

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полиморфната клинична картина, включваща на преден план тежки когнитивни, както и с наличие на психотични разстройства създаде значителни затруднения в диагностицирането. Състоянието беше преценено като Сенилна деменция с делириозно-аментивна картина, подкрепено и от психологическото изследване на интелектуално-мнестичните функции, както и резултатът от MMSE. Лечението със Seroquel доведе до обратимост на процеса с възстановяване на когнитивните разстройства до норма, стихване и дезактуализацията на психотичната симптоматика, възстановяване на социалните умения и семейна вградимост. Този благоприятен изход доказва, че се касае за Органична съдова психоза с шизофреноподобен облик. Seroquel се оказва твърде ефективен както при въздействие на продуктивната, така и при повлияване на когнитивната симптоматика.

## КНИГОПИС:

1. Гайдарова, Р. Деменции, ИК "ЗИП" ЕООД, С., 2004
2. Vaca, E. et al. Quetiapin treatment provides long term clinical effectiveness in outpatients with schizophrenia. Journal of neuropsychopharmacology vol. 7 XXIV CINP congres, Paris, June, 20-24, 2004.
3. Harvey, P. et al. Improvements in cognitive functioning for patients with schizophrenia after with Quetiapine or Risperidone. XXIV CINP congres, Paris, June 20-24, 2004.
4. Kucerova, H, et al. Cognitive dysfunction in the first episode of schizophrenia. Faculty hospital, Brno, Czech republic. Journal of neuropsychopharmacology, vol.7, XXIV CINP congres, Paris, June, 20-24, 2004

Адрес за кореспонденция: Доц. д-р Р. Гайдарова, д.м., Клиника по обща психиатрия – жени, ж.к."Сторгозия", тел.:886-860, E-mail: [gaidarova@mail.bg](mailto:gaidarova@mail.bg)

## ОСНОВАНИЯ ЗА ПРИНУДИТЕЛНА ПСИХИАТРИЧНА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ В БЪЛГАРСКОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО И РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРИЛАГАНЕ НА ИНСТРУМЕНТ ЗА ОЦЕНКА НА РИСКОВО ПОВЕДЕНИЕ НА ПАЦИЕНТИ С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА

*Вл. Наков\**, *Р. Стойчев\*\**, *К. Стойчев\*\**, *М Александрова\*\**, *Кр. Иванов\*\**,  
*Д. Киров\*\**, *Вл. Спасов\*\*\**, *А. Попова\*\*\*\**

\* XXVIII ДКЦ София ООД

\*\* Клиника по Психиатрия при УМБАЛ „д-р Г. Странски“, Плевен

\*\*\* II Психиатрична клиника СБАЛНП–“Св. Наум”–гр. София

\*\*\*\* КНО ОДПЗС - София град –ООД

## ВЪВЕДЕНИЕ

Спазването на правата на пациентите с психични разстройства (потребители на психично-здравна помощ) е приоритет във всички развити общества (1). Традиционно в повечето държави тази популация е жертва на социална стигматизация, отхвърляне и оттам и надушване на гражданските права (9). Основанията за недоброволна (принудителна) психиатрична хоспитализация е един главните въпроси, които предизвикват горещи спорове между психиатри, правозащитници и юристи в повечето страни по света, включително и в България (10). Именно в тези текстове от закона е налице най-съществено разминаване между нашето законодателство и това в повечето развити държави.

Съгласно принцип 16 от приетите от Обединените нации „Принципи за защита на лица с психически болести и психиатрическо обслужване“:

• **Квалифициран** професионалист в областта на психичното здраве, упълномощен от закона за тази цел, определя, в съответствие с Принцип 4, че човек има психическа болест и счита че:

- Поради тази психична болест, има сериозна вероятност за непосредствена или неизбежна вреда за това лице или за други хора; или
- Отказът за хоспитализиране или задържане на човека, чиято психична болест е тежка и чийто разсъдък е нарушен, вероятно ще доведе до сериозно влошаване на неговото или нейното състояние или ще предотврати предоставянето на адекватно лечение, което може да бъде предоставено само при хоспитализация в учреждение за психично здраве в съответствие с принципа за минимално нарушаване на правата.

**Според Препоръка No. R (83) 2** на Кабинета на Министрите на държавите-членки в ЕС за правова защита на лицата страдащи от психични разстройства, хоспитализирани по принудителен ред (3):

При отсъствие на каквито и да е други възможности за предоставяне на съответстващо лечение:

- индивидът може да бъде настанен в учреждение само тогава, когато по причина на психично разстройство той представлява сериозна опасност за себе си или други хора;
- Принудителна хоспитализация на даден индивид може също така да бъде предприета, ако поради сериозността на природата на неговото психично разстройство неосъществяването на хоспитализация би довело до влошаване на заболяването или би пречатвало предоставянето на адекватно лечение;

Съгласно законодателството на Щата Масачузетс (САЩ), психично болен човек може да бъде хоспитализиран по недоброволен ред, ако по причина на неговата болест е възникнала „вероятност от сериозна вреда“ (6). Това се разбира като:

- (1) съществен риск от физическа вреда за самия човек, проявяващ се в свидетелства на заплахата или опити за самоубийство или сериозно телесно увреждане;
- (2) съществен риск от физическа вреда за други хора, проявяващи се в хомицидно или друго поведение, носещо заплахата от насилие или свидетелство, че други хора разумно се опасяват от поведение, носещо заплахата от насилие или им нанася сериозна физическа вреда; или
- (3) много основен е рискът от физическо влошаване или травма на самия човек, проявяващ се в свидетелство на това, че разсъдъкът на такъв човек е толкова увреден, че той е неспособен да защити себе си в обществото, и че разумните мерки за неговата защита в обществото не са достъпни.

Тълкувайки идеята за опасност на пациент с психично разстройство по няколко граждански казуса (5, 7, 8), върховният съд на САЩ е определил, че дори да няма никакъв обозрим риск от самоубийство или причиняване на травма на себе си и друг човек, индивидът с психично разстройство е **«опасен за себе си»**, ако той физически или психически причини е безпомощен да избегне ежедневните опасности на свободния живот посредством свои усилия или с помощта на подкрепящи фактори в семейството, близки или приятели (8). В списъка на тези опасности вливателно е невъзможността да се обезпечи покрив и храна, както и невъзможността за защита от възможни криминални инциденти.

В нашата страна критериите за задължително лечение са уредени в чл. 155 от Закона за здравето (ЗЗ) (12). Там е записано, че на задължително настаняване и лечение подлежат следните категории лица:

- (1) психичноболни с установено сериозно нарушение на психичните функции (психоза или тежко личностно разстройство) или с изразена трайна психична увреда в резултат на психично заболяване;
- (2) лица с умерена, тежка или дълбока умствена изостаналост или съдова и сенилна деменция;
- (3) лица с други нарушения на психичните функции, затруднения в обучението и трудности в адаптацията, изискващи медицинска помощ, грижи и подкрепа, за да живеят пълноценно в семейството и социалната среда.

Както се вижда, в сравнение с посочените по-горе текстове нашият закон за здравето използва доста по-стеснени критерии за задължително лечение, отнасяйки го до конкретни диагнози. При това не са посочени състояния като зависимости към ПАВ, разстройствата на настроението и др.

По мнение на повечето водещи световни експерти използването на валидирани инструменти за оценка на опасното поведение значително би облекчило преценката на необходимостта от задължително лечение при пациенти с психични разстройства (Dolan & Doyle, 2000).

**Целта на настоящото съобщение** е да се представи възможностите на клиничния инструмент „Скала за оценка на риска от опасно поведение“ (СОРОП) за подпомагане на съдебно-психиатричната оценка на пациенти с опасно поведение.

## **МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ**

В настоящия материал представяме нашия опит по прилагане на „Скала за оценка на риска от опасно поведение“ (СОРОП). Този полуструктуриран клиничен инструмент има пет субмодула:

### **1. Болестни критерии към момента на изследването или освидетелстването:**

#### **I.I. Критерии свързани с психотични синдроми:**

- Агресивно или автоагресивно поведение
- Психомоторна възбуда
- Обърканост
- Негативизъм
- Диссимулация
- Синдроми владеещи поведението на пациента (императивни халюцинации, интензивни налудни синдроми, витална застрашеност, паратимия, кататонни прояви, епилептични еквиваленти
- Други интензивни психотични синдроми или честа и бърза смяна на синдромите
- Некритичност.

#### **I.II. Критерии свързани с личностова промяна:**

- Импулсивност/агресивна зареденост
- Етична деградация
- Когнитивни изкривявания

### **II. Ситуативни критерии към момента на изследването или освидетелстването:**

- Спонтанно или провокирано агресивно поведение
- Провокативна семейна среда
- Изоставяне на пациента от семейството и близките му

- Поява или засилване на употребата на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти
- Конфликтни взаимоотношения с потенциалната жертва
- Резки промени в социалното, битово и финансово състояние
- Опасни намерения, планиране и/или поведенчески прояви, високо рискови, с малък шанс за спасяване от агресия и/или автоагресия.

## **II. Критерии, свързани с био-психо-социалното развитие на пациента:**

- Предходни криминални прояви
- Предходни настанявания на принудително/задължително лечение
- Предходни консултации с психиатър с мнение за неотложна хоспитализация
- Фамилна анамнеза за агресивни и/или автоагресивни модели за справяне
- Криминално проявено семейство
- Мъжки пол
- Непълноценно семейство
- Затруднения в социалната адаптация
- Разрушение на съществуващи в миналото взаимоотношения
- Склонност или употреба на алкохол и/или психоактивни вещества, особено психостимуланти
- Тежка преморбидна личностова патология
- Обучителни затруднения, ниско образователно ниво
- Когнитивен дефицит.

## **III. Социални критерии, затрудняващи възможностите за ресоциализация вадни към момента на изследването или освидетелстването:**

- Отсъствие на адекватно лечение и/или съдействие за лечение
- Живее сам или в непълно семейство
- Конфликтна семейна среда
- Остри актуални стресори (загуба, географско преместване, физикални или терминални заболявания)
- Финансова и битова необезпеченост, Безработен
- Липса на семейна подкрепа в боледуването и на годност на семейството за грижи
- Липса на референтна (приятелска, подкрепяща) среда
- Асоциална референтна среда

## **IV. Психологични фактори към момента на изследването или освидетелстването:**

- Набелязване на потенциални жертви
- Дълбока личностова промяна
- Експлозивност
- Враждебност
- Отсъствие на емпатия
- Обичайно агресивно поведение
- Липса на самоконтрол
- Недооценка на състоянието
- Мирогледни възгледи, връзка с етнически или психокултурални социални групи, изповядващи агресия
- Ситуации довели до посттравматичен стрес (причиняване на смърт при ПТП, участие във военни действия и сходни)
- Виктимизация или нарцистична рана в миналото

Анализирани бяха изготвените и предоставени в регистъра на ОСКП експертизи, преценяващи необходимостта от прилагането на медицинска принуда за периода януари 2001 - септември 2004 г. Бяха проучени общо 45 съдебно-психиатрични експертизи изготвени по чл. 36 от ЗНЗ (заменен от 2005 г. от чл. 155 от ЗЗ): 2001 г. – 9 броя; 2002 г. – 5; 2003 г. – 12; 2004 г. – 19.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Набелязва се тенденция след един спад в експертната дейност /или отчетност/ през 2002 г. последващо значително зачестяване през следващите две години. Средната възраст на освидетелстваните за периода е около 42 години. Заслужава си да се отбележи, че се забелязва тенденция за намаляване на средната възраст на освидетелстваните в четирите последователни години, което е възможен показател за нетолерантност на обществото и трудно справяне /или нежелание за подкрепа/ на близките с психичното заболяване.

В проучения материал преобладават освидетелстваните мъже /27/, а жените са 18. По-често са освидетелствани градски жители /29 срещу 16 селски жители/. Амбулаторните освидетелствания са 26, а стационарните 19.

СОРОП е използвана в 24 експертни работи, а в 21 от тях не се прилага. В двата от случаите, в които съдът не е подкрепил заключението на експертизата не е бил използван посочения инструмент.

## ИЗВОДИ

Необходими са промени в нашия закон за здравето в частта му обслужване на пациенти с психични заболявания. Основните слабости на настоящите законови текстове са:

- Недобро регламентиране на критериите за принудително лечение
- При пациенти с **дебют** на психично заболяване не е предвидена възможност за диагноза на синдромно ниво
- Не са регламентирани принципите на обслужване на пациенти с **тежки соматични заболявания** и остра психиатрична симптоматика. За такива пациенти все още действат много остарели нормативни документи /Инструкция № 1 за дейността на здравните заведения при настаняване в психиатричните стационари на лица по принудителен ред, 1981г./.
- Не е добре регламентирана процедурата по искане на експерта за удължаване на срока за изготвяне на съдебно-психиатрична експертиза. Записано е че това трябва да става **само** в открито съдебно заседание, което на практика е трудно осъществимо защото всяко допълнително съдебно заседание забавя гледането на делото със седмици.
- Формулираното от закона **“тежко личностово разстройство”** не съществува във водещите съвременни психиатрични класификации МКБ 10 и DSM IV.
- Не е достатъчно точно формулирано поведението **при пациенти с двойна диагноза (коморбидност)**
- В случаи на доказано заболяване и въпреки наличието на сериозни автоагресивни или агресивни актове, се назначава **единична** експертиза в противоречие със Стандартите по психиатрия /ДВ бр. 78 от 07.07.2004г/.
- Липсва правилник за прилагане на закона

Скалата за оценка на риска от опасно поведение (СОРОП) е полезен, лесно приложим и обективен клиничен инструмент, позволяващ аргументираност и на-

деждност на експертното заключение, както в съдебната, така и в ежедневната практика. Употребата му може да реши посочения по-горе проблем с недостатъчно ясно формулираните критерии за опасност и необходимост от задължително лечение на пациенти с психични разстройства.

Необходимо е въвеждането на СОРОП като задължителен инструмент не само в експертната, но и в клиничната практика. Освен за оценка на нуждата от принудителна хоспитализация, СОРОП може да се адаптира и преработи така, че да подпомага решаването и на други основни съдебно-психиатрични въпроси (например вменяемост, дееспособност, свидетелска годност, определяне на родителски права и др.)

#### ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation No. R (83) 2 of the Committee of Ministers to member states concerning the legal protection of persons suffering from mental disorder placed as involuntary patients. Adopted by the Committee of Ministers on 22 February 1983 at the 356th meeting of the Ministers' Deputies.
2. Hjelmaas R. Legislative Guide to Involuntary Hospitalization of Persons with Mental Illness. Legislative Service Bureau. December 2001. <http://www.legis.state.ia.us/Central/LSB/Guides/involuntary.htm>
3. Iowa State Healthcare Code § 229
4. Iowa Criminal Code § 701
5. Jackson v. Indiana, 406 U.S. 715. 1972
6. Massachusetts General Laws, Part I. Administration of the Government. Title XVII. Public Welfare. Chapter 123. Mental Health.
7. Lake v. Cameron 364 F. 2d 657 (DC Cir 1966)
8. O'Connor v. Donaldson, 422 U.S. 56. (1975)
9. Parry, J. Involuntary Civil Commitment in the 90s, Mental & Physical Disability L. Rep. 18- 320 (1994).
10. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. United Nations, 1991
11. Stavis PF. Civil Commitment: Past, Present, and Future. An Address by at the National Conference of the National Alliance for the Mentally Ill, Quality of Care Newsletter, Issue 64, Aug-Sept 1995.
12. Закон за здравето ДВ. Обн. ДВ, бр.76 от 20 Септември 2005г.
13. Наредба № 24 от 7 юли 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Психиатрия" Обн., ДВ, бр. 78 от 7 септември 2004г.
14. Наредба № 10/1987г за организацията и дейността на психиатричните служби.
15. Инstrukция № 1/1981 на МЗ за дейността на здравните органи при настаняване на лица в психиатрични стационари по принудителен ред. Обн. ДВ. бр.44 от 4 Юни 1991г.

Адрес за кореспонденция: УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ - Плевен, ЕАД - Клиника по психиатрия, ДКЦ –XXVIII - София ООД, e-mail: [vnaikov@gmail.com](mailto:vnaikov@gmail.com)