентов [2, 4].

Так как психические расстройства могут нарушать социальное функционирование личности, целенаправленность поведения, способность к критической оценке своего состояния и принятие осознанных решений, ситуация становится «проблемной», когда пациент отказывается от лечения. В психиатрической практике бывает так, что способность пациента понимать информацию, обрабатывать ее рационально и принимать обоснованное решение вызывает сомнение. Это актуализирует проблему ухудшения психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, но правовых оснований для недобровольного оказания психиатрической помощи недостаточно. Нередки ситуации, когда врач-психиатр, руководствуясь морально-этическими принципами, в интересах больного прилагает много усилий для получения согласия на лечение, однако это не удается. Отказавшись от терапии, больной уходит, обрекая врача на беспомощную констатацию факта отсутствия законного основания для недобровольного оказания психиатрической помощи, несмотря на полное осознание того, что лечение психического расстройства необходимо в интересах, прежде всего, самого больного.

С целью изучения комплиментарности правовых, клинических и этических регуляторов работы психиатрической службы, мы с помощью метода кейс-стади проанализировали 150 медицинских амбулаторных карт больных, получающих специализированную

психиатрическую помощь в «ГБУЗ ВОКПНД». Выявлены типичные случаи, когда пациент нуждается в психиатрической помощи, но не дает согласие на нее, а врач не имеет юридических оснований для оказания психиатрической помощи недобровольно.

Примером может служить такое психическое расстройство как тактильный галлюциноз. Группа психических расстройств, объединяемых общностью основных синдромальных проявлений – преобладанием тактильного галлюциноза в сочетании с бредом одержимости (пораженности) кожными паразитами, носит название тактильного галлюциноза, или пресенильного дерматозойного бреда Эжбома. Этот синдром, в отличие от других (зрительных, вербальных и обонятельных) галлюцинозов старости, весьма различен по структуре [7]. Сочетание тактильного галлюциноза с бредом одержимости кожными паразитами описывают в психиатрической и дерматологической литературе под разными названиями: «нейродермия с паразитофобией», «навязчивый зоопатический галлюциноз», «пресенильный дерматозойный бред», хронический тактильный галлюциноз, бред одержимости паразитами. По мнению большинства исследователей, среди больных с тактильным галлюцинозом преобладают люди позднего, особенно инволюционного (50–65 лет), возраста. Женщины заболевают в 3–4 раза чаще, чем мужчины. Клинические наблюдения показывают, что синдром тактильного галлюциноза обнаруживает определенную возрастную предпочтительность, но встречается при различных органических (сосудистых, атрофических, опухолевых) и эндогенных заболеваниях. В наиболее типичных и развернутых случаях тактильного галлюциноза больные испытывают постоянные мучительные патологические ощущения на поверхности кожи, под ней и на слизистых оболочках в виде зуда, жжения, укусов, уколов, боли и т.п. По убеждению больных, эти ощущения вызывают многочисленные, обычно чрезвычайно мелкие паразиты («микробы», жучки, червячки и т.п.). Нередко больные чувствуют шевеление, передвижение или скопление этих существ под кожей. Как правило, больные непоколебимо убеждены в том, что причиной всех мучительных ощущений являются паразиты. Как правило, больные проявляют большую и неутомимую бредовую активность, постоянно обращаются к врачам, в частности дерматологам, инфекционистам. Не получая, по их мнению, помощи и не встречая понимания, они сами активно борются против паразитов (лечатся мазями, втираниями, внутренними средствами и т.п., без конца моются, меняют, стирают, дезинфицируют белье и т.д.). Тактильный галлюциноз обычно сопровождается зрительными иллюзиями – больные собирают грязь, шелушащиеся слои кожи, нитки и т.п. и показывают их окружающим как обнаруженных паразитов. Нередко бывают ипохондрические расстройства, в частности появляются опасения, а затем и убежденность, что паразиты наносят большой вред здоровью. Иногда

ипохондрические идеи достигают степени нигилистического бреда; в таких случаях больные говорят о проникновении паразитов в мозг, внутренние органы и т.д. настроение становится подавленным и тревожным. Обращаться за помощью к психиатру такие больные отказываются категорически, так как считают себя психически здоровыми.

Пример 1. Больная К., 65 лет. Психические расстройства отмечаются в течение года, когда стала чувствовать под кожей спины «шевеление насекомых», ощущать нестерпимый зуд. Решила, что ее «покусают блохи от животных (кошек и собак), которые заполонили весь подъезд». Также были сомнения, что возможно был «укус клеща, но его не видела». В связи с жалобами на зуд и «шевеление» в области спины обратилась за помощью к врачу дерматологу в диспансер по месту жительства, получала лечение в дневном стационаре, однако улучшения в состоянии не отмечалось. Для борьбы «с насекомыми», стала применять различные средства: «травила их перекисью водорода, кислотой, бензил-бензоатом», но ничего не помогало. Постепенно состояние стало ухудшаться: чувствовала не только «шевеление паучков, клещей, но и их движение по организму», чувствовала, как один из них «прикрепился к позвоночнику и стал расти, вырос уже почти до 5 см». Высказывалась о том, что его бы надо удалить оперативным путем. Для того, чтобы «не кормить паразитов» стала отказываться от приема пищи, в течение двух месяцев похудела на 20 кг. Неоднократно обращалась за помощью к врачам инфекционистам, обследовалась в Волгограде, Москве. Проводились дорогостоящие исследования на паразитарные заболевания (патологии не выявлено), МРТ грудного отдела позвоночника (выявлена картина остеохондроза, деформирующего спондилеза, спондилоартроза). В связи с тем, что сохранялась уверенность пациентки в паразитарном происхождении заболевания, вместе с дочерью выбросила матрасы, одежду, ковры. На фоне зуда и непрекращающихся ощущений шевеления под кожей и на коже, снизилось настроение, стала раздражительной, нарушился сон. Постепенно стала замечать, что насекомые могут «вылезать из пор», особенно после того, как «почешусь спиной о косяк», «видела лапки паучков, рассматривала их через лупу, собирала их в газету и относила дерматологу». По направлению инфекциониста, осмотрена психиатром в диспансерном отделении. *Психический статус*: сознание не помрачено, ориентирована верно, полностью. Контакт доступен. В начале беседы насторожена, напряжена, тревожна, фиксирована на своем состоянии, настаивает на осмотре врача-инфекциониста. Постепенно речь становится в форме монолога. Фон настроения снижен. Предъявляет жалобы на наличие зуда в области спины, постоянное ощущение «шевеления под кожей». Считает, что насекомые («блохи и паучки») «отложили яйца, проложили ходы по всему телу и теперь могут перемещаться». Считает, что эти «паразиты питаются от ее тела». Сообщает, что «из пор постоянно выходят насекомые, все их видят, большие («на спине, где позвоночник») сами выйти не могут, их надо удалить». «Сама пытаюсь их выдавить, есть чувство, как будто этот клещ лопнул, но меньше не стал». С трудом переключается на другие темы. Фиксирована на своем состоянии. Внимание неустойчиво, память несколько снижена. Значительного интеллектуального снижения не отмечается. Мышление паралогичное. Критически свое состояние не оценивает. Агрессивных, суицидальных тенденций не выявляет. Консилиумом врачей-психиатров состояние пациентки

было расценено как Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Пациентка категорически отказалась от госпитализации в психиатрический стационар. Ввиду отсутствия показаний к недобровольной госпитализации, консилиум врачей-психиатров длительно уговаривал ее согласиться на лечение, объясняя необходимость госпитализации наличием сниженного настроения, нарушений сна, потери веса. С большим трудом пациентка дала согласие на госпитализацию, чем уже на следующий день была крайне недовольна и начала отказываться от продолжения терапии в условиях психиатрического стационара.

Пример 2. На прием к депутату городской Думы обратился гражданин Д. с письменным заявлением следующего содержания (пунктуация и орфография автора сохранены): «Прошу вашей помощи, т.к. 19 лет идет одурачивание меня и отказ в лечении инфекций: токсоплазмоз, аденовирус, цитомегаловирус и герпес. Это особо охраняемые Единой Россией инфекции, от которых идет поражение всех органов и глаз, невыносимая боль в мышцах, отравленная токсоплазмами кровь, которые выедают кремний от чего седеют волосы и нарушается энергетика человека, способность организма бороться с инфекциями. Не возможность нормально питаться: принял пищу через 15-20 минут её будут есть паразиты в крови вызывая отравление всего организма, порой нет сил даже подняться. Приняв горячую ванну, чувствую, как вода принимает гадкий запах и становится маслянистой, на стенках тёмный налет, это выходят через кожу отходы жизнедеятельности токсоплазм». При расспросе выяснилось, что пациент неоднократно посещал разных врачей инфекционистов, которые в свою очередь направляли его к психиатру. Подобные рекомендации Д. воспринимает как оскорбление и заговор врачей и политиков против него. В психиатрические учреждения никогда не обращался.

Таким образом, наличие психического расстройства у себя такие больные отрицают, в то время как существующих на сегодняшний день оснований для недобровольного оказания психиатрической помощи указанных в Законе в данных случаях недостаточно. Для оказания качественной специализированной помощи больным с подобными психическими расстройствами необходимо внести в Закон дополнительное основание, например, как в законе «О психическом здоровье» Малайзии, принятом 27 сентября 2001 года – основаниями для недобровольной госпитализации являются следующие: 1) лицо страдает психическим расстройством в степени, оправдывающей его госпитализацию в психиатрический стационар для оценки состояния или лечения; 2) лицо должно быть помещено в психиатрический стационар в интересах его собственного здоровья и защиты или защиты окружающих [9]. Пациенты, отказавшиеся от психиатрической помощи на относительно раннем этапе заболевания, в дальнейшем, проходя курс лечения на отдаленном этапе болезни, сталкиваются с проблемой резистентности, хронификации процесса и даже инвалидизации. В идеале решение в отношении необходимости лечения в психиатрии может быть принято только врачом-психиатром, но он должен обсудить решение с пациентом и членами семьи, и предоставить информацию обо всех преимуществах и недостатках предлагаемого курса лечения. У пациента также должна быть возмож-

ность узнать мнение другого компетентного психиатра по своему выбору, а также возможность выбора лечебного учреждения, оказывающего специализированную психиатрическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 20 августа 1992 г., N 33, ст. 1913.
2. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: руководство. М.: МЕДПРЕСС-информ, 2004. 528 с.
3. Морозов П.В., Волошин П.В., Марута Н.А. и др. Профессиональная подготовка врачей-психиатров в странах Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации: проблемы и решения // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. Т. 17 (4). С. 4–8.
4. Навроцкий Б.А., Вешнева С.А., Поплавская О.В. Социальные, этические и клинические проблемы современной наркологии // Биоэтика. 2015. №16. С. 43–47.
5. Оруджев Н.Я., Замятина И.И., Поплавская О.В. Проблемы социального обслуживания лиц с психическими расстройствами // Альманах современной науки и образования. 2014. № 12(90). С. 74–77.
6. Оруджев Н.Я., Поплавская О.В., Черная Н.А. Организационно-правовые проблемы оказания психиатрической помощи // Сборник трудов научно-практической конференции профессорско-преподавательского коллектива, посвященной 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. 2015. С. 78–80.
7. Руководство по психиатрии [Под ред. А.В. Снежневского]. Т. 2. М: Медицина, 1983, 480 с.
8. Bhugra D., Ventriglio A., Kuzman M.R. et al. EPA guidance on the role and responsibilities of psychiatrists // Euro Psychiatry. 2015. Vol. 30 (3). P. 417–423.
9. Law of Malaysia Act 615 Mental health act 2001 // Gazette. 27 September 2001.

REFERENCES

1. *Zakon RF ot 2 iyulya 1992 g. N 3185-I «O psikhiatricheskoi pomoshchi i garantiyakh prav grazhdan pri ee okazanii» / Vedomosti S"ezda narodnykh deputatov Rossiiskoi Federatsii i Verkhovnogo Soveta Rossiiskoi Federatsii ot 20 avgusta 1992 g., N 33, st. 1913. (in Russian)*
2. *Mendelevich V.D. Psikhiatricheskaya propedevtika: rukovodstvo. Moscow: MEDPRESS-inform, 2004. 528 p. (in Russian)*
3. *Morozov P.V., Voloshin P.V., Maruta N.A. et al. Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya. 2015. Vol. 17 (4). pp. 4–8. (in Russian)*
4. *Navrotskii B.A., Veshneva S.A., Poplavskaya O.V. Bioetika. 2015. №16. pp. 43–47. (in Russian)*
5. *Orudzhev N.Ya., Zamyatina I.I., Poplavskaya O.V. Al'manakh sovremennoi nauki i obrazovaniya. 2014. № 12(90). pp. 74–77. (in Russian)*
6. *Orudzhev N.Ya., Poplavskaya O.V., Chernaya N.A. In: Proceedings of the nauchno-prakticheskoi konferentsii professorsko-prepodavatel'skogo kollektiva, posvyashchennoi 80-letiyu Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. Volgograd, 2015. pp. 78–80. (in Russian)*
7. *Rukovodstvo po psikhiiatrii [ed. A.V. Snezhnevski]. Vol. 2. Moscow: Meditsina, 1983, 480 p. (in Russian)*

Поступила 29.01.17.