

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89: 612.014.482

*В.А. Абрамов***ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС
СООБЩЕНИЕ 2**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: диагностика, этические аспекты, психические расстройства, УЛПА на ЧАЭС

Ликвидация последствий Чернобыльской катастрофы – событие огромного национального и интернационального значения. Высоко оценив самопожертвование УЛПА, государство предоставило им значительное число льгот. Реальная возможность их получения вносит значительную коррекцию в поведение пострадавших, нередко заслоняющего собой тяжесть болезненного состояния. Многие проявления такого поведения детерминируются не непосредственно болезненными процессами, а психологическим состоянием и социальным статусом больного. Обращаемость к психиатрам в значительной мере определяется текущими социальными и психологическими факторами, включая жизненные события последнего времени, степень социальной поддержки и уровень испытываемого дистресса.

Ориентация на болезнь и инвалидность с соответствующей рационализацией поведения и его мотивации выявляются практически у всех ликвидаторов аварии, обращающихся за психиатрической помощью. При этом нередко происходит столкновение интересов пациента, заинтересованного в установлении диагноза и инвалидности, и лечащего врача (ВКК), ориентированных на улучшение основных показателей специализированной помощи (интересы пациента в этом случае могут не учитываться).

Рост обращаемости ликвидаторов аварии за психиатрической помощью может сопровождаться двумя негативными тенденциями:

- обнаружением у всех ликвидаторов психических расстройств инвалидизирующего уровня;
- искусственным «занижением» тяжести психических расстройств или необоснованным признанием пациентов психически здоровыми, влекущими за собой отказ в оказании психиат-

рической помощи и предоставлении льгот без достаточных оснований.

Если вмешательство врача-психиатра в какой-либо форме может – то ли путем воздействия, то ли, наоборот, воздержания от каких-либо действий – привести к добру или злу, тогда такое вмешательство становится по своей сути чисто этической проблемой [1]. Установленные процедуры обслуживания, установление диагнозов, причинной связи с Чернобыльской аварией, инвалидизация больных могут оказывать на пациента положительное или отрицательное воздействие и поэтому они должны опираться на определенные этические нормы.

Особый контекст приобретает психиатрическая диагностика УЛПА на ЧАЭС, отличная от клинической оценки обычного пациента. Наибольшая трудность состоит в выделении реального психического расстройства из множества привлекаемых в качестве аргументов проявлений субъективного неблагополучия. В этой связи возможно несколько вариантов неправильных диагнозов, которые следует рассматривать с этических позиций.

1. Преднамеренно неправильный диагноз (диагноз по просьбе пациента).
2. Преднамеренно необоснованный отказ диагностировать заболевание в связи с давлением на психиатра внешних обстоятельств.
3. Непреднамеренная постановка ошибочного диагноза как результат наличия факторов, не имеющих к пациенту никакого отношения (в отличие от ошибок в диагностике, являющихся следствием отсутствия необходимой информации о пациенте или недостаточной квалификации психиатра).

Первые два типа неправильных диагнозов – вершина этического неблагополучия в диагностике. Вред психиатрической профессии при этом

достаточно очевиден и не нуждается в каких-либо комментариях.

Намного сложнее обстоит дело с непреднамеренной постановкой ложных диагнозов, влекущей за собой ряд ошибочных действий. Известный специалист в области этических аспектов психиатрической диагностики В. Райх [1] выделяет три причины непреднамеренной неправильной постановки психиатрических диагнозов: а) ограничения, присущие процессу постановки диагноза; б) влияние теории диагностики на взгляды психиатра; в) привлекательность диагноза как средства решения гуманитарных проблем. Применительно к контингенту УЛПА на ЧАЭС ошибочная диагностика может быть представлена следующим образом.

Ограничения, присущие процессу постановки диагноза. Речь идет о сложности самого процесса диагностирования психических расстройств. Прежде всего, необходимо отметить, что МКБ-10 не содержит диагностических рубрик, отражающих обусловленность психических расстройств действием ионизирующей радиации. Поэтому идентификация психопатологических симптомов у УЛПА на ЧАЭС в контексте международной классификации основана на известных допущениях о соматогенных, церебрально-органических и психогенно-личностных механизмах их формирования. Приоритетность этих механизмов в их клиническом выражении изменялась по мере увеличения времени, прошедшего после аварии. Спустя 10-15 лет сопряженность и взаимовлияния этих механизмов достигают значительной выраженности, определяющей совокупный результат функционального состояния (возможностей) организма. Психиатрический диагноз в этих случаях должен восприниматься как один из компонентов биопсихосоциальной недостаточности пациента.

Наибольшие трудности возникают при диагностировании хронического расстройства личности в связи с отсутствием ясных, убедительных и общепринятых диагностических критериев. В отечественной психиатрии это нарушение традиционно рассматривается как самостоятельная клиническая форма по отношению к которой решаются различные лечебно-реабилитационные и экспертные вопросы. В то же время в многоосевой версии МКБ-10 расстройство личности представлено как совокупность личностных свойств, сопутствующих психическим и соматическим расстройствам. Достаточно распространена и такая точка зрения, согласно которой расстройство личности не является забо-

леванием и поэтому не подлежит диагностированию [2].

Влияние теории диагностики на взгляды психиатра. Реальность психического расстройства у УЛПА на ЧАЭС отражает особенности используемой врачом-психиатром диагностической системы. Какими же теоретическими предпосылками руководствуется специалист при выполнении этой работы и как они могут повлиять на качество диагностического процесса?

Известно, что радиационной психиатрии, как самостоятельного и общепризнанного научного направления радиационной медицины, не существует. Нет и четкой теории, объясняющей природу и динамику психических расстройств у лиц, подвергшихся действию ионизирующего излучения. Имеющиеся данные [3] допускают возможность возникновения психических расстройств у этого контингента по всему периметру МКБ-10. В то же время нормативный документ, регламентирующий возможность установления причинной связи (ПС), ограничен перечнем органических психических расстройств и не учитывает роль других вредных факторов аварии на ЧАЭС в возникновении психической патологии.

Противоречия между используемой в психиатрической практике диагностической системой МКБ-10 и ориентацией критериев ПС и трудоспособности на диагностическую систему МКБ-9 способствуют использованию допущений, которые не всегда являются реальным функциональным отображением болезненного процесса и адекватной предпосылкой для установления ПС и последующих экспертных решений. Проецирование этих допущений (в том числе при интерпретации поведения как «рентного») на конкретного пациента может сделать неизбежными ошибки при установлении психиатрического диагноза. С одной стороны, этому способствует желание врача защитить интересы пациента, с другой стороны, врач-психиатр чаще всего стремится «найти» не всегда определенные признаки органического поражения головного мозга, т.к. только они позволяют пациенту в конечном счете рассчитывать на получение максимальных льгот.

Весьма значителен и социальный контекст постановки диагноза этому контингенту больных. Если рассматривать «другие неблагоприятные факторы аварии на ЧАЭС», подпадающие под действие приказа Минздрава № 150, с точки зрения социальных факторов, то возникает проблема четкой очерченности их влияния на

формирующиеся психические расстройства и возможности установления ПС при нарушениях, выходящих за рамки психоорганических.

Довольно характерные для УЛПА на ЧАЭС состояния деморализации и отчаяния, связанные с производственными, экономическими или семейными проблемами, приводят (способствуют) к развитию синдромов стресса, которые определяются как биологическими, так и социальными коррелятами. А. Kleinman [4] считает, что этим коррелятам часто присваивают ярлыки психических заболеваний, хотя социологи рассматривают их скорее как психобиологические последствия социальной патологии и человеческого несовершенства в целом. В такой перспективе социальные факторы повышают вероятность расстройств и являются их истинными причинами. Хотя автор и признает, что генетическая предрасположенность и нейробиологическая восприимчивость преобразуют переживание социального давления в депрессивное или паническое расстройство, однако, по его мнению, главное – это социальный дистресс.

Привлекательность диагноза как средства решения гуманитарных проблем. Многоплановая сложность проблемы диагностики психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС с большой долей вероятности порождает проблему привлекательности диагноза для пациента и выбора врачом-психиатром между «туманной» ясностью медицинского заключения и суждениями морального плана. Другими словами, возникает необходимость отдать предпочтение тому, что психиатр хотя и с определенными сомнениями считает клинической реальностью (и идентифицирует ее как отсутствие психических расстройств), при этом чувствует себя свободным от обязательств морального плана, или тому (установление диагноза), что позволяет защитить интересы и права пациента, пострадавшего при ликвидации последствий экологической катастрофы.

В первом случае диагностирование оказывается таким процессом, который может увести врача за пределы уважения человеческих интересов и прав на получение компенсации вреда, причиненного здоровью, что усугубляет у пациента проявление дистресса, ощущение ненужности и фрустрационной напряженности.

Во втором случае привлекательность диагноза как средства достижения целей отражает стремление делать людям добро и учитывать личные интересы диагностируемого. При этом у пациентов возникает комфортное ощущение

благополучия и возможности облегчения своего состояния за счет уверенности в реальности получения льгот.

Так чему же следует отдать предпочтение: ортодоксальному профессионализму или этическому выбору? Диагнозу, позволяющему воспользоваться правом на социальную помощь или признанию пациента здоровым с лишением его этой поддержки? Вопрос риторический. Взвешенная оценка, лишенная предубежденности и конъюнктурных аспектов, должна состоять в том, что при оказании психиатрической (лечебно-диагностической) помощи врач-психиатр должен руководствоваться только медицинскими показаниями, своими профессиональными знаниями, медицинской этикой и законом (статья 12 Закона Украины «О психиатрической помощи»). Из этого вытекает необходимость профессионального компетентного отношения к пострадавшим и всесторонней защиты их интересов.

Главным аспектом помощи этому контингенту больных должна стать гарантированная государством адекватная социальная поддержка. Смягчая влияния стрессов на организм («буферный» эффект), она способствует сохранению здоровья и благополучия человека, облегчает адаптацию. Отсутствие социальной поддержки со стороны общества, производства и семьи резко снижает потенциальные ресурсы личности (копинг-ресурсы), способствует декомпенсации механизмов психологической защиты; усугубляет состояние субъективного дистресса и повышает вероятность возникновения кризисных состояний (распад семьи, суициды и т.п.).

В обобщенном виде основные этические задачи могут выглядеть следующим образом:

1. Оказание помощи в нормальном функционировании пациента в повседневной жизни.
2. Соблюдение паритета в отношении интересов государства (размер социальных выплат ликвидаторам) и удовлетворения интересов и нужд пациентов.
3. Недопустимость определяющего значения личных убеждений врача (предубежденности), его идеологических воззрений и пристрастий при оказании лечебно-диагностической помощи, что может привести к принятию неоптимальных решений и дистанцированию психиатров от пациентов, нуждающихся в оказании им специализированной помощи.
4. Участие в принятии диагностических и экспертных решений моральной интуиции.
5. Беспристрастность и партнерство по отношению к пациентам, чьи интересы защищаются.

В соответствии со ст.12 Закона Украины «О статусе и социальной защите граждан, пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы» причинная связь между заболеванием, связанным с Чернобыльской катастрофы, частичной или полной утратой трудоспособности граждан, которые пострадали вследствие Чернобыльской катастрофы, и Чернобыльской катастрофой считается установленной (независимо от наличия дозиметрических показателей или их отсутствия), если она подтверждена во время стационарного обследования пострадавших уполномоченной медицинской комиссией не ниже областного уровня. В соответствии с этой статьей ответственность за установление причинной связи и инвалидности у пострадавших приказом Минздрава Украины № 150 от 17.05.97 [5], возложена на:

- областные (городские) специализированные врачебно-консультативные комиссии (спец ВКК);
- специализированные врачебно-консультативные экспертные комиссии (спец МСЭК);
- региональные межведомственные экспертные комиссии.

Применительно к психическим расстройствам технология установления причинной связи заболевания и инвалидности с Чернобыльской катастрофой не имеет четкой регламентации и надежных критериев.

Документом, на основании которого может быть установлена причинная связь (ПС) психических расстройств с действием ионизирующего излучения и других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС, является приказ Минздрава Украины №150 от 17.05.1997г., которым утверждены соответствующие нормативные акты:

1) Перечень заболеваний, при которых может устанавливаться причинная связь с действием ионизирующего излучения и других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС;

2) Инструкция по использованию Перечня болезней (ПБ), при которых может устанавливаться ПС.

Перечнем предусматривается, что ПС может устанавливаться только при психических нарушениях вследствие органического поражения мозга, в частности (МКБ-9):

- транзиторных психических состояниях вследствие органических заболеваний;
- хронических психотических состояниях вследствие органических заболеваний;
- симптоматических, других и неуточнен-

ных психозах;

- патологическом развитии личности (301);
- специфических непсихотических психических расстройствах на основе органического поражения головного мозга (310);
- депрессивных расстройствах вследствие органических поражений головного мозга (311).

Эти психические расстройства отнесены к третьей группе заболеваний, развитие которых может быть связано с действием не только ионизирующего излучения, но и иных вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС. Нормативными актами при них предусматривается возможность инвалидизации больных, однако критерии снижения трудоспособности не уточняются.

Использование приказа Минздрава Украины № 150 в клинической практике, в работе психиатрических врачебно-консультативных и медико-социальных экспертных комиссий позволило выявить ряд спорных моментов и неточностей, затрудняющих работу с этим контингентом больных.

1. Установление диагноза, включенного в перечень психических расстройств (далее «перечень») само по себе еще не означает ПС, так как эти нарушения могут иметь другое происхождение. Необходимы четкие и надежные клинико-инструментальные критерии установления такой связи. В противном случае произвольно-формальное толкование «перечня» не исключает многочисленных ошибок при установлении связи.

2. По данным научного центра радиационной медицины АМН Украины (6) разброс психических расстройств у ликвидаторов аварии в контексте МКБ-10 значительно превышает диапазон психических расстройств, регламентированных приказом Минздрава Украины №150, на основе МКБ-9. Несопоставимость диагностических критериев психических расстройств, предусмотренных МКБ-10 (введена в Украине и используется в клинической практике с 1.01.1999г.), и «перечня», составленного на основе МКБ-9, произвольное и нередко не соответствующее требованиям МКБ-10 толкование понятий «органическое», «симптоматическое», «психоорганическое», существенно влияют на адекватность экспертных заключений о наличии ПС и степени снижения трудоспособности.

Вопрос о причинной связи заболеваний должен решаться с учетом всего комплекса вредных факторов аварии с обязательным подтверждением снижения физической и психической трудоспособности, установленного инструментальными

ми методами с учетом временной нетрудоспособности. Из этого следует необходимость более глубокой проработки и конкретизации перечня «других вредных факторов вследствие аварии на ЧАЭС», а также унификации методов и критериев оценки снижения физической и умственной трудоспособности больных.

3. Психические расстройства вследствие органического поражения головного мозга являются основной группой заболеваний, при которых устанавливается ПС. Однако отсутствие четких критериев и однозначного понимания содержания понятия «органический», а также неспецифический характер нарушений не исключают установления связи при органическом поражении мозга любого происхождения и даже в случаях отсутствия такового.

4. Отсутствие критериев установления-неустановления ПС при хронических изменениях личности (патологическое развитие личности по МКБ-9) повышает вероятность ошибочного установления связи при деформациях личности иного происхождения, в частности, в связи с распространенными социально-стрессовыми факторами.

Учитывая отсутствие специфических признаков органического (в т.ч. симптоматического) поражения головного мозга и возникающих при остром и хроническом облучении малыми дозами радионуклидов психических расстройств, установить надежные критерии, верифицирующие причинную связь их с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС не представляется возможным. Отсутствие таких критериев способствует ошибкам в установлении (неустановлении) связи, что в равной мере нарушает принцип адресного предоставления льгот.

Тем не менее, существует ряд критериев, которые можно использовать в работе межведомственных экспертных комиссий при установлении связи наиболее распространенных у этого контингента больных психических расстройств (F06 и F07) с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

Общие критерии.

1. Верифицированное участие в ЛПА и получение дозы облучения.

2. Наличие коморбидной соматической патологии с обязательным нарушением сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и эндокринной систем (соматическая предрасположенность).

3. Наличие дисциркуляторной энцефалопатии с рассеянной или микроочаговой неврологической симптоматикой (церебрально-органи-

ческая предрасположенность).

4. Наличие объективных признаков нарушения регуляции мозгового кровообращения.

5. Нарушения биоэлектрической активности головного мозга.

6. Экспериментально установленное снижение когнитивных функций.

Критерии причинной связи F06 Органического (симптоматического) эмоционально-лабильного (астенического) расстройства с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.

1. Коморбидная соматическая патология с преобладанием церебро-васкулярных (гипертоническая болезнь II стадии, ранний церебральный атеросклероз), эндокринных (тиреозит, диабет) и желудочно-кишечных заболеваний.

2. Дисциркуляторная энцефалопатия с рассеянной неврологической симптоматикой.

3. Организованный паттерн ЭЭГ или нерезко выраженные нарушения биоэлектрической активности с преобладанием альфа-активности, отражающей диэнцефально-стволовые нарушения с раздражением ассоциативных ядер таламуса, угнетением ретикулярной формации ствола мозга и заднего гипоталамуса.

4. Умеренно выраженные нарушения центральной регуляции тонуса сосудов гипертонического типа без нарушений венозного оттока.

5. Экспериментально установленное снижение динамических характеристик познавательных процессов.

6. Нерезко выраженные нарушения гемодинамики при функциональных пробах.

Критерии причинной связи F07 Органического расстройства личности с участием в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС

1. Дисциркуляторная энцефалопатия с микроочаговой неврологической симптоматикой преимущественно диэнцефально-стволового уровня с нерезко выраженными пирамидными и экстрапирамидными симптомами.

2. Плоский низкоамплитудный тип ЭЭГ (реже дезорганизованный) с диффузным преобладанием сигма-диапазона, особенно в лобно-височных отделах мозга с латерализацией в левое, доминирующее полушарие; умеренные общемозговые изменения с акцентом поражения в лобных отделах и лимбической системе.

3. Выраженные нарушения центральной регуляции тонуса сосудов гипертонического типа чаще в вертебро-базиллярном бассейне. Асимметрия кровоснабжения мозга в сочетании с общим снижением кровенаполнения мозга и, в

первую очередь, задних медио- базальных структур; нарушения венозного оттока.

4. Экспериментально установленное снижение памяти, внимания, умственной работоспособности и целенаправленной деятельности.

5. Объективно установленные признаки гидроцефалии.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о важности профессионально-эти-

ческих аспектов диагностики психических расстройств у УЛПА на ЧАЭС и о необходимости пересмотра критериев, верифицирующих причинную связь этих нарушений с участием в ликвидации последствий аварии. Следует также переработать нормативную базу относительно заболеваний, при которых может быть установлена причинная связь с действием ионизирующего излучения, на основе МКБ-10.

В.А. Абрамов

ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЛІКВІДАТОРОВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧЕРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького, Україна

У роботі представлені основні професійно-етичні проблеми, які вирішуються по відношенню до ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС. Показані труднощі при встановленні причинного зв'язку психічних розладів з дією іонізуючого випромінювання. Розроблено критерії причинного зв'язку основних психічних розладів з участю у ліквідації наслідків аварії. Показана необхідність удосконалення нормативних актів, що регламентують експертно-діагностичні рішення у цієї категорії хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 3-8)

V.A. Abramov

PROFESSIONAL AND ETHICAL ASPECTS OF MENTAL DISORDERS DIAGNOSTIC IN LIQUIDATORS OF THE CONSEQUENCES OF THE ACCIDENT ON CHERNOBYL AES

Donetsk State Medical University by M.Gorky, Ukraine

In the article the main professional and ethical problems that resolves according to liquidators of the consequences of the accident on Chernobyl AES are demonstrated. The difficulties of establishing of the causal connection of the disorders and the action of ionizing irradiation's are shown. The criterions of causal connection of the main mental disorders with taking part in liquidation of consequences of the accident are worked out. The necessity of improvement of normative acts the regulations expert and diagnostic decisions in this category of patients is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 3-8)

Литература

1. Райх В. Психиатрический диагноз как этическая проблема. Этика психиатрии. Под редакцией Сиднея Блоха и Пола Чодоффа. Киев. 1998. – С.84-106.
2. Goldberg D., Benjamin S., Greed F. Psychiatry in medical practice. 1994.
3. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев, 1998. – 350 с.
4. Kleinman A. Rethinking Psychiatry/ London: The Free Press. – 1988.

5. Наказ Міністра охорони здоров'я України №150 від 17.05.97 р. «Про затвердження нормативних актів щодо хвороб, при яких може бути встановлений причинний зв'язок з дією іонізуючого випромінювання та інших шкідливих чинників внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС».
5. Логановский К.Н. Клинико-эпидемиологические аспекты психиатрических последствий Чернобыльской катастрофы. Журнал социальной и клинической психиатрии. 1999. - № 1. – С.5-15.

Поступила в редакцию 23.04.2002г.