© А.В. Голенков, 2018

DOI: 10.29296/25879979-2018-01-06

ГИБЕЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ РУК БОЛЬНЫХ (ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

А.В. Голенков, докт. мед. наук, проф.
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова;
Российская Федерация, 428015,Чебоксары, Московский проспект, д. 15
E-mail: golenkovav@inbox.ru

Обсуждается роль причин, включая психические расстройства у больных, приведших к криминальной агрессии, направленной на медицинских работников.

Ключевые слова: убийства врачей и медработников, больные, психические расстройства.

Для цитирования: Голенков А.В. Гибель медицинских работников от рук больных (психиатрический аспект). Медицинская сестра. 2018; 20(1): 20–23. DOI: 10.29296/25879979-2018-01-06

Агрессия больных и их родственников, направленная на медицинских работников и врачей, является чрезвычайно распространенным феноменом и весьма актуальной проблемой. По данным зарубежной литературы, с насилием в течение 1 года сталкиваются от 39 до 76% сотрудников лечебных учреждений разных профилей. Чаще всего отмечается вербальная агрессия, реже – физическая (2–49%); встречаются также сексуальное насилие (0,5–4,6%) и расовые притеснения (2,6%). В абсолютных цифрах это составляет 1,180 акта физического нападения в год, 2,260 случая физической угрозы и 5,576 – вербального насилия. Обобщив данные 17 репрезентативных исследований, авторы указали на 1,75 акта насилия в отношении 100 медицинских работников, отработавших смену.

Объектами описанных инцидентов, как правило, становятся медсестры и младший медицинский персонал (67%); врачи фигурировали в 12% эпизодов, сотрудники администрации учреждений – в 9,4%. Агрессия чаще встречается в психиатрических стационарах (86%), на станциях скорой (неотложной) помощи (71%) и в геронтологических отделениях (57%). Агрессивное поведение в первую очередь характерно для больных с деменцией, умственной отсталостью, наркологической патологией. Нападавшими часто бывают либо родственники (62,3%) либо сами больные (22,6%) в возрасте 20–40 лет. Последствия агрессии таковы, что 38% медработников испытывают страх повторного нападения и нередко меняют место работы или даже профессию. В 56,6% случаев последствием оказывается физическая травма, в результате которой 45,4% потерпевших берут больничный лист. Описаний случаев смертельных исходов у медицинских работников и врачей в результате нападения в доступной литературе нам не встретилось, хотя S. Kansagra и соавт. (2008), изучив насилие в 65 отделениях скорой помощи в США, отметили в среднем 11 нападений в каждом отделении за 5 лет, в 20% случаев – с применением огнестрельного и холодного оружия.

Из причин агрессии встречаются резкое изменение психического состояния, осложненное поведенческими нарушениями, отмена обезболивающих средств и неудовлетворенность медицинской помощью. Примечательно, что 62,8% медицинских работников – участников инцидентов – указали, что не участвовали в тренингах (не владеют необходимыми знаниями и навыками) поведения в случаях насилия и нападения; только 19% нападений регистрируются документально и как-то официально рассматриваются. Наши предыдущие многочисленные работы подтверждают описанное выше применительно к психиатрическим учреждениям. При этом медицинские работники и врачи психиатрических бригад скорой помощи указывали на случаи смерти сотрудников, связанные с нападением больных. Однако представленная ими информация была весьма краткой и малосодержательной, провести какой-то анализ и описание случаев мы тогда не смогли. Между тем есть настоятельная необходимость в освещении таких печальных эпизодов в связи с их частым обсуждением в средствах массовой информации, Интернете и научной литературе.

В Интернете (поисковые системы Яндекс, Мэйл.ру, Гугл) проводился поиск случаев убийств больными (нанесение тяжких телесных повреждений со смертельным исходом) врачей и медицинских работников. Всего за период с 2009 по 2017 г. найдено 25 таких эпизодов, однако 15 из них при подробном изучении исключены из исследования, так как никак не были связаны с профессиональной деятельностью врача (медицинского работника). Согласно результатам уголовно-правового анализа, совершенные деликты ничем не отличались от так называемых немотивированных убийств (в результате случайного конфликта, из корыстных побуждений, хулиганские действия и др.), если только не считать того обстоятельства, что жертвой криминальной агрессии был врач. Таким образом, в настоящую работу включено 10 совершенных больными преступлений, достоверно связанных с профессиональной деятельностью врача (медицинского работника).

Случай №1. Пациент 70 лет застрелил из обреза заведующего урологическим отделением в его кабинете, а потом застрелился сам. Причиной убийства явился перенос операции по поводу аденомы предстательной железы, якобы невыносимый болевой синдром, которым страдал больной. Первичную помощь ему в отделении оказали – установили катетер. Перед преступлением, со слов очевидцев, убийца находился в эмоционально нестабильном состоянии, «на взводе».

Случай №2. Молодой больной убил ножом врача-онколога в диспансере, а потом сразу – себя. Известно, что он наблюдался у психиатров, в анамнезе – агрессивное поведение, направленное на медиков. Считал, что у него опухоль в горле и настойчиво требовал провести ему операцию, в связи с чем требовал все новых и новых исследований для выявления болезни. Результаты судебно-медицинской экспертизы не обнаружили у убийцы врача онкопатологии.

Случай №3. Больной раком мужчина 58 лет застрелил из охотничьего ружья врача-онколога (зам. главного врача по лечебной работе) в его кабинете на фоне ухудшения состояния после проведенной ранее операции («не в силах терпеть эти муки»). Потом застрелился сам. Дома оставил предсмертную записку, однако предотвратить случай убийства-самоубийства не удалось. К преступлению готовился заранее. Пронес в мешке ружье в разобранном состоянии, спрятал его под скамейкой. Потом собрал ружье в приемном отделении и совершил запланированное преступление.

Случай №4. Мужчина 55 лет приехал на станцию скорой медицинской помощи на своей машине, где начал без разбора стрелять в медицинских работников из охотничьего ружья; в результате были убиты медсестра и санитарка, тяжело ранены еще 2 сотрудника подстанции. С места происшествия скрылся, оставив записку на своей кардиограмме: «Это – месть». Через несколько дней был обнаружен мертвым после самострела из своего охотничьего ружья. Возможной причиной нападения на медицинских работников скорой помощи явилось несвоевременное и некачественное оказание помощи самому пациенту и его более молодой умершей родственнице. Известно, что нападавший часто вызывал скорую помощь после перенесенного инфаркта миокарда.

Случай №5. Мужчина 34 лет пронес в медицинский центр в мешке ружье с патронами, из которого застрелил врача-хирурга (зам. главного врача). Был недоволен 3 проведенными пластическими операциями на носу и ушах. После совершенного убийства застрелился сам. Лечащие его врачи устно и письменно несколько раз рекомендовали ему проконсультироваться у психиатров.

Случай №6. В кабинете поликлиники был зарезан ножом 61-летний врач-невролог. Убийца 35 лет более 2 ч стоял в очереди к врачу, далее зашел в кабинет и нанес врачу несколько ударов колюще-режущим предметом в область шеи. От полученных ран врач скончался на месте. Несмотря на попытки многочисленных посетителей, задержать убийцу сразу не удалось.

Случай №7. Недалеко от своего дома был найден главный врач психиатрической больницы. Смерть наступила от побоев и колото-резаных ран, нанесенных пациентом, который лечился у психиатров и лично знал потерпевшего.

Случай №8. 85-летний пациент застрелил из переделанной под ружье трости врача травматолога-ортопеда поликлиники. Был крайне недоволен качеством медицинской помощи, а также неуважительным отношением к пожилому человеку (врач, якобы, заставлял больного в кабинете снять с головы тюбетейку и надеть бахилы).

Случай №9. Больной 28 лет, наблюдавшийся у психиатров, застрелил из травматического пистолета в лечебном учреждении молодую женщину-врача. Требовал к себе повышенного внимания, был недоволен качеством помощи и методом лечения по поводу жалоб сексологического характера. Настойчиво требовал помощи и многочисленных обследований. При рекомендациях обратиться за помощью к врачу-урологу становился злобным, раздражительным. После очередной ссоры мужчина ушел, но вскоре вернулся и застрелил врача. Признан судебно-психиатрической экспертизой невменяемым.

Случай №10. На территории родильного дома был обнаружен врач акушер-гинеколог с открытой черепно-мозговой травмой, от которой он после произведенной операции все же скончался. Следствием

было установлено, что нападение совершил мужчина с 2 своими приятелями. Причиной нападения послужило наложение щипцов ребенку (внуку) при родах несколько лет назад. Это привело к родовой травме, сопровождающейся в последующем отставанием ребенка в умственном и физическом развитии с установлением инвалидности.

Все приведенные случаи убийств так или иначе связаны с недовольством больных качеством медицинской помощи, общением между врачом и больным, недоучетом психологических моментов в лечебной работе. Среди погибших – 9 врачей и 2 медицинских работника. Между тем в литературе отмечается, что физическому нападению чаще подвергается младший медицинский персонал, непосредственно ухаживающий за больными. В психиатрическом стационаре нами выявлена аналогичная закономерность: чаще (в порядке убывания) страдали санитары (санитарки, прочий младший персонал), медсестры, а на последнем месте были врачи. Однако, что касается фатальных случаев агрессии, следует отметить обратную закономерность: врачи чаще погибают от рук больных, нежели младший и средний медицинский персонал.

В 4 случаях из 10 у больных имели место психические расстройства, 3 из которых заслуживают пристального внимания и разбора. Есть все основания говорить об ипохондрических расстройствах. Их круг достаточно широк – от опасений в отношении патологии внутренних органов, навязчивых сверхценных переживаний (преувеличение тяжести имеющихся заболеваний) до бредовых идей о наличии несуществующей тяжелой (смертельной) болезни.

Известно, что ипохондрия нередко возникает на фоне сенестопатий (чрезвычайно разнообразных неприятных, диффузных и тягостных ощущений, исходящих из различных областей тела и не имеющих объективных соматоневрологических причин). Зачастую эти психические расстройства отличаются медленным течением и постепенным, растянутым на годы, прогрессированием патологического процесса, что затрудняет их диагностику и отодвигает обращение (направление) к психиатрам за помощью.

Здесь уместно сказать о так называемой «персекуторной ипохондрии» – сложном психопатологическом синдроме, который характеризуется сочетанием бредовых идей (ипохондрического содержания, преследования и воздействия) с сенестопатиями и галлюцинациями. Как указывают В.М. Блейхер, И.В. Крук в словаре психиатрических терминов (1995), такие больные могут представлять опасность с точки зрения суицидальных и гомоцидальных тенденций, направленных на врачей и медицинских работников. В ряде случаев больные преследуют ранее лечивших (оперировавших) их врачей, иногда требуя повторной операции. При этом они могут испытывать приступы «нездоровья», жаловаться на вегетативные нарушения (тошноту, запоры, расстройства сна и др.) и болевые ощущения в различных органах. Из-за несоответствия настойчивых жалоб и объективной соматоневрологической картины такие больные часто переходят от одного специалиста к другому либо наблюдаются у нескольких врачей одновременно.

К ипохондрическому кругу расстройств близок бред физического недостатка – дисморфомания: стойкие, недоступные коррекции убеждения в уродливом строении отдельных частей тела (лица). Один из больных, как описано в случае №5, на протяжении ряда лет несколько раз оперировал нос и уши и был недоволен результатами пластики. Из литературы известно, что такие больные упорно добиваются хирургической операции для устранения своего мнимого недостатка. Следует упомянуть и нозофилию – сверхценную идею, выражающуюся в пристрастии находить у себя и лиц ближайшего окружения какие-нибудь болезни, заниматься лечением и самолечением. При прогрессировании психического расстройства (чаще всего – шизофрении) происходит переход расстройства на бредовый уровень поражения со сменой тематики внутренних переживаний, их усложнением и приобретением стойкости. Аффективные расстройства (депрессивные) со временем также могут становиться выраженнее и суицидоопаснее.

Существенным аргументом в пользу психических расстройств при описанных эпизодах являются 5 случаев постгомицидных самоубийств (самоубийства, совершенные после убийства – убийства-самоубийства по терминологии зарубежных авторов). Проведенные за рубежом ретроспективные психолого-психиатрические исследования свидетельствуют о чрезвычайно высокой доле (>90%) психических расстройств у самоубийц; чаще всего это – депрессивные состояния. В недавно опубликованной нами работе показано, что все испытуемые, совершившие постгомицидные самоубийства, страдали психическими расстройствами. Этот диагноз был поставлен комиссией врачей, проводивших посмертную судебно-психиатрическую экспертизу.

Убийства медицинских работников и врачей за рубежом существенно отличаются от подобных преступлений, совершаемых в России. Во-первых, как свидетельствуют наши публикации, ко многим из них убийцы (больные) тщательно готовились. Так, преступники разбирали ружья, чтобы пронести их в медицинскую организацию, после этого прятали их в укромном месте, потом доставали, собирали и приводили в действие. В другом случае пожилой больной около 1 года переделывал ружье

под трость, из которого выстрелил во врача. Первоначальной мыслью преступников было желание совершить самоубийство, затем они решали сначала убить «виновников» – врачей и медицинских работников. Неслучайно такие деликты в судебной психиатрии называют «расширенным суицидом». Деяние совершается на фоне депрессивных и(или) бредовых состояний; жертвами нередко становятся несколько человек из ближайшего окружения самоубийцы. Во-вторых, самым частым орудием преступления было огнестрельное оружие, которое не так распространено в нашей стране и обычно используется довольно редко. В-третьих, жертвами становились мужчины во много раз чаще, чем женщины. В-четвертых, убийства совершались в трезвом виде. В Чувашии, как и в России в целом, убийства совершаются холодным (колоторежущим) оружием (либо путем избиения, включая использование тупых предметов), чаще всего – в состоянии алкогольного опьянения после возникшей ссоры; жертвами обычно являются женщины.

Рамки нашего исследования ограничены тем, что материал собирался в сети Интернет, в которую попала только небольшая часть наиболее резонансных убийств. Сбор репрезентативной выборки позволил бы точнее оценить частоту этих криминальных явлений, проанализировать факторы, способствующие совершению таких преступлений. Отсутствие многих сведений о больных не позволяет достоверно квалифицировать психические расстройства у ряда фигурантов репортажей. Очевидно, что более полная информация дала бы бóльшее число психических расстройств у больных и их точную квалификацию.

Проведенный анализ выявил особую актуальность рассматриваемой проблемы. Младший и средний медицинский персонал чаще страдает от нефатальных случаев агрессии, а врачи становятся жертвами убийств и тяжких телесных повреждений со смертельным исходом. Психически больные с ипохондрическими расстройствами и суицидальными тенденциями потенциально опасны с точки зрения совершения агрессивных действия. В связи с этим напрашивается мысль о необходимости разработки в учреждениях здравоохранения организационных и профилактических мероприятий с формированием у сотрудников необходимых навыков работы с агрессивными больными, которые могут представлять угрозу их жизни и здоровью. Нужны законодательные инициативы по ужесточению наказаний за криминальную агрессию, направленную на врачей и медицинских работников.

Рекомендуемая литература

Голенков А.В. Постгомицидные самоубийства: описание 5 случаев. Российский психиатрический журнал. 2017; 2: 12–6.

Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: стандарты ухода и наблюдения. Медицинская сестра. 2012; 6: 23–5.

Голенков А.В., Ундеров Д.А. Агрессивное поведение психически больных при оказании им скорой психиатрической помощи. Психическое здоровье. 2016: 4, 1 (116): 9–15.

Деомидов Е.С., Сорокин Е.А., Мылова А.Ю., Чалкина Я.С. Случаи агрессивного поведения со стороны больных, по данным опроса работников скорой медицинской помощи. Acta Medica Eurasica. 2017; 1: 32–6.

Cheung T., Lee P.H., Yip P.F. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2017; 14 (8).

Conwell Y., Duberstein P.R., Cox C., Herrmann J.H., Forbes N.T., Caine E.D. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. Am. J. Psychiatry. 1996; 153 (8): 1001–8.

Golenkov A., Large M., Nielssen O., Tsymbalova A. Homicide and mental disorder in a region with a high homicide rate. Asian J. Psychiatry. 2016; 23: 87.

THE DEATH OF PHYSICIANS AND HEALTHCARE WORKERS FROM PATIENTS' HANDS (A PSYCHIATRIC ASPECT)

Prof. A.V. Golenkov, MD

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper discusses the role of reasons, including mental disorders, which have resulted in criminal aggression with a lethal outcome.

Key words: murders of physicians and healthcare workers, patients, mental disorders.