

УДК 616.89

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

*Н. Я. Оруджев, О. В. Поплавская*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ*

В обзоре представлены современные данные научной литературы о некоторых актуальных проблемах современной психиатрии.

*Ключевые слова:* психические расстройства, психиатрическая помощь, этические проблемы в психиатрии, стигматизация.

## CURRENT ISSUES IN MODERN PSYCHIATRY

*N. Y. Orudjev, O.V. Poplavskaya*

This review presents current ethical, legal and social issues in modern psychiatry addressed in literature.

*Key words:* mental disorders, mental health services, ethical issues in psychiatry, stigma.

Особенности контингента больных, специфика медико-биологических основ психических болезней и тесная сопряженность психического заболевания с правовыми и социальными ограничениями в отношении больного человека, равно как и особое отношение общества к этой проблеме в совокупности определяют круг вопросов, постоянно поднимающихся в дискуссии между врачами-психиатрами и другими членами общества [6, 26, 27].

Вопросы о природе человеческой личности и поведения всегда были в центре внимания философских дискуссий. В ранние периоды истории человечества стойкое необычное поведение интерпретировалось в спектре моральных или религиозных тем, и только в последние десятилетия попытки разобраться в тонкостях функций головного мозга, определяющих поведение, имели определенный успех. Нейробиология играет все большую роль в основных понятиях о возникновении душевных расстройств и их лечении, многие ученые считают, что психиатрия, наконец, вступила на путь успешной медицинской дисциплины [30, 33].

Неотъемлемыми сильными сторонами психиатрии считаются навыки общения с пациентами, организации ухода и надзора за больными, клинический опыт, база знаний по психопатологии. В то же время для психиатрии остаются актуальными сомнения в правомерности существующих систем диагностики и классификации. Использование двух диагностических систем стало возможно благодаря тому, что диагностика психических расстройств основывается на феноменологических критериях, а не на биологических. До сих пор отсутствуют унифицированные диагнозы в лечебном и обра-

зовательном процессах, исследовательской деятельности, статистике, а вследствие этого возникает недоверие к результатам клинических исследований — базового звена доказательной медицины. Некоторыми учеными высказываются сомнения по поводу адекватности методологии и достоверности результатов исследований в психиатрии. В качестве примера Н. Katschnig (2010) приводит мета-анализ результатов терапии антидепрессантами, где при легких и среднетяжелых депрессиях эффективность препаратов не отличается от плацебо. В клинической медицине наиболее доказательными считаются рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), а наиболее достоверным источником информации — мета-аналитические обзоры. Существует мнение, что психиатрия является одной из областей, в которой ограничения РКИ приведут к ограничению знаний о реальной опасности фармакологического лечения для пациента [5, 28, 31, 32].

Психиатрия постоянно расширяет сферу своей компетенции — от воздействия на наиболее выраженные формы душевных болезней, до пограничной патологии и психопрофилактики, прогноза и профессионального отбора, что порождает у общества определенные ожидания [7, 9]. Общество крайне обеспокоено возможностью влиять с помощью лекарственных препаратов на сознание и поведение. Независимо от того, позитивно или негативно мы влияем на память и внимание, целью является фармакологический контроль над нейрокогнитивными функциями [20, 21]. Такое вмешательство, в некоторых случаях, может оказать более эффективное воздействие на взаимодействие с окружающей средой, чем это достигается путем трудолюбия.

С учетом появления на горизонте имплантируемых нейронных устройств [22, 23, 24], дискуссия по этой проблеме только начинается.

Совершенно новые вызовы готовит прогресс современных биотехнологий. Фактически, в ближайшие годы, будет создана материальная база для социальной инженерии. Уже сейчас развитие нейрофармакологии селектирует субпопуляции с программированным поведением. По мере раскрытия молекулярных основ таких черт личности, как агрессия, преступные склонности, разум, сексуальная идентичность, становится ясно, что эти знания можно применять для конкретных целей [14, 20].

В психиатрии есть как минимум три подхода — биологический, социальный и психотерапевтический, каждый из которых имеет свою базу знаний, международные ассоциации, конференции и журналы. Несмотря на усилия, предпринимаемые Всемирной психиатрической ассоциацией и другими профессиональными сообществами, междисциплинарное взаимодействие, во многом, носит конкурентный характер [5, 28].

Еще один «бич» психиатрии — проблема стигматизации, которая определяется как негативное выделение обществом индивида и социальной группы по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций. Стигма психических расстройств является наиболее стойким препятствием на пути улучшения качества жизни больных. До настоящего времени обращение к психиатру связано со стигмой, поэтому во многих странах мира наблюдается интерес к традиционному «психиатрическому» полю неврологов, психологов, а также врачей общей практики и представителей нетрадиционной медицины. Объем антидепрессантов, выписываемый врачами разных специальностей, в разы превышает объем, выписываемый психиатрами. Пациенты и их родственники высказывают все больше критических замечаний в адрес психиатрии, что стало особенно заметно по мере развития сети Интернет. Организации самопомощи по вопросам психического здоровья набирают все больший вес. Отмечается снижение престижа психиатрии как науки в медицинском сообществе и в обществе в целом, уменьшение количества желающих получить профессию психиатра [4, 5, 28].

Прогресс в области профилактики и лечения психических заболеваний невозможен без регулирования качества оказания психиатрической помощи на условиях транспарентного участия всех заинтересованных общественных институтов, распределения обязанностей между правовыми, социальными, образовательными, психологическими структурами и собственно психиатрической службой. Очевидно, что применение лишь правовых норм и процедур не может решить всего многообразия нравственно-этических проблем во взаимоотношениях «врач — пациент», «пациент — общество», «общество — психиатрия». Между декларацией соблюдения древней этической заповеди: «Прежде всего —

не вредить!» и реальной клинической деятельностью с использованием современных высокоэффективных методов воздействия на организм совершенно очевиден неустранимый разрыв. Индивидуальный анализ того, перевешивает или нет реально достижимая польза пациенту от вмешательства возможные негативные последствия, на деле невозможен, он входит в противоречие с принципами стандартизации медицинских технологий, где такой риск заложен и оправдан априорно в случае разрешения каждой медицинской манипуляции. Неясно, как «диагноз психического расстройства не может основываться на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе», если проверка таких совпадений составляет основу множества тестов и диагностических процедур [1, 6].

Описывая значение этических проблем современной психиатрии, к которым можно отнести отношение психиатров к генетическому консультированию, конфиденциальности, дискриминации на этнической и культуральной почве, к эвтаназии, пыткам, смертной казни, селекции пола, средствам массовой информации, психофармакоиндустрии, необходимо обратить внимание на то, что именно социальная ориентированность психиатрии во все времена превращает ее в арену острой борьбы различных идеологий, правовых и этических концепций и возлагает на психиатров высочайшую нравственную ответственность перед обществом [3, 6, 8, 19, 25, 26].

Увеличение объема генетического тестирования принесло с собой озабоченность по поводу возможного злоупотребления результатами тестов в диагностике и прогнозировании болезни, занятости и доступа к медицинскому страхованию. Последние функциональные исследования магниторезонансной томографии (МРТ) показывают возможность измерения биологических коррелятов сложных человеческих процессов, таких как система принятых решений, моральных или аморальных социальных суждений, любви и альтруизма [16]. В одном из проведенных исследований нейронных структур с помощью МРТ сообщается о более чем 90%-й точности в определении материальных основ лжи [29]. Однако риск ложных срабатываний огромен, потому что даже низкий процент ложноположительных результатов может иметь важные последствия.

Конфиденциальность в классическом понимании в медицине подразумевает неразглашение сведений о больном и его болезни. В отсутствие гарантии врачебной тайны большинство психически больных станут избегать обращения, а при вынужденном обращении будут скрывать важные для диагностики и лечения сведения о себе и своей болезни. Противоречие состоит в том, что в ряде случаев психически больной человек может представлять общественную опасность и способен к различным противоправным действиям. Еще 15—20 лет назад эта проблема однозначно решалась в пользу общества, то есть декларировалась добровольная помощь психиатра обществу в ущерб личности душевноболь-

ного. Сегодня ситуации, при которых допустимо нарушать принцип конфиденциальности, законодательно жестко очерчены и ограничены случаями непосредственной опасности для себя и окружающих, связанной с психическим расстройством больного [6, 8, 12].

Однако за рамками правового регулирования остаются многие ситуации, не носящие характер непосредственной социальной опасности. Наиболее яркая и болезненная ситуация — информирование родственников о диагнозе без согласия больного. На практике врач решает эту задачу «индивидуально», но с этических позиций такой конфликт интересов должен бы однозначно решаться в пользу больного. В этом вопросе есть иная, более проблемная сторона — где находится грань осмысленного волеизъявления у пациента с психическим расстройством и кто вправе определять эту грань? [2, 6, 8].

В последнее время происходит изменение парадигмы взаимоотношений «больной-врач» от «патерналистской» модели к модели «информированного согласия». Традиционная патерналистская модель предусматривала исключительную, доминирующую роль психиатра в решении не только медицинских, но всех социально-бытовых и нравственно-этических проблем психически больного человека. Положительным в таком подходе было обеспечение безопасности и сохранение жизни пациентов преимущественно в госпитальных условиях, профилактика вреда обществу от их действий в связи с наличием заболевания. Непрозрачность условий реализации такой помощи имела и противоположные негативные эффекты — многочисленные злоупотребления. Учитывая чрезвычайно широкий спектр пациентов от крайне тяжелых и необратимых изменений психики до переходящих пограничных с нормой состояний, выбор между патерналистским и не патерналистским подходом должен проводиться строго индивидуально на основании точной диагностики и может быть сменен у конкретного пациента по мере его лечения и реабилитации [2, 6].

Окружена спорами и концепция информированного согласия. Часто психиатрические пациенты не считают себя больными и отказываются от согласия на лечение. Психиатр должен оценить способность пациента понять информацию, обрабатывать ее рационально и принять обоснованное решение. Иногда пациенты, которые имеют серьезные расстройства психики, могут дать согласие на лечение, но на самом деле даже не многие психически здоровые люди могут понять медицинские термины и решить, следует ли соглашаться на прием лекарств. На такой процесс принятия решений влияют слухи, убеждения и стигматы. В идеале, решение в медицине может быть принято только медицинским работником, но он должен обсудить решение с пациентом и членами семьи, и они должны быть в курсе всех преимуществ и недостатков предлагаемого курса лечения. У пациента также должна быть возможность узнать мнение второго компетентного психиатра по своему выбору [6, 17].

Включение пациента как относительно равноправного участника принятия решения о тех или иных действиях в связи со своим заболеванием отразилось на введении принципа добровольного информированного согласия. В настоящее время рекомендуется использовать следующие критерии для оценки того, способен ли психически больной человек принять решение: оценка способности сообщить о своем выборе — больной должен сказать больше, чем просто «да» или «нет»; оценка способности восприятия фактов больным, относящихся к предстоящему решению — осознание сущности и цели вмешательства, риска и выгод, альтернативы; способность оценить ситуацию и сопутствующие ей обстоятельства, прежде всего — факт наличия психического заболевания и необходимость лечиться, чтобы выздороветь; оценка способности рационально пользоваться полученной информацией [13, 18].

Крайне запутана этическая задача психиатра — ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью. Частным случаем данной «проблемной ситуации» считается существующее и определенное в соответствующих юридических документах право больного на отказ от лечения как источник биоэтической дилеммы. На другом полюсе — особенности психически больных, чей отказ от лечения может актуализировать проблему опасности лица, страдающего психическим расстройством, для себя или окружающих [6, 10, 11].

Важная часть этического регламентирования — избегание нарушения границ. Граница может быть определена как «край» соответствующего профессионального поведения, нарушение которого влечет за собой нарушение клинической роли. Терапевтические отношения между врачом и пациентом устанавливаются исключительно с целью лечения, отклонение от основной цели: сексуальные, деловые, идеологические, микросоциальные, финансовые и бытовые отношения — следует считать неэтичными. Врач несет ответственность за сохранение границ, и если даже незначительное нарушение происходит, то лучше перевести больного коллеге. Нарушение границ, как правило, начинается с малого и постепенно становится проблематичным и начинает скользить вниз по склону, это явление известно как концепция «скользкого склона» [25, 26].

Описанная выше специфика психиатрии — ее подчеркнуто социальный характер, воздействие на личность пациента, необходимость и масштабы применения недобровольных мер, социальные последствия психиатрического диагноза, степень влияния любых действий психиатра на судьбу пациента — необходимое и достаточное условие для организации и проведения дискуссий о мерах повышения качества психиатрической помощи с привлечением самого широкого круга специалистов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Страницы истории Российского общества психиатров (съезды, национальные конгрессы и конференции). — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 144 с.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Любов Е. Б. Психосоциальное лечение и психосоциальная реабилитация // Психиатрия. Национальное руководство. — М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2009. — С.469—474.
3. Дмитриева Т. Б. Руководство по социальной психиатрии. — М.: Медицина, 2004. — 544 с.
4. Королева Е. Г. Деонтология в психиатрии. Учебно-методическое пособие для студентов медико-психологического факультета, психологов, интернов, клинических ординаторов и врачей психиатрического профиля. — Гродно: УО «ГрГМУ», 2009. — 99 с.
5. Лоскутова В. А. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2010. — Т. 20, вып. 2. — С. 108—111.
6. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика: руководство. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 576 с.
7. Ненарокомов А. Ю., Оруджев Н. Я., Антонова Т. Ю. и др. // Биоэтика. — 2012. — Т. 1, № 9. — С. 36.
8. Перехов А. Я. Этические проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и сексопатологии / Актуальные проблемы клинической, социальной и биологической психиатрии и наркологии: Матер. науч.-практ. конф. ЮФО 19 Т. 1. 20 окт. 2006 года. — Ростов-н/Д.: Феникс, 2006. — С. 229.
9. Петров В. И., Седова Н. Н. Практическая биоэтика: этические комитеты в России. — М.: Триумф, 2002. — 192 с.
10. Поплавская О. В., Поплавский А. Э. // Биоэтика. — 2013. — № 1 (11). — С. 57.
11. Руженкова В. В., Руженков В. А. // Научные ведомости БелНИУ. Серия Медицина. Фармация. — 2012. — № 4 (123). — Вып. 17. — С. 6.
12. Сидоров П. И. // Российский психиатрический журнал. — 2005. — Т. 1, № 3. — С. 28.
13. Стойка М. М. // Журнал правовых и экономических исследований. — 2011. — № 2. — С. 36.
14. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. — М.: Люкс, 2004. — 350 с.
15. Ashcroft R. // Health Care Analysis. — 2003. — Vol. 11 (1). — P. 3—13.
16. Bartels A., Zeki S. // NeuroImage. — 2004. — Vol. 21. — P. 1155—1166.
17. De Vries R., Turner L., Orfali K., et al. // Sociology of Health & Illness. — 2006. — Vol. 28 (6). — P. 665—677.
18. Dingwall R. The ethical case against ethical regulation in humanities and social science research. Twenty-First Century Society. — 2008. — Vol. 3 (1). — P. 1—12.
19. Duckworth K., Blumberg L., Bienefeld D., et al. Law, Ethics, and Psychiatry. In: Allan T., Kay J., Lieberman J. A., editors. — Psychiatry. 2nd ed. Wiley, 2003.
20. Ecks S. Polyspherical pharmaceuticals: Global psychiatry, capitalism, and space. In: Jenkins J. H., editor. Pharmaceutical self: The global shaping of experience in an age of psychopharmacology. — Sante Fe: SAR Press, 2010. — P. 97—116.
21. Farah M. J., Wolpe P. R. // Hastings Cent. Rep. — 2004. — Vol. 34. — P. 35—45.
22. Foster K. R. Engineering the brain. In: Illes J., editor. Neuroethics: Defining the Issues in Theory, Practice and Policy. — Oxford University Press; 2006. — P. 185—199.
23. Hedgecoe A. // Social Studies of Science. — 2010. — Vol. 40 (2). — P. 163—186.
24. Hedgecoe A. Context, ethics and pharmacogenetics. Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences. — 2006. — Vol. 37 (3). — P. 566—582.
25. Illes J. Neuroethics: Defining the issues in theory, practice, policy // Ed. By J. Illes. — Oxford University Press, 2006. — P. 149—168.
26. Illes J., Bird S. J. // Trends Neurosci. — 2006. — Vol. 29, № 9. — P. 511—517.
27. Kass L. Life, Liberty, and the Defense of Dignity: The Challenge for Bioethics. — New York: Encounter Books, 2004.
28. Katschnig H. // World Psychiatry. — 2010, — Vol. 9 (1). — P. 21—28.
29. Kozel F. A., et al. // Biol. Psychiatry. — 2005. — Vol. 58. — P. 605—613.
30. Osborne P. Wiggins; Michael A. Schwartz Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective. Chapter: Philosophical Issues in Psychiatry, Publisher: Kluwer Academic Publisher, Editors: G. Khushf, 2004. — P. 473—488.
31. Sobo S. // Med Hypotheses. — 2009. — Vol. 72. — P. 491—498.
32. Tharyan P. // Indian J Med Ethics. — 2011. — Vol. 8. — P. 201—207.
33. Zimmer C. Soul Made Flesh: The Discovery of the Brain — and How it Changed the World. — Free Press, 2004.

## Контактная информация

**Поплавская Ольга Викторовна** — к. м. н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом ФУВ, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: poplavok9@rambler.ru