

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Особенности психиатрии и задачи профессиональной этики

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

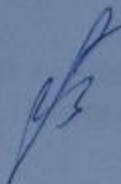
Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Особенности психиатрии и задачи профессиональной этики" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



План.

1. Особенности психиатрии и профессиональной этики
2. Добровольность и принуждение при оказании медицинской помощи
 - субъект принятия решения
 - содержание и форма решения
 - отсутствие принуждения
 - адекватность и полнота информации
3. Список использованной литературы

Особенности психиатрии и задачи профессиональной этики.

Профессиональная этика в психиатрии имеет единые корни с медицинской этикой, поскольку психиатрия относится к разряду медицинских специальностей. Выделение психиатрической этики в самостоятельный раздел не означает ее отрыва от общей медицинской этики, а лишь свидетельствует об особенностях психиатрической практики, специфики тех проблемных ситуаций, которые требуют отдельного этического анализа и не могут быть решены путем простых аналогий с другими сферами медицинской деятельности. Задача состоит, следовательно, в том, чтобы понять, как должны работать общие этические принципы медицины в специфических условиях оказания психиатрической помощи. Для этого необходимо вначале рассмотреть особенности психиатрии как объекта этического регулирования и контроля.

Среди медицинских дисциплин психиатрия является, пожалуй, наиболее социальной по своему предмету, методологии исследований и практических действий. Дело в том, что влияние социальных факторов сказывается не только на состоянии психического здоровья населения. Оно распространяется также на формы функционирования психиатрии как отрасли медицинской науки и здравоохранения и на само содержание концепций о сущности, границах психической патологии, о целях и методах психиатрического вмешательства. Именно социальная ориентированность психиатрии во все времена превращала ее в арену острой борьбы различных идеологий, общественных мнений, социальных, этических, правовых концепций и возлагала на психиатров высочайшую нравственную ответственность перед обществом.

1. Во-первых, это обусловлено тем, что психиатрия имеет дело с социально функционирующей личностью, в понятие патологии которой входят ее деформированные социальные отношения, а в число патогенных факторов включаются сложные социальные ситуации, которые этой личностью воспринимаются и осмысливаются.

Круг лиц и явлений психиатрической жизни, оказавшихся в поле зрения психиатров, т. е. ставших предметом диагностических оценок, лечебных и профилактических воздействий, чрезвычайно расширился. Психиатров стали интересовать не только больные или «условно больные», но и практически здоровые лица в аспекте вероятности (риска) возникновения у них психических расстройств. Одновременно возник риск расширительного толкования понятий психической патологии, гипердиагностики психических заболеваний, переноса клинических оценок и терминов на множество вариантов индивидуального своеобразия личности и социального поведения человека. Ситуация осложняется отсутствием строгих и однозначных критериев отграничения нормы от патологии, социально обусловленных деформаций личности и отклонений поведения у практически здоровых людей от внешне похожих последствий психических болезней. В условиях недостаточной определенности диагностических критериев, изменчивости методологических подходов и клинических концепций возрастает опасность не только ошибочных суждений, но и намеренных искажений действительности, установления психиатрами ложных диагнозов под давлением социальных обстоятельств или субъективных предубеждений. Поскольку цена таких искажений слишком велика, *профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья обследуемых лиц.*

2. Во-вторых, диагноз психического расстройства несет в себе такую негативную социально-этическую нагрузку, которой не имеет никакой другой клинический термин другой медицинской специальности. Лица, признанные душевнобольными, как бы гуманно не относилось к ним общество, неизбежно попадают в особую категорию людей, лишенных в полной мере доверия и потому ущемленных в моральном отношении и испытывающих на себе различные социальные ограничения. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на больных, невозможно, поскольку сама душевная болезнь накладывает определенные ограничения на жизнедеятельность человека: «стесняет» его свободу, искажает взаимоотношения с окружающей действительностью, затрудняет социальную адаптацию, вызывает нарушения поведения, повышая в ряде случаев риск совершения опасных действий,

наносящих ущерб самому больному и другим людям. Однако размеры и характер социальных ограничений, которым подвергаются больные, должны соответствовать степени тяжести их психических расстройств, а не обращаться фатально против каждого, кто получает помощь у психиатра. Отсюда вытекает еще одна из важных задач психиатрической этики – *повышение толерантности общества к лицам с психическими отклонениями, преодоление предвзятости, отчуждения, а также регулирование социальных санкций в отношении психических больных.*

3. В-третьих, существенной особенностью, отличающей психиатрию от других медицинских дисциплин, является применение к некоторым категориям больных недобровольных мер – принуждения и даже насилия. Недобровольное оказание помощи включает в себе глубокое и напряженное противоречие между, с одной стороны, необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи. Причем ситуация значительно усложняется в тех случаях, когда болезнь проявляется не столь грубыми и очевидными для всех нарушениями, а умеренно выраженными признаками при формально организованном поведении. Применение принуждения в таких случаях бывает неожиданным для больного и окружающих и производит впечатление актов произвола, репрессии, а уж никак не помощи. Возможность принуждения, прямого или косвенного, создает вокруг психиатрии пугающий ореол, вызывает недоверие общества, но уже не к душевнобольным, а к психиатрам и порождает у граждан естественное стремление оградить себя от необоснованного вмешательства в свою жизнь. И если отказ от принуждения в психиатрии нереален до тех пор пока существуют тяжелые психические расстройства, то установление социального контроля за применением насильственных мер вполне достижимо. Таким образом, *задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека.*

4. Четвертая особенность психиатрии состоит в том, что пациенты, с которыми она имеет дело, по своей способности к волеизъявлению образуют широкий континуум. На одном его полюсе те больные, которые из-за тяжелых нарушений психики не могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы. На другом полюсе – те, которые по степени своей личностной автономии персональной ответственности, интеллектуального развития, правого и нравственного сознания не уступают врачу-психиатру (а порой и превосходят его), несмотря на наличие пограничных психических расстройств. Из этого следует неоднозначность модели взаимоотношений между врачом и пациентом.

Применительно к первой категории больных с психозами и слабоумием адекватной является *патерналистская* (родительская) модель, которая оставляет за врачом, при отсутствии юридической ответственности опекуна, последнее слово в выборе методов оказания психиатрической помощи и ограничивает участие пациента в принятии решения. Предполагается, что такой больной неспособен к разумным решениям, поэтому при расхождении его мнения с объективными медицинскими показаниями предпочтение отдается последним. Врач же выступает в роли не только специалиста, но и своего рода «опекуна», действующего в интересах больного, т.е. так, как действовал бы сам больной, если бы он был способен понимать, что является для него благом и что необходимо делать во имя собственного здоровья. Патерналистский подход не означает полного игнорирования мнений или предпочтений больного, подавления его воли и безграничного принуждения. Подобно всякому разумному родителю, врач стремится прежде всего к взаимопониманию, допускает свободу, инициативу «подопечного» и лишь в решающие моменты использует всю полноту данной ему власти, но все же власть эта настолько велика, что не должна оставаться без этического контроля. Ее *нравственными ограничителями служат добросовестность и ответственность врача-психиатра.*

Другая категория больных, с менее тяжелыми психическими расстройствами, «расположенная» на противоположном полюсе названного континуума, вполне способна к самоопределению, выражению собственных интересов, различению пользы и вреда. При таких

условиях патерналистская модель неадекватна и неприемлема. Отношения врача и пациента строятся на основе *партнерства* с четким распределением полномочий. Врач выступает в роли компетентного профессионала, который оценивает состояние здоровья пациента, сообщает ему свое мнение и предлагает ту или иную медицинскую помощь, а пациент выбирает или отклоняет эти предложения по своему усмотрению. Ответственность за выбор и решение ложится на пациента, а за качество обследования и лечения – на врача. В партнерской модели нет месту принуждению – психиатрическая помощь оказывается исключительно на добровольных началах. Однако и в этой модели есть этически уязвимые места. Право пациента на самоопределение, его ответственность за принятие решения (особенно в случае отказа от медицинской помощи) могут оказаться ширмой, скрывающей безответственность врача, его не заинтересованность в здоровье и благополучие пациента. Если при патерналистских отношениях забота о больном сопряжена с ограничением свободы и врачебным вмешательством, то при партнерских отношениях соблюдение свободы и невмешательства порой чреваты безразличием к судьбе пациента.

Более привлекательна поэтому *совещательная* модель: врач выступает не как бесстрастный функционер, выполняющий заказы потребителя, а как друг, учитель, советчик, помогающий пациенту выбрать правильное решение.

Но как бы мы ни относились к той или иной модели взаимоотношений врача-психиатра и пациента, следует признать, что все они имеют право на существование в психиатрической практике. Задача состоит лишь в их адекватном применении. Партнерские или совещательные отношения при оказании экстренной помощи больному с кататоническим возбуждением либо при госпитализации слабоумного, беспомощного пациента так же морально и профессионально неприемлемы, как и патерналистский подход к лицу, страдающим невротическим расстройством. Являясь альтернативными относительно конкретного пациента, патернализм и партнерство не альтернативны для психиатрии в целом. Более того, даже по отношению к одному и тому же пациенту указанные модели могут сменять друг друга на разных этапах течения болезни, например в период обострения и во время ремиссии. В этом заключается специфика и сложность психиатрии.

А очередную задачу психиатрической этики можно сформулировать *как установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.*

5. Наконец, пятой особенностью психиатрии как объекта этического регулирования является двуединая функция защиты интересов больного и интересов общества. Противоречивость этого требования следует из несовпадения личных и общественных интересов, что, однако, не означает их полной и абсолютной противоположности. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая, практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека.

Предполагается, что сохранение и укрепление психического здоровья находится в сфере интересов каждого отдельного человека и общества в целом. Утрата же этого глубинного и естественного интереса свидетельствует о серьезном неблагополучии индивидуального или общественного сознания, о наличии деструктивных тенденций, грозящих гибелью. Таким образом, в профессиональной деятельности врача-психиатра, направленной на устранение психических расстройств и охрану психического здоровья, интересы отдельного больного и общества совмещаются. Этот нравственный постулат сохраняет свое принципиальное значение при анализе трех типов конфликтных ситуаций, когда: 1) актуальное поведение больного противоречит его собственным объективным интересам; 2) поведение больного противоречит общественным интересам; 3) общество или отдельные его члены наносят ущерб интересам больного.

В ситуациях первого типа врач-психиатр ставит во главу угла предотвращение угрозы здоровью и жизни пациента, которую он представляет для самого себя. Исходя из этого, врач оказывает медицинскую помощь, а также дает рекомендации по ряду связанных со здоровьем социальных и личных вопросов. Если же пациент настолько тяжело болен, что неспособен к

разумным действиям, то во имя сохранения его здоровья и жизни морально оправданы недобровольное оказание медицинской помощи и патерналистская опека.

В ситуациях второго типа, когда поведение пациента носит антиобщественный характер, к заботе о его здоровья и жизни добавляется еще и задача предотвращения со стороны больного действий, представляющих опасность для окружающих. В случае тяжелых психических расстройств, обуславливающих такую опасность, также допустимы и оправданы недобровольные медицинские меры и патерналистский подход, не равнозначные «полицейским» мерам и наказанию.

В ситуациях третьего типа врач, безусловно, защищает интересы пациента с тем большей активностью, чем меньше сохранена способность больного к эффективной самозащите и чем выше риск причинения извне ущерба его здоровью и благополучию. При этом психиатр оказывается в оппозиции к тем, кто ущемляет интересы больного, и в целях его защиты апеллирует к закону и нравственному сознанию общества.

Психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов больного и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Психически больной, психиатр и общество представляют в совокупности систему, в которой отношения между ее элементами взаимообусловлены и подвержены влиянию общего социально-нравственного контекста. Так, в обществе с тоталитарной, репрессивной ориентацией диагноз психического расстройства несет дискриминирующую нагрузку, часто используется для дискредитации «неудобных» граждан и их взглядов; толерантность к психическим больным снижена, они подвергаются отчуждению, изоляции, социальным ограничениям; широко применяется принуждение во всех его формах, преобладает патернализм с «полицейским» оттенком; государственный интерес доминирует над интересами отдельной личности, психиатрическая служба рассматривается как часть государственной репрессивной системы и выводится из-под общественного контроля, в результате чего психиатры приобретают власть, но теряют доверие граждан.

По мере перехода к демократическому устройству расширяются и законодательно закрепляются права лиц с психическими нарушениями, усиливаются тенденции к равноправию и интеграции больных в общество; сужается сфера ограничительных санкций, устанавливается социальный контроль за применением мер принуждения, вводится правовое и этическое регулирование оказания психиатрической помощи; возрастает ценность партнерских отношений врача и пациента, ограничивается и гуманизируется патерналистский подход; защита интересов больного становится не менее значимой чем защита интересов общества и государства; психиатры утрачивают часть своих властных полномочий и подпадают под «всевластие Закона», приобретая доверие населения.

Конечно, описанные системы упрощены и схематизированы. В действительности дело обстоит гораздо сложнее и зависит от конкретного соотношения многих факторов и тенденций. Так, позитивные в своей основе демократические и правозащитные тенденции при определенных условиях могут принимать парадоксальные формы и приводить к негативным последствиями. Борьба за расширение свобод психически больных, если она ведется с антипсихиатрических позиций, нередко сливается с политическим экстремизмом, невежеством и на деле оборачивается нарушением прав больных на получение адекватной медицинской помощи. Абсолютизация принципа «наименее ограничительной альтернативы» чревата попытками ликвидации психиатрических больниц, накоплением в обществе лиц с тяжелой, хронической психической патологией. Эти лица, оставаясь без лечения, пополняют ряды бездомных и преступников, что вызывает естественное недовольство населения. А складывающееся при этом подозрительное отношение больных к психиатрическим учреждениям и жесткая уголовно-правовая модель законодательства в сфере оказания психиатрической помощи создают серьезные препятствия к исполнению психиатрами своего врачебного долга. В результате и больные, и психиатры, и общество находятся в оппозиции друг к другу.

Приведенные примеры демонстрируют возможные различия социальных ориентаций, которые влияют на функционирование психиатрии в обществе, положение психически больных и профессиональную деятельность психиатров. Учитывая подверженность психиатрии этим влияниям, следует прийти к выводу о необходимости механизмов саморегуляции внутри профессионального сообщества психиатров, которые обеспечивали бы его устойчивость, единство и достижение гуманных целей. Названным условиям отвечают *профессиональная этика и, в частности, свод этических правил поведения врача-психиатра при осуществлении его профессиональной деятельности*.

Одним из основных международных нормативных актов медицинской этики в области психиатрии является Гавайская декларация, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) в 1977г. и переработанная в 1983г. Прямое отношение к обсуждаемой теме имеют также «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991г. Широкую известность за рубежом приобрели «Принципы медицинской этики и аннотации к их применению, а психиатрии», разработанные Американской психиатрической ассоциацией (АПА), опубликованные в 1973г.; они подверглись пересмотру в 1981г.

В нашей стране «Кодекс профессиональной этики психиатра» был впервые принят 19 апреля 1994г. на пленуме правления Российского общества психиатров. В его разработке участвовали психиатры, психологи, философы, юристы.

Принятие этического кодекса, безусловно, важное событие в жизни отечественного психиатрического общества, свидетельствующее о достижении им определенного уровня морального самосознания и отвечающее потребности моральной саморегуляции. Кодекс, как сказано в его преамбуле, основан на гуманистических традициях отечественной психиатрии. Фундаментальных принципах защиты прав и свобод человека и гражданина, составлен с учетом этических стандартов, признанных международным профессиональным сообществом. «Назначение Кодекса состоит в том, чтобы обозначить нравственные ориентиры, дать психиатрам «ключи» к принятию решений в сложных (с этической, правовой и медицинской точек зрения) проблемных ситуациях, свести к минимуму риск совершения ошибок, защитить психиатров от возможных неправомерных к ним претензий, а также способствовать консолидации психиатров России». Кодекс состоит из 12 статей:

- Цель профессиональной деятельности психиатра
- Профессиональная компетентность психиатра
- Принцип не причинения вреда
- Недопустимость злоупотреблений
- Уважение личности пациента
- «терапевтическое сотрудничество»
- информированное согласие
- конфиденциальность
- научные исследования
- профессиональная независимость психиатра
- взаимоотношения с коллегами
- ответственность за нарушение Кодекса.

Следует отметить, что этическое регулирование тесно связано с правовым, осуществляемом посредством форм закона.

И психиатрия ввиду рассмотренных выше отличительных особенностей рано или поздно оказывается также под действием правовых норм. Несмотря на то, что этика и право различаются по сферам влияния, содержанию, степени жестокости и принудительности требований, по механизмам их реализации. Характеру санкций и ряду других параметров. Между ними есть много общего. Исторический процесс развития права шел по пути правового формализма древних законодателей к начавшейся с римского классического права интеграции нравственных категорий – справедливости, доброй совести, равенства людей, не причинения

вреда, которые стали универсальными. Опыт подсказывает, что введение нравственных категорий содействует мобильности права, обогащает его содержание. В свою очередь повышает нравственные ценности, обеспечивает их авторитет юридическими средствами. Этот вывод имеет существенное значение для понимания соотношения этических и правовых аспектов психиатрии.

Начиная с 1993 года психиатрическая деятельность в стране регулируется законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Закон направлен на решение четырех основных задач:

- защита прав и законных интересов граждан от необоснованного вмешательства в их жизнь при оказании им психиатрической помощи.
- Защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе.
- Защита общества от возможных опасных действий психически больных.
- Защита врачей и медицинского персонала.

Концепция закона реализована в его нормах, которые охватывают максимально широкую сферу деятельности по оказанию психиатрической помощи населению. В законе четко определены основания и порядок применения в психиатрии недобровольных мер; введены принципиально новые для отечественной психиатрии судебные процедуры принятия решений и контроля за их надлежащим исполнением; установлены гарантии прав пациентов психиатрических учреждений и механизмы социальной защиты лиц с психическими расстройствами. Процесс совершенствования законодательства в психиатрии возможен лишь при условии прогресса нравственных отношений в этой области и обществе в целом, выражающегося в категориях и принципах гуманизма, добра, справедливости, достоинства и ответственности.

Добровольность и принуждение при оказании психиатрической помощи.

Уважение автономии пациента является основополагающим принципом современной медицинской этики. Многие этические нормы и правила вытекают из этого принципа и служат его реализации. Важное место среди них занимает добровольность получения психиатрической помощи, предполагающая свободу выбора и свободу действий пациента при общении с врачом-психиатром. На практике это означает, что *«психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации»*. И далее. За исключением специально оговоренных случаев, *«никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо о воли пациента...»* (Кодекс профессиональной этики психиатра, статья 7).

Итак, от психиатра требуется соблюдение и в определенной мере сознание условий для свободного выбора пациента, т.е. добровольного оказания ему помощи. Таких условий, как минимум, пять:

1. Субъект принятия решения (согласия или отказа).
2. Содержание и форма выражения решения.
3. Отсутствие принуждения или обмана.
4. Наличие адекватной информации.
5. Компетентность пациента в принятии решения. Рассмотрим каждое из названных условий добровольности применительно к основным видам оказания психиатрической помощи: освидетельствование, амбулаторная помощь, госпитализация и лечение.

• Субъект принятия решения. По этическим правилам и по закону РФ о психиатрической помощи, в чем бы она не состояла, право на согласие имеет только сам пациент либо его законный представитель (если гражданин не достиг возраста 15 лет или признан судом недееспособным). Это не значит, что другие лица (родственники, знакомые и др.) не могут выражать своих отношений к происходящему и эти отношения не должны учитываться психиатром. Однако о добровольности в истинном смысле слова речь идет тогда, когда решение принимает сам пациент.

• Содержание и форма выражения решения. Положительное решение пациента (или его законного представителя) о психиатрической помощи может иметь различные градации по степени субъективной приемлемости и заинтересованности: от активной просьбы при инициативном обращении к врачу до пассивного согласия с предлагаемыми врачом медицинскими мерами. Отрицательное решение также может варьировать от несогласия, отказа до активного протеста.

Для констатации наличия добровольного решения необходимо. Чтобы оно было выражено достаточно ясно и определенно: либо согласие, либо отказ независимо от степени проявления того или другого.

Правило получения согласия\отказа пациента является общим для добровольного оказания всех видов психиатрической помощи, но для каждого ее вида оно применяется отдельно. Решение пациента относительно конкретных обстоятельств нельзя трактовать расширительно. Так, например, согласие на психиатрическое освидетельствование действительно только в отношении освидетельствования и не распространяется на лечение или госпитализацию в психиатрический стационар; согласие на лечение психотропными препаратами не дает право врачу на проведение электросудорожной терапии; отказ от госпитализации не означает отказ от лечения в амбулаторных или полустационарных условиях и т.д. Иными словами, решение пациента по существу вопроса относится к тому, что именно предлагается врачом. А врач, учитывая мотивацию и предпочтения пациента, должен уметь варьировать свои предложения с тем. Чтобы по возможности достичь согласия и оказать помощь в добровольном порядке, не прибегая к принуждению.

Решение пациента (согласие\отказ) может быть выражено как в устной, так и в письменной форме. Поскольку с юридической точки зрения письменная форма более весома, она и требуется по закону в более значимых ситуациях: при проведении психиатрического лечения и госпитализации в психиатрический стационар. В остальных случаях достаточно устного заявления.

• Отсутствие принуждения или обмана. Согласие пациента должно основываться на свободном выборе. Если же согласие дается под влиянием насилия, угрозы или обмана, то его нельзя признать добровольным. При этом не имеет значения, от кого исходят эти действия – врача, медицинского персонала или третьих лиц.

Насилием считается причинение пациенту физических или душевных страданий с целью принудить его к даче согласия. Угроза представляет собой психическое воздействие на волю пациента посредством причинения ему какого-либо вреда в будущем, если он не даст согласия на психиатрическое вмешательство. Обман – это умышленное введение пациент в заблуждение с целью получения его согласия.

Отсутствие насилия, угрозы или обмана является обязательным условием добровольности для любого вида психиатрической помощи.

• Наличие адекватной информации. Свобода пациента в принятии решения обеспечивается также предоставлением необходимой информации. И действительно, прежде чем сделать свой выбор, пациент должен знать, что ему предлагает врач, с какой целью, каковы вероятные последствия вероятного согласия или отказа. Объем и характер медицинской информации, которую врач предоставляет пациенту, зависят от вида предлагаемой психиатрической помощи.

А. При проведении психиатрического освидетельствования врач обязан сообщить обследуемому о своей специальности психиатра, из чего следует представление о цели освидетельствования. Очевидно, что при самостоятельном обращении пациента за помощью в психиатрическое учреждение такая информация будет излишней. Но в иных ситуациях, когда инициатива в установлении контакта с пациентом принадлежит врачу или проводятся профилактические осмотры населения, сообщение указанных сведений необходимо для обеспечения условий добровольности освидетельствования.

Б. Если по результатам осмотра пациенту предлагается амбулаторная помощь, его следует информировать о том, будет ли она осуществляться в консультативно-лечебном виде

или в виде диспансерного наблюдения, какова степень добровольности и какими правами обладает пациент в том или другом случае.

Необходимо подчеркнуть, что консультативно-лечебная помощь оказывается пациенту исключительно на добровольных началах только при самостоятельном обращении, по его просьбе или с его устного согласия (либо с согласия законного представителя), аналогично помощи, оказываемой поликлиниками общей медицинской сети. Установление же диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право проводить осмотры больного с той частотой, которая требуется для оценки состояния психического здоровья и полноценности оказания психиатрической помощи независимо от согласия самого больного. Никаких иных юридически значимых последствий факт диспансерного наблюдения не имеет. Несмотря на то, что факт диспансерного наблюдения устанавливается комиссией врачей-психиатров независимо от согласия пациента в этическом плане желательно, чтобы такое согласие достигалось там, где это возможно, чему способствует адекватное информирование пациента.

В. более значительные неудобства для пациента представляет госпитализация в психиатрический стационар. Она связана со стеснением свободы, ограничением некоторых прав и подчинением больничному режиму, с отрывом пациента от домашней обстановки, общения с близкими и привычных занятий, с неизбежностью пребывания в менее комфортабельных условиях, в окружении психически больных, под надзором персонала и т.д. Поэтому прежде чем предложить пациенту госпитализацию, врач должен тщательно взвесить ожидаемую от этого пользу и возможный вред. А пациент, прежде чем принять добровольное решение, вправе получить от врача нужную информацию:

- куда (в какую больницу) его собираются поместить
- с какой целью (для обследования, лечения, обеспечения ухода или проведения экспертизы) и на какой приблизительно срок
- какая в этом необходимость, возможно ли альтернативные варианты и каковы в данном случае преимущества стационарной помощи перед амбулаторной
- какими правами он будет обладать, находясь в стационаре
- к каким последствиям может привести факт его пребывания в психиатрической больнице.

Отсутствие таких сведений или предоставление их в искаженном свете ставят под сомнение добровольность полученного согласия пациента и могут привести в дальнейшем к негативным реакциям при его столкновении с реальной действительностью (к отказу от госпитализации в приемном отделении, нарушению режима, отказу от лечения, конфликтам с персоналом, требования о выписке и др.).

Г. Среди рассматриваемых видов психиатрической помощи самым сложным и ответственным является лечение. Психиатрическое лечение переживается пациентом не только как воздействие на организм, но и как вторжение в его субъективный мир, в сферу личной и душевной ценности. Боязнь вреда от применения психиатрических методов и средств, сравнимая с боязнью вреда от психического заболевания, на самом деле небеспочвенна. В связи с этим при получении согласия на лечения к информированию пациентов предъявляют наиболее высокие требования. Независимо от того будет ли больной лечиться амбулаторно или в стационаре, врач обязан предоставить ему определенную информацию, чтобы обеспечить возможность сознательного выбора и вовлечь в процесс терапевтического сотрудничества.

Больному следует разъяснить:

- в чем состоит расстройство его психического здоровья
- что представляет собой рекомендуемое лечение (методы, цель, этапы, продолжительность терапии, наличие альтернатив)
- каковы преимущества лечения (ожидаемая польза) и недостатки (риск побочных явлений и осложнений)

информация должна быть правдивой, доступной для понимания и не вызывать у пациента серьезных негативных реакций (страх, депрессия или агрессия).

В случае отказа пациента от лечения ему, кроме вышеуказанного, следует разъяснить возможные негативные последствия такого решения для его здоровья. Итак, характер и объем предоставляемой пациенту медицинской информации должны соответствовать:

- характеру предлагаемой психиатрической помощи
- степени риска принимаемого пациентом решения, т.е. вероятности неблагоприятных последствий в случае согласия на психиатрическое вмешательство либо в случае отказа от него
- конкретным ожиданиям пациента, его заботам, опасениям, связанным со здоровьем и жизнедеятельностью

очевидно, что чем сложнее психиатрическое вмешательство, чем рискованнее оказание (неоказание) психиатрической помощи, тем ответственнее принимаемое решение и тем более информированным должен быть пациент, делающий свой выбор. Достаточно сравнить согласие на беседу с психиатром и согласие на госпитализацию в психиатрическую больницу; согласие на лечение малыми дозами транквилизаторов и согласие на интенсивную психофармакологическую или шоковую терапию; отказ от приема лекарств при невротических расстройствах и отказ от лечения при эпилептических припадках и т.п.

важно, чтобы предоставление пациенту информации не превращалось в безликую формальную процедуру, а осуществлялось в процессе заинтересованного общения врача и больного: беседы, разъяснения, убеждения, поиски компромиссов с учетом индивидуальных предпочтений. Нельзя забывать и о том, что информирование пациента приобретает этический смысл в контексте принципов уважения автономии, непричинения вреда и благодеяния. Поэтому если пациент знает о своем праве на получение медицинской информации, но добровольно отказывается от него по тем или иным причинам (не проявляет интереса, боится неприятных известий, полностью доверяет врачу), если информирование может причинить пациенту существенный морально-психологический вред или если обстоятельства требуют неотложного медицинского вмешательства с целью ликвидации непосредственной угрозы жизни и здоровью больного, то ограничение информации считается этически оправданным. Таким образом, исключения из правил информированного согласия допускаются:

- при сознательном отказе пациента от информации («право не знать»)
- при высокой вероятности того, что информирование причинит пациенту вред
- при необходимости оказания экстренной помощи.

• Компетентность пациента в принятии решения. Непременным условием добровольности психиатрической помощи является так называемая компетентность пациента. Имеется в виду не наличие специальных медицинских познаний, а способность принимать решения относительно предлагаемых медицинских мер. Понятие компетентности объединяет такие психологические характеристики индивида, как способность воспринимать информацию, предоставляемую врачом; способность реалистически оценивать свое состояние, а также степень риска, преимущества и альтернативы предлагаемой помощи; способность делать вывод, основанный на разумных мотивах, осознавать его возможные последствия. Ввиду специфики психической патологии, затрагивающей в той или иной мере указанные способности, понятие компетентности пациентов психиатрических учреждений подлежит уточнению. Границы компетентности психически больных установлены законом. Лица, не достигшие возраста 15 лет, а также признанные судом недееспособными, не являются компетентными в принятии решений относительно психиатрической помощи; такие решения за них принимают их законные представители. Данные ограничения действуют постоянно до тех пор, пока не изменится правовое положение лица (пока оно не достигнет возраста 15 лет или не будет вновь признано судом дееспособным). Другое ограничение, установленное законом РФ о психиатрической помощи, носит более частный характер. Речь идет о наличии у пациента к моменту оказания помощи тяжелого психического расстройства. И хотя закон не использует термина «некомпетентность» применительно к тяжелому психическому расстройству, по смыслу и возможным правовым последствиям ясно, что эти понятия сопряжены друг с другом, так как наличие тяжелого психического нарушения является одним из оснований для оказания больному помощи без его согласия (или независимо от его согласия). Иные ограничения

компетентности пациента законом не предусмотрены. Следовательно, с известной долей условности можно говорить о «презумпции компетентности», которая означает, что пациент считается способным принимать решения относительно предлагаемой психиатрической помощи, если противное не доказано в установленном законом порядке.

Таким образом, сам факт психического расстройства не исключает способности пациента принимать решения по существу вопроса и не освобождает врача от обязанности считаться с мнением больного. Отсутствие тяжелого психического нарушения свидетельствует о компетентности дееспособного пациента, т.е. о значимости выраженного им согласия либо отказа. К сожалению, четких критериев компетентности, как и тяжести расстройств, не выработано. Заметим, что при оценки компетентности пациента нельзя опираться только на «правильность» принимаемого им решения. В конце концов каждый человек вправе распоряжаться и рисковать своим здоровьем, чему имеется масса примеров (курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, занятие опасными видами спорта, работа на «вредных» предприятиях и т.д.) это положение давно усвоено врачами общей практики: больной, например, гастритом или стенокардией, не желающий следовать рекомендациям врача, не может быть принужден к лечению как «некомпетентный» на том лишь основании, что его позиция «неправильна», не совпадает с позицией врача. То же можно сказать и о большинстве лиц с психическими расстройствами. Важно, чтобы мотивация риска не была патологической и чтобы способность пациента принимать решения не была нарушена психическим расстройством настолько, чтобы причинить серьезный ущерб ему самому и окружающим.

Необходимо подчеркнуть, что компетентность пациента – понятие относительное, не имеющее однозначной связи с клиническим состоянием. Стандарты компетентности могут варьировать в зависимости от целей и обстоятельств оказания психиатрической помощи. В психиатрической практике возможны ситуации, когда один и тот же пациент считается компетентным при даче согласия на освидетельствование, но признается некомпетентным при отказе от госпитализации и лечения. Поэтому при определении компетентности нужно учитывать:

- психический статус больного
- характер предлагаемой врачом помощи
- характер и мотивы принимаемого пациентом решения (согласие\отказ)
- соотношение пользы и риска (вероятного вреда).

Как и в отношении информирования пациента. Здесь усматривается аналогичная корреляция: чем сложнее психиатрическое вмешательство, чем рискованнее оказание (неоказание) психиатрической помощи, тем выше требования к уровню компетентности пациента, принимающего добровольное решение. Вообще информирование и компетентность взаимосвязаны и взаимообусловлены. С одной стороны, объем предоставляемой пациенту информации зависит от способности к ее восприятию и оценки, с другой стороны, адекватное информирование может повысить уровень компетентности.

Указанные обстоятельства играют важную роль в подходе к пациентам, находящимся на границе компетентности вследствие признаков психоза или слабоумия. Опыт подсказывает, что многие из них самостоятельно обращаются к психиатрам, понимают характер болезненных проявлений. Способны оценить пользу от психиатрического лечения, и потому их согласие на получение психиатрической помощи можно считать осознанным и добровольным. В то же время при заключении о компетентности больных названной категории главное – соблюдать меру и не опускать фальсификации клинических фактов. Признание относительности понятия компетентности не оправдывает произвольного манипулирования им в угоду тотальному патернализму. Типичным выражением подобной позиции является формула «все, кто не возражает против психиатрической помощи компетентны, все, кто возражает - нет». На практике такая позиция ведет к двум крайностям: с одной стороны, в разряд «добровольцев» зачисляются даже больные со спутанностью сознания, глубокой деменцией и т.д., с другой стороны, пациентам, отказывающимся от помощи, приписывают «тяжелые психические

расстройства», требующие недобровольного вмешательства. В обоих случаях налицо нарушение профессионально-этических и правовых норм.

Особого внимания заслуживают несовершеннолетние пациенты, которые по закону лишены права принимать самостоятельные решения не вследствие тяжелых психических расстройств, а по причине возраста. Несмотря на то, что юридически они считаются компетентными, с этической точки зрения было бы правильно относиться к ним, насколько это возможно, как к компетентным лицам, способным понимать происходящее и иметь свое мнение. Встречаются ситуации, когда мнению ребенка, а тем более подростка, следует придать большее значение, чем иным факторам (например, при проведении обследования, выборе методов лечения и т.д.).

Описанные выше пять условий добровольности должны рассматриваться в совокупности. Несоблюдение хотя бы одного из них отрицает или ставит под сомнение добровольный характер оказания помощи данному пациенту.

Добровольность оказания психиатрической помощи имеет свои границы, обусловленные характером психических расстройств. В связи с этим этика и закон пытаются сбалансировать право пациента на автономию и право на защиту от опасности и ущерба, которых они не могут избежать без посторонней помощи, оказываемой, в частности, не добровольно. Вернемся к положению российского этического кодекса: *«никакое психиатрическое вмешательство не может быть произведено против или независимо от воли пациента, за исключением случаев, когда вследствие тяжелого психического расстройства пациент лишается способности решать, что является для него благом, и когда без такого вмешательства с высокой вероятностью может последовать серьезный ущерб самому пациенту или окружающим. Применение психиатром в этих случаях недобровольных мер необходимо и морально оправдано, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости»* (Кодекс профессиональной этики психиатра, статья 7).

Итак, для оказания психиатрической помощи против или независимо от воли пациента необходимы следующие основания:

1. некомпетентность пациента вследствие тяжелого психического расстройства.
2. Обусловленная этим же расстройством высокая вероятность серьезного ущерба для больного и окружающих.

Понятие некомпетентности раскрывалось выше. Понятие серьезного ущерба определено в законе о психиатрической помощи, как:

- Непосредственная опасность пациента для себя и окружающих или
- Его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности, или
- Существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

Наибольшие трудности возникают при толковании критерия опасности. В понятие «опасность для себя» включают опасность совершения самоубийства или нанесения самоповреждений. В понятие «опасность для окружающих» включают опасность убийства, нанесения телесных повреждений, опасность для здоровья других лиц, в том числе в результате пренебрежения своими обязанностями пред лицом, доверяемым пациенту на попечение, реже угрозу всеобщей безопасности людей и имущества. Вообще чем больше число критериев, помимо опасности, выделяется в составе понятия ущерба, тем меньше сфер применения критерия опасности. Так, например, по закону о психиатрической помощи опасность не обеспечения надлежащего ухода за собой либо пренебрежение физическим заболеванием скорее относится к критерию беспомощности, а опасность для психического здоровья пациента либо его так называемой социальной гибели – к критерию «существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния...».

Основания и порядок применения недобровольных мер при разных видах психической помощи подробно регламентированы законом. Остановимся на некоторых моментах, важных с этической точки зрения.

Во-первых, недобровольными считаются медицинские меры, применяемые не только к пациентам, возражающим против психиатрического вмешательства, но и тем, кто неспособен понять происходящее. Если в первом случае больной (например, с систематизированным бредом) после получения необходимой информации намерено не дает согласия на психиатрическую помощь или выражает отказ от нее, то во втором случае мнения больного вообще не спрашивают и информации ему не предоставляют ввиду явной нецелесообразности таких действий (например, при помрачения сознания или глубоком слабоумии). Указанные различия отражают различия в механизмах и степени некомпетентности пациентов, что необходимо учитывать при осуществлении недобровольной помощи.

Во-вторых, наличие показаний для недобровольной помощи не только дает врачу право на психиатрическое вмешательство, но и обязывает его к этому. Являясь исключением из общего правила добровольности, недобровольная помощь не исключается из сферы морали. А имеет серьезные этические основания: защита пациентов от опасности, которой они подвергаются вследствие болезни; обеспечение из прав на получение адекватной медицинской помощи, на восстановление здоровья и благополучия; защита общества от опасных действий психически больных. Психиатр, оказывающий недобровольную помощь, выполняет свой профессиональный долг, как и любой врач в любой медицинской ситуации.

В-третьих, характер и продолжительность применяемых недобровольных мер должны соответствовать вызвавшим их причинам и не выходить за пределы необходимости. Из разрешенных законом недобровольных мер (недобровольное освидетельствование, установление диспансерного наблюдения, недобровольная госпитализация и лечение в психиатрическом стационаре, применение физического стеснения и изоляции) в каждом индивидуальном случае и в каждый данный момент времени следует выбирать только те, которые при наименьшем ограничении, наименьшем насилии достаточны для оказания адекватной помощи больному. Переход от большего принуждения к меньшему и от недобровольной помощи к добровольной даже в трудных клинических ситуациях следует рассматривать как вероятную и желательную перспективу.

Отдельного рассмотрения заслуживают случаи отказа больных от психиатрической помощи, целесообразность которой не вызывает у врача сомнений. Такой отказ представляет собой нежелательное явление, поскольку может привести к нежелательным последствиям: обострению и прогрессированию психических расстройств, нарастанию их тяжести и продолжительности, увеличению частоты приступов, существенному снижению вероятности благоприятного исхода, нарушению социальной адаптации, к временной или стойкой утрате нетрудоспособности и т.п. В данной ситуации, согласно закону о психиатрической помощи, врач может поступить двояко: либо принять отказ, уважая право пациента на добровольное решение, если оно исходит от компетентного лица, способного понимать последствия своего действия, либо вопреки желанию больного оказывать ему помощь в недобровольном порядке, если на то имеются законные основания. Но прежде чем принять то или иное решение, врачу следует выяснить мотивы отказа. Это даст ему дополнительную возможность оценить уровень компетентности пациента и откроет путь к поиску согласия.

Причины отказа больного от психиатрической помощи могут быть вполне реальными: например, недостаточная информированность о состоянии психического здоровья, о течении болезни, о условиях и методах лечения; опасение получить «ярлык» психически больного, оказаться на учете у психиатров, подвергнуться социальным ограничениям, потерять уважение окружающих; негативное отношение к лекарственной терапии вообще или к назначенному препарату в частности; боязнь побочных явлений и осложнений, особенно при наличии собственного печального опыта; страх возникновения зависимости от психотропных препаратов; нежелание терпеть неудобства, связанные с пребыванием в психиатрической больнице; неуверенность в спехе лечения, наконец, недоверие к лечащему врачу или к данному лечебному учреждению. Отказ от психиатрической помощи по перечисленным мотивам в большинстве случаев удастся избежать благодаря активной, профессионально грамотной и

добросовестной работе врача с пациентом и его ближайшим окружением, т.е. посредством налаживания отношений терапевтического сотрудничества.

Умение установить контакт, объяснить, предупредить, успокоить, убедить составляет искусство проведения беседы как при получении согласия больного на лечение, так и в процессе преодоления отказа от помощи. Чем лучше владеет психиатр этим искусством, тем меньше вероятность отказа. Важно только, чтобы в числе средств влияния на пациента не было насилия, угроз и обмана. Если же доводы врача не приводят к желаемому результату, то врачу остается лишь признать свое поражение и принять добровольный отказ, как того требует закон. *«Отсутствие законных оснований для применения недобровольных мер к пациенту, психическое состояние которого вызывает у психиатра опасения, не освобождает психиатра от моральной обязанности искать другие возможности и действовать ненасильственным путем. Отказ такого пациента от психиатрической помощи остается на совести врача»* (Кодекс профессиональной этики психиатра, статья 7).

Следовательно, альтернативой насилию является не пассивность и самоустранение врача, а тактика «активного ненасилия», поиск взаимопонимания, мобилизация всех имеющихся ресурсов.

Иная тактика допустима лишь при наличии у больного тяжелых психических расстройств, когда мотивы его отказа от помощи носят патологический характер (бред, анозогнозия и т.п.) и когда отсутствие медицинской помощи чревато серьезным ущербом для самого больного и окружающих. Тогда применяются недобровольные меры и отказ больного преодолевается принуждением.

Помимо недобровольных мер, применяемых в общей практике в соответствии с законом о психиатрической помощи, существуют так называемые принудительные меры медицинского характера (обследование, лечение), относящиеся к области судебной психиатрии. Они применяются по решению суда (или иного уполномоченного на то органа) к психически больным, совершившим общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленном уголовным и уголовно-процессуальным законодательством. Психиатр в таких случаях является исполнителем воли суда, что не лишает его моральной ответственности и права на собственное мнение. Однако спектр возможных действий психиатра здесь более ограничен и жестко определен законом. *«В особых случаях, когда на психиатра возлагается обязанность осуществления принудительного освидетельствования или иных принудительных психиатрических мер по решению суда или иного полномоченного на то органа, психиатр может осуществлять эти меры в строгом соответствии с требованиями закона. Если же психиатр считает, что для применения принудительных мер отсутствуют медицинские показания, то его моральный долг – сообщить об этом органу, принявшему соответствующее решение»* (Кодекс профессиональной этики психиатра, статья 7).

ЛИТЕРАТУРА.

1. Биомедицинская этика под редакцией Покровского В.И. \ М. Медицина, 2007г.
2. Тихоненко В.А., Румянцева Г.М. О нравственной ответственности психиатров перед обществом Сборник. – 2005
3. Покуленко Т.А. Основы профессионально этики в психиатрии (принципы, нормы, механизмы) 2010
4. Право и психиатрия. – М. 2009
5. Кодекс профессиональной этики психиатра //журнал социальной и клинической психиатрии. – 2015
6. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. –М.– 2014.
7. Тихоненко В.А., Шишков С.Н., Иванюшкин А.Я., Покуленко Т.А. Правовые и этические проблемы психиатрии – «Биоэтика: проблемы и перспективы». – М. – 2010