

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЕНЯЕМОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

В. Б. Первомайский, В. Р. Илейко, А. В. Канищев

В статье предлагается алгоритм оценки ограниченной вменяемости у несовершеннолетних правонарушителей, включающий три группы критериев. Первая группа — общие (нормативно-правовые критерии), подразумевающие наличие психического расстройства непсихотического уровня, вследствие которого лицо не было способно в полной мере осознавать свои действия и руководить ими. Вторая группа — специальные (клинико-социальные) критерии, включающие клинические (статические и динамические) характеристики психического расстройства, социальные, личностные факторы, а также наличие коморбидных расстройств. Третья группа — индивидуальные (индивидуально-ситуационные) критерии, которые характеризуют отображение психического расстройства на этапах мотивации, планирования, осуществления правонарушения, а также прогнозирования и оценки его последствий.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, несовершеннолетние, ограниченная вменяемость

CRITERIA OF DIMINISHED RESPONSIBILITY IN ADOLESCENTS

V. B. Pervomayskiy, V. R. Ileyko, A. V. Kanishchev

The article contains the guideline for forensic psychiatric estimation of diminished responsibility in adolescents, which includes three groups of criteria. First group — general (legislative) criteria, concerning the presence of non-psychotic mental disorder, which substantially impairs cogitative and volitional abilities of adolescent. Second group — special (clinical and social) criteria: clinical features of mental disorder, social and personal factors, as well as comorbid disorders. Third group — individual (situational) criteria, describing reflection of the mental disorder in the motivation, reasoning of the offence, anticipation of its consequences etc.

Keywords: forensic psychiatric evaluation, adolescents, diminished responsibility

УДК: 616-006:616.89+615.851

О.А. Ревенок, О.П. Олійник, С.С. Шум, І.І. Ходаковська

ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології,
МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: онкологічні хворі, психічні розлади, судово-психіатрична оцінка, цивільна дієздатність

Актуальність. Проблема онкології у світі була визнана спеціалістами ВООЗ одним з пріоритетних напрямків медицини: до 2020 року збільшення захворюваності на

злоякісні новоутворення сягне 15 млн. випадків.

Тільки в Україні фіксується понад 150 тис. вперше виявлених випадків онкологіч-

ної патології і понад 90 тис. осіб, які страждають на злоякісні новоутворення і щорічно вмирають (Інформаційна довідка МОЗ України).

При цьому розповсюдженість психопатологічних розладів в осіб з вищезазначеною патологією досить висока, це тільки підкреслює особливу значимість і актуальність дослідження їх психічної сфери. Складність формування механізмів патології психіки при злоякісних новоутвореннях, перш за все, зумовлена щільним взаємозв'язком психогенних, соматогенних та особистісних факторів, а також тривалістю захворювання, його стадією та ймовірним прогнозом [1-3].

Дана проблема також потребує ретельного вивчення у співставленні з діючою МКХ – 10.

Вивчення психічних розладів в осіб, які страждають на онкологічні захворювання, почали проводити ще за радянських часів [4;5], але більш активно дана проблема стала вивчатися упродовж останніх п'ятнадцяти років. Слід зауважити, що більшість наукових праць за цим напрямом виконана на конкретному вибірковому матеріалі [6-8].

Останнім часом у судовій практиці збільшується кількість судово-психіатричних експертиз за цивільними справами про визнання правочинів недійсними, де на розгляд експертів ставлять питання щодо здатності онкохворих розуміти значення своїх дій та керувати ними. Саме тому через значний приріст кількості хворих на рак та збільшення кількості справ цивільного судочинства, розробка теоретичних, методологічних та практичних аспектів судово-психіатричних експертиз осіб з онкопатологією є однією з найбільш актуальних та складних задач на теперішній час.

Матеріал і методи дослідження. За умови інформованої згоди було обстежено 31 хворого з онкологічними захворюваннями III або IV клінічної стадії, які перебували у клінічному відділенні паліативної допомоги Київської міської лікарні №2. Згідно до поставлених задач, тематичних хворих було поділено на дві групи. Основну групу складала 13 хворих з онкологічною патологією, які отримували наркотичні

анальгетики. До групи порівняння увійшли 18 онкохворих, яким не призначались анальгетики наркотичної дії. Вибір тематичних хворих не обмежувався віком, статтю та локалізацією онкологічного процесу.

Інструментом дослідження виступала спеціально розроблена карта обстеження. Весь спектр показників, які увійшли до карти обстеження, викладено пунктами, у яких відображені паспортні дані, соціально-демографічні показники, анамнестичні дані у вигляді анамнезу життя, анамнезу онкологічної, соматичної, неврологічної хвороби, сімейного анамнезу, дані стосовно актуального психонкологічного стану хворого під час лікування, судово-психіатричні аспекти юридично значимої ситуації у цивільному процесі, психологічні показники та особистісні риси досліджених, мотивація укладання правочинних актів при наявності онкологічної хвороби, для подальшої оцінки впливу на здатність усвідомлювати свої дії та керувати ними.

У роботі використовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний та статистичний методи дослідження.

Мета роботи - виявлення психічних і поведінкових розладів, вивчення їх клінічної структури з подальшою оцінкою впливу цих розладів на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та можливість керувати ними для удосконалення судово-психіатричних експертиз у цивільному процесі.

Результати роботи. Збір та аналіз психоанамнестичних даних у досліджених онкохворих не виявив випадків спадкової обтяженості психічними захворюваннями. При опитуванні усі хворі заперечували у себе будь-які розлади психіки протягом життя, які б стали підставою самостійного звернення до лікарів-психіатрів або направлення на консультацію за ініціативою інших спеціалістів. Під час перебування у відділенні паліативної допомоги психіатрами оглядалися 4 особи (13%), хоча підстав для психіатричного огляду у досліджених хворих з онкологічною патологією на пізніх стадіях захворювання було значно більше (табл. 1).

Розподіл досліджених хворих в залежності від проведення огляду психіатра/медичного психолога під час лікування від онкохвороби

Огляд психіатра/ мед.психолога	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Не проводився:	8	80,0	2	66,7	10	100	7	87,5	27	87,1
- через відсутність підстав	4	40,0	2	66,7	8	80,0	4	50,0	18	58,1
- за наявності підстав, але з інших причин	4	40,0	-	-	2	20,0	3	37,5	9	29,0
Проводився:	2	20,0	1	33,3	-	-	1	12,5	4	12,9
- психомоторне збудження	1	10,0	1	33,3	-	-	-	-	2	6,5
- депресивні розлади	1	10,0	-	-	-	-	1	12,5	2	6,5
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

У результаті власного обстеження було з'ясовано, що підставами для огляду психіатрів (у випадках коли консультація психіатра не призначалась), найчастіше виступали інтелектуально-мнестичні порушення та розлади свідомості. Слід зауважити, що до підстав огляду через інтелектуально-мнестичні порушення ми відносили випадки лише з помірним та виразним психоорганічним синдромом, враховуючи те, що виявити і оцінити незначний рівень цих розладів, по-перше, не легко для лікарів непсихіатричного профілю, а по-друге, такі порушення не суттєво впливають на функціонування хворих, не потребують медикаментозного втручання і корекції (враховуючи основне захворювання і його стадію) та не обмежують здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними з судово-психіатричних позицій.

Розлади свідомості у обстежених онкохворих мали два типи перебігу. В одних випадках вони носили тимчасовий скороминучий перебіг із світлими проміжками і поновленням ясної свідомості. Такі транзиторні розлади свідомості тривали від декількох хвилин до декількох годин і мали характер оглушення або обнубіляції з порушенням усвідомлення об'єктивної дійсності, фрагментарним сприйняттям оточуючого, відсутністю реакцій на незначні подразники, малопродуктивністю словесного контакту тощо. Про тимчасові розлади свідомості неглибокого рівня, окрім наших власних спостережень, свідчили і записи чергових лікарів про погіршення загального стану хворих, їх загальмованість, утрудне-

ність контакту, відсутність відповідей на більшість питань, відсутність реакцій на тиху мову, тощо. В інших випадках розлади свідомості мали прогресуючий перебіг. Починаючись з симптомів оглушення, поступово-прогресивно переходили у кому з наступним летальним кінцем, без наявності світлих проміжків з відновленням ясної свідомості або покращенням. Цей процес тривав декілька годин, але не більше доби. В одному випадку ми спостерігали психотичний розлад свідомості з продуктивною психосимптоматикою. Під впливом страхітливих зорових галюцинацій, хвора знаходилась у психомоторному збудженні: перебуваючи у вкрай ослабленому кахексичному стані, намагалась встати з ліжка, вибігти з палати, кудись втекти, відчувала страх смерті, загрозу для життя, не реагувала на оточуючих. Цей стан був розцінений як деліріозний розлад свідомості.

З судово-психіатричних позицій розлади свідомості однозначно можуть бути підставою для законного огляду психіатром з метою унеможливлення будь-яких маніпуляцій з правочиноздатністю хворих. Проте, виходячи з практичних реалій лікарської діяльності, враховуючи термінальну стадію онкозахворювання і його прогнозований кінець, а також з медико-етичних міркувань, твердження про обов'язковий огляд лікаря-психіатра є не таким однозначним. Вирішення цієї дилеми, в основі якої лежить, перш за все, захист законних і етичних прав пацієнта, потребує зваженого наукового і законодавчо урегульованого підходу з розробкою моделі надання комплек-

сної онкопсихіатричної допомоги хворим з онкологічною патологією.

Розподіл досліджених хворих за наявністю у них інтелектуально-мнестичних

порушень та розладів свідомості відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл досліджених хворих за частотою розладів свідомості та інтелектуально-мнестичних порушень

Психічні розлади	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		п	%
	п	%	п	%	п	%	п	%		
Розлади свідомості										
Не спостерігались	7	70,0	2	66,7	9	90,0	7	87,5	25	80,7
Спостерігались:	3	30,0	1	33,3	1	10,0	1	12,5	6	19,3
- оглушення	3	30,0	-	-	1	10,0	1	12,5	5	16,1
- делірій	-	-	1	33,3	-	-	-	-	1	3,2
Інтелектуально-мнестичні розлади										
Відсутні	7	70,0	2	66,7	5	50,0	4	50,0	18	58,1
Психоорганічний синдром:	3	30,0	1	33,3	5	50,0	4	50,0	13	41,9
- невиразний	2	20,0	1	33,3	3	30,0	1	12,5	7	22,6
- помірний	1	10,0	-	-	-	-	-	-	1	3,2
- виражений	-	-	-	-	2	20,0	3	37,5	5	16,1
Деменція	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Як видно з таблиці 2, розлади свідомості спостерігались майже з однаковою частотою у чоловіків та жінок. Проте, у представників порівняльної групи такі порушення мали місце втричі рідше, ніж у хворих основної групи. Інтелектуально-мнестичні порушення спостерігались у осіб порівняльної групи в половині відсотків випадків і мали глибокий характер доходючи до виразного психоорганічного синдрому, прояви якого межують з деменцією. У хворих основної групи ці розлади спостерігались рідше, мали незначний рівень, що не сягав глибше помірного психоорганічного синдрому у поодиноких випадках. Суттєвих гендерних відмінностей у кожній з досліджених груп не виявлено.

Судово-психіатричній оцінці підлягали астенічні розлади як стани, що можуть значно поглиблювати інші наявні психічні по-

рушення, або у стадії виразної астенії самостійно впливати на здатність онкохворих адекватно оцінювати реальну дійсність. Астенічні порушення були невід'ємною частиною клінічних проявів в усіх досліджених онкохворих без винятку. Проявлялись вони психосоматичною виснаженістю, загальмованістю і утрудненням інтелектуальної діяльності та реакції на зовнішні стимули, порушеннями фіксації, утримання та відтворення інформації, зменшенням здатності до цілеспрямованої розумової діяльності, обмеженням обсягу уваги до її майже повної відсутності, афективними розладами у вигляді драгівливої дистимічності з ситуативно-обумовленими змінами афекту. Астенічний симптомокомплекс за своєю виразністю був поділений на три ступені тяжкості (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл хворих з онкологічною патологією в залежності від виразності астенічних розладів

Астенія	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		п	%
	п	%	п	%	п	%	п	%		
Незначна	1	10,0	-	-	-	-	2	25,0	3	9,7
Помірна	6	60,0	1	33,3	8	80,0	2	25,0	17	54,8
Виражена	3	30,0	2	66,7	2	20,0	4	50,0	11	35,5
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Аналіз даних з вищенаведеної таблиці 3 свідчить, що у жінок обох груп спостерігається вдвічі більший відсоток випадків вираженої астенії, ніж у чоловіків. Чоловіки ж значно частіше страждають від проявів помірного астеничного синдрому. Окрім гендерних відмінностей за цим показником, інша різниця між групами порів-

няння за частотою поширеності ознаки є несуттєвою.

Серед інших психічних відхилень ми спостерігали клінічно виражені афективні розлади у вигляді тривожності, емоційної лабільності, депресивності. Розподіл досліджених хворих за цими показниками відображено у таблиці 4.

Таблиця 4

Розподіл осіб з онкологічними захворюваннями за частотою афективних розладів

Афективні розлади	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Відсутні	3	30,0	-	-	1	10,0	1	12,5	5	16,1
Тривожність:	1	10,0	-	-	2	20,0	3	37,5	6	19,3
- невиражена	1	10,0	-	-	1	10,0	1	12,5	3	9,7
- помірна	-	-	-	-	1	10,0	-	-	1	3,2
- виражена	-	-	-	-	-	-	2	25,0	2	6,4
Емоційна лабільність:	7	70,0	3	100	9	90,0	7	87,5	26	83,9
- невиражена	-	-	-	-	1	10,0	2	25,0	3	9,7
- помірна	3	30,0	2	66,7	7	70,0	2	25,0	14	45,2
- виражена	4	40,0	1	33,3	1	10,0	3	37,5	9	29,0
Депресія:	1	10,0	-	-	1	10,0	2	25,0	4	12,9
- невиражена	1	10,0	-	-	1	10,0	2	25,0	4	12,9
- помірна	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- виражена	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Дані з таблиці 4 свідчать, що емоційна лабільність була найчастішим проявом афективних розладів і спостерігалась в усіх хворих, у яких взагалі відмічались клінічні прояви цих порушень. Емоційна лабільність проявлялась нестійкістю настрою, нетриманням емоцій від благодушності до сльозливості, звинуваченням оточуючих і в той же час намаганням привернути до себе більше уваги, гіперестезією до зовнішніх подразників, ситуативною обумовленістю зміни настрою та емоційних проявів, з переважною схильністю афекту до роздратованості, злобливості, подекуди агресивності. Тривожність та депресивні розлади спостерігались рідше і мали незначний, невиражений рівень клінічних проявів. Слід зазначити, що тривожність була більше притаманна жінкам. Крім того, отримані дані свідчать про те, що у 11,2 % опитаних хворих тривожність була реактивною (ситуативною), тобто такою, що виникла внаслідок ситуації захворювання, стаціонарного лікування, тощо. У 8,1 % хворих була виявлена особистісна тривожність, тобто стійка риса характеру. Порівняльний аналіз пока-

зав, що розповсюдженість афективних розладів у чоловіків основної і порівняльної групи майже однакова. Проте, серед жінок порівняльної групи, які не отримували наркотичні анальгетики афективні розлади спостерігались значно частіше, ніж у тих, що склали основну групу. Суїцидальні думки, наміри і спроби заперечували всі хворі обох груп. Афективні розлади, виявлені у тій ступені, що зазначена у таблиці 4, не впливали на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Такі ускладнення основного онкологічного захворювання як ракова інтоксикація, з її негативним впливом на центральну нервову систему, та больовий синдром, як підстава призначення наркотичних анальгетиків, суттєво погіршували соматопсихічний стан хворих і опосередковано впливали на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. Ракова інтоксикація та больовий синдром спостерігались в усіх хворих без виключення. Для усунення больового синдрому дослідженим хворим основної групи призначали трамадол, мор-

фіну гідрохлорид, омнопон в ін'єкціях. Препаратом першого вибору для знеболення виступав трамадол. При наростанні болювих відчуттів, що не знімались введенням трамадолу, додавали морфін. Омнопон є препаратом останнього вибору для усунення онкологічного болювого синдрому.

Його призначали лише одному хворому основної групи. Для посилення знеболюючого ефекту разом з наркоанальгетиками призначали інші засоби, такі як кетанов, анальгін, димедрол тощо. Схеми призначення наркотичних анальгетиків відображені у таблиці 5.

Таблиця 5

Розподіл досліджених хворих в залежності від схем призначення наркотичних анальгетиків

Схема призначення наркотичних анальгетиків	Чоловіки		Жінки		Всього	
	n=10	%	n=3	%	n=13	%
Монотерапія	6	60,0	2	66,7	8	61,5
Політерапія	4	40,0	1	33,3	5	38,5
Доповнення інших препаратів	2	20,0	1	33,3	3	23,1
Використання стабільної дози наркотичних анальгетиків	6	60,0	2	66,7	8	61,5
Динамічне нарощування дози наркотичних анальгетиків	4	40,0	1	33,3	5	38,5

Дані з вищенаведеної таблиці 5 свідчать, що у досліджених хворих переважно застосовувалась монотерапія наркоанальгетиками, тобто використання одного препарату, із введенням стабільної дози лікарського засобу.

Адекватна оцінка власного стану, в певній мірі, свідчить про збереженість здатності усвідомлювати і аналізувати об'єктивну дійсність. Критична оцінка свого стану у досліджених хворих була пов'язана не тільки з наявністю або відсутністю розладів психіки та поведінки, але й з важкістю соматичного стану, а також з по-

інформованістю стосовно онкологічного захворювання, його стадії та прогнозу. Було виявлено, що більшість хворих обох груп знають про наявність у них онкологічного захворювання, проте не володіють об'єктивними даними про його термінальну стадію, наявність метастазування і несприятливий прогноз. У взаємозв'язку з вищенаведеними даними перебував показник критичної оцінки хворими свого стану: більшість пацієнтів мали неповну критику щодо свого об'єктивного психосоматичного стану – таблиця 6.

Таблиця 6

Розподіл досліджених хворих в залежності від поінформованості стосовно онкологічного захворювання

Усвідомлення онкологічної хвороби	Основна група				Порівняльна група				Всього	
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Відсутнє	-	-	1	33,3	1	10,0	3	37,5	5	16,1
Не знає стадії, прогнозу	7	70,0	2	66,7	6	60,0	2	25,0	17	54,9
Має повні, об'єктивні дані	3	30,0	-	-	3	30,0	3	37,5	9	29,0
Критична оцінка власного стану										
Адекватна, повна	4	40,0	-	-	4	40,0	3	37,5	11	35,5
Неповна	5	50,0	2	66,7	4	40,0	3	37,5	14	45,2
Формальна	1	10,0	-	-	1	10,0	-	-	2	6,4
Відсутня	-	-	1	33,3	1	10,0	2	25,0	4	12,9
Разом	10	100	3	100	10	100	8	100	31	100

Як видно з таблиці 6, у жінок обох груп відмічається тенденція до відсутності об'єктивної оцінки свого стану.

Під час обстеження, з урахуванням кінцевої мети наукового дослідження, ми з'ясували, що переважна більшість хворих володіли особистою власністю, проте юри-

дично-правочинні заходи щодо розпорядження своїм майном здійснили лише 6 (19,4 %) осіб ще до захворювання. Переважна більшість (26 – 83,9%) хворих повідомили, що не мають ніяких планів щодо будь-яких юридично-нотаріальних дій з цього приводу і навіть не думають про такі

питання. Значно менша частина хворих (5 – 16,1%), усвідомлюючи своє онкологічне захворювання, мали чіткі, конкретні наміри певним чином розпорядитися своєю особою власністю.

Таким чином, вищенаведений аналіз свідчить, що більшість досліджених хворих мають особисту власність, щодо якої не планують укладати будь-які юридично-нотаріальні документи або змінювати вже укладені до онкохвороби правочини. Проте остаточні їх плани під впливом різних причин можуть змінитись (як і у тих хворих, що мають чіткі наміри щодо розпорядження своїм майном). В таких випадках укладені під час хвороби правочини можуть виступати предметом цивільних позовів щодо впливу онкологічної хвороби і прийому наркотичних анальгетиків на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними. За відсутності чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями залишається можливість «маніпуляцій» з поняттями дієздатності/обмеженої дієздатності/недієздатності у таких хворих. Це вкотре підтверджує актуальність даного наукового дослідження.

Висновки. Таким чином, на попередньому етапі виконання наукового дослідження щодо психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями, можна вказати про наступне:

1. Найбільш суттєвими психічними розладами, що можуть вплинути на здатність онкохворих усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними виступають розлади свідомості (19,3 % випадків); інтелектуально-мнестичне зниження (41,9 %); помірна та виражена астения (92,3 %), прийом наркотичних анальгетиків.

2. У хворих основної групи, які отримують наркотичні анальгетики, частіше відмічались розлади свідомості, у осіб з порівняльної когорти – інтелектуально-мнестичні порушення. До розвитку астенії помірного або вираженого рівня більш схильні жінки незалежно від прийому наркоанальгетиків.

3. Не дивлячись на наявність психічних розладів у осіб з онкопатологією, які пере-

бувають у стаціонарі, консультація психіатрів призначалась у 12,9 % випадків з приводу афективно-депресивних розладів або психомоторного збудження. Порушення свідомості та інтелектуально-мнестичні розлади наявні у досліджених хворих не виступали підставами для такого огляду.

4. За відсутності чітких критеріїв судово-психіатричної оцінки психічних і поведінкових розладів у осіб з онкологічними захворюваннями, укладені під час хвороби правочини, можуть виступати предметом цивільних позовів щодо впливу онкологічної хвороби і прийому наркотичних анальгетиків на здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Література

1. Болдова Е.Г., Сдвижков А.М., Шостакович Б.В. Психиатрические исследования в онкологии // *Рос. психиатр. журн.* – 2006. – № 1. – С. 76-82.
2. Григорьева И.В., Изумнов С.А. Клинико-психопатологические и социально-психологические особенности у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы // *Рос. психиатр. журн.* – 2009. – № 1. – С. 73-76.
3. Бухтияров О.В. с соавт. Психоиммунологические эффекты гипносуггестивной психотерапии больных онкологическими заболеваниями (предварительные результаты) // *Рос. психиатр. журн.* – 2007. – № 1. – С. 64-70.
4. Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Автореф. дис...канд. мед. наук - Л., 1977. – 16 с.
5. Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. – М: Медицина, 1961. – 231 с.
6. Табачников С.И. с соавт. К вопросу о психических расстройствах у больных с злокачественными новообразованиями // *Архив психиатр.* – 2005. – Т. 11, № 3 (42). – С. 8-15.
7. Марилов В.В., Данилин И.Е., Минакова Л.Р. Пограничные психические расстройства у больных раком предстательной железы // *Журн. неврологии и психиатрии.* – 2003. – № 5. – С. 40-42.
8. Lichtermann D. et al. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives // *Archives of general psychiatry.* – 2001; 58: 573-578.

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