

Глава XII

Этические проблемы оказания психиатрической помощи

Этимология слова "психиатрия" (от греч. "psyche" - душа, "iatros" - врач) адекватно отражает главную цель профессиональной деятельности психиатра - врачевание психических расстройств, компетентную и умелую помощь прежде всего душевно больным людям, но также и всякому человеку, нуждающемуся в такой помощи. Из всех медицинских дисциплин психиатрия в наибольшей степени имеет дело с человеком в целом, с учетом его биологической, психической, духовной и социальной составляющих. Признанный глава отечественной психиатрической школы С.С. Корсаков писал в прошлом веке: "Психиатрия из всех медицинских наук наиболее близко ставит нас к вопросам философским". Соответственно, этические вопросы, возникающие в практике оказания психиатрической помощи, весьма многообразны и подчас чрезвычайно трудны.

1. Патернализм и антипатернализм в истории психиатрии

Традиция осмысления *дилеммы патерналистского и непатерналистского подходов* в психиатрии во многом предвосхищает современную биоэтику. Патерналистское начало сыграло чрезвычайно важную роль в истории психиатрии. С утверждением патерналистских взаимоотношений врача и психически больного связано, во-первых, самоопределение самой психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины, а во-вторых, формирование отношения общества к "помешанным" как к больным людям. До этого отношение к ним в западноевропейских странах было по преимуществу полицейским.

Отношение к помешанным как к больным людям начинает устанавливаться почти одновременно во Франции и в Англии - в самом конце XVIII в. Главная заслуга в том, что "сумасшедшие были подняты до достоинства больных", принадлежит французскому ирачу Филиппу Пинелю, который в 1793 г. буквально снял цепи с душевнобольных в парижской государственной больнице Бисетр. Его реформа психиатрии сразу же оказалась апофеозом врачебного патернализма. Пинель прямо сравнивает своих пациентов с детьми, а созданный им тип психиатрической больницы - с семьей. Патернализм Пинеля - это не только этическая позиция, но и суть его терапевтического метода, так называемого "нравственного лечения", в применении которого исключительная роль принадлежит врачу - его нравственному и физическому совершенству. Своих пациентов Пинель "учит свободе" и даже "принуждает к свободе". Идея "принуждения к свободе" сочетается у него с допустимостью в отношении некоторых больных (тех, кто "одержим слепой яростью") разумных мер стеснения при помощи "камзола" (смирительной рубашки) и временной изоляции.

Спустя 50 лет английский врач Джон Конолли углубляет собственно этический аспект врачебного метода Пинеля и предлагает исключить в отношении душевнобольных любые меры стеснения. Спор вокруг предложенной Конолли системы "No restraint" ("Никакого стеснения") стал общеевропейским. Этот исторический спор оказался глубоко символическим, чреватый существеннейшими последствиями, однако основы доктрины врачебного патернализма им никак не были затронуты. Более того, патерналистская модель психиатрической помощи преобладала во всем мире вплоть до середины XX в.

Предвестником *кризиса врачебного патернализма* в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в 50-е гг. XX в. В 1955 г. комитет экспертов ВОЗ высказался за необходимость расширения лечения психически больных без изоляции от общества. В 60 - 70-е годы в психиатрии США активно проводится новая политика - политика де-институционализации психически больных, то есть отказа от принудительного содержания их в психиатрических больницах. Основная причина нововведений заключалась в широком применении к тому времени психотропных средств, в результате чего в психиатрических больницах стали скапливаться больные, которых в силу сложившихся традиций не выписывали из больницы, но которые, по сути дела, уже не нуждались в стационарном лечении. Старые психиатрические больницы критиковались за их огромные размеры, за удаленность от мест постоянного проживания большинства пациентов, но в особенности за общую направленность деятельности, ориентированной больше на призрение и опеку, чем на лечение и реабилитацию больных. Ярким эпизодом в достаточно широком движении за

защиту прав психически больных стал знаменитый фильм М. Формана "Пролетая над гнездом кукушки".

Однако *антигоспитальное движение* имело и другую сторону. В США широкомасштабное, в рамках всей страны, движение за психиатрию "без больничной койки" привело к массовому закрытию государственных психиатрических больниц. Это породило немало негативных социальных последствий. За счет душевнобольных пациентов резко выросло число бездомных и бродяг. Акцент на краткосрочную госпитализацию имел следствием рост случаев регоспитализации ("парад одних и тех же лиц").

Основное негативное следствие политики деинституционализации заключалось в том, что новая система психиатрической помощи оказалась не способной обеспечить квалифицированной медицинской помощью наиболее тяжелый контингент больных. В последние годы в США получили развитие различные формы психиатрической помощи - частичная госпитализация, психиатрическое обслуживание в больницах общего типа и т. д. В контексте этой эволюции некоторый возврат к идее больничной психиатрии представляется показательным - тем самым патерналистская этическая доктрина в психиатрии в определенном смысле устояла.

Одновременно в 60-е годы в Европе, а затем и в Америке вокруг психиатрии разворачивались, может быть, еще более драматические события, тоже по-своему предвосхитившие некоторые сюжеты и концепции биоэтики. Речь идет о *движениях антипсихиатров*, утверждавших, что "психических болезней" не существует, а имеют место "микросоциальные кризисные ситуации"; что психиатрический диагноз (в основном имелся в виду диагноз "шизофрения") - это "социальный ярлык"; что психически больных нет, а есть лишь "анормальные индивиды", которых общество с помощью психиатров изолирует; что психиатрия - не наука, что психиатры - не врачи, а "полицейские в белых халатах".

В практической программе антипсихиатров акцент ставится на устранение любых "иерархически-репрессивных черт жизни больниц, обучение персонала "новым ролям", а больных - новому пониманию "своего кризиса". Реальные антипсихиатрические эксперименты (в Великобритании, ФРГ и других странах) прежде всего разрушали институциональный порядок психиатрических больниц, отменяли использование психотропных, седативных средств. Некоторые антипсихиатры не считали необходимым препятствовать человеку даже в его стремлении к самоубийству.

Идеологи антипсихиатрии называли инициированное ими движение "третьей революцией в психиатрии", считая первой движение против "процессов ведьм" в XVI-XVII вв., а второй - "реформу Пинеля". Антигоспитальное и антипсихиатрическое движения стали предтечей действительно радикальных изменений в психиатрии в 70 - 80-е годы, когда социальный контекст оказания психиатрической помощи стал в основном определяться идеей защиты гражданских прав душевнобольных. В нашей стране эти изменения прежде всего нашли отражение, во-первых, в Федеральном Законе "О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании" (1993 г.) и, во-вторых, в "Кодексе профессиональной этики психиатров" (принят Российским обществом психиатров в 1994 г.).

2. Этическое и правовое регулирование в сфере психиатрии

Важно подчеркнуть, что содержание принципов и многих норм современной этики в психиатрии имеет международное признание. Такие документы, как "Свод принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи", подготовленный в 1990 г. одной из комиссий по правам человека ООН, как "Гавайская декларация", принятая в 1977 г. и пересмотренная в 1983 г. Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) и др., определяют минимальные этические стандарты в работе каждого психиатра.

Первый из основных этико-правовых принципов защиты психически больных лиц, как он сформулирован в вышеназванном документе ООН, гласит: *"Ко всем лицам, страдающим психическим заболеванием, следует относиться гуманно и с уважением к достоинству человеческой личности"*. Душевнобольные - особо уязвимая социальная группа. В контексте правозащитной идеологии лица с психическими расстройствами имеют нечто общее с добровольцами, на которых испытываются новые лекарственные средства, с "детьми из пробирки", с донорами и реципиентами в практике трансплантации и т.д. - уважение к их

личному достоинству, защита их гражданских прав требует особых социальных (правовых, профессионально-этических и т.д.) гарантий. Попробуем задаться таким вопросом: что должно быть запрещено в цивилизованном обществе в отношении душевнобольных людей? В самом общем виде ответ будет таким: стигматизация (то есть использование по отношению к данному индивиду оскорбительного ярлыка, такого, например, как "псих"), социальное отчуждение, неоправданное ограничение прав, презрительное или пренебрежительное отношение, любые другие формы унижения человеческого достоинства душевнобольных не только безнравственны, но и подлежат во многих случаях правовым оценкам и санкциям.

"Женевская декларация" ВМА (1948 г.) предписывает каждому врачу *не допускать* никакой *дискриминации пациентов*. Среди всех возможных видов дискриминации отдельных групп больных (в связи с полом, возрастом, вероисповеданием, этнической или национальной принадлежностью и т.д.) необходимо выделить дискриминацию пациентов, связанную с самой болезнью или недееспособностью, что особенно актуально в психиатрии. Проявления дискриминации душевнобольных при оказании им медицинской помощи могут быть: 1) преимущественно моральными; 2) преимущественно социальными.

Относительно первого из этих пунктов отечественный "Кодекс профессиональной этики психиатра" предписывает: "Унижение психиатром человеческого достоинства пациента, негуманное, немилосердное отношение к нему являются грубейшими нарушениями профессиональной этики".

Из всех многочисленных встречающихся в современном обществе форм социальной дискриминации душевнобольных мы здесь укажем всего лишь на одну, очень тесно связанную с врачебной этикой. В нашей стране при общей скудости средств, выделявшихся на здравоохранение, психиатрические службы даже в этих рамках финансировались в течение десятилетий "по остаточному принципу". Например, за годы советской власти в Ленинграде не было построено ни одной психиатрической больницы. А в 1992 г. было принято решение российского правительства, отменившее существовавший перед этим в течение 40 лет порядок бесплатного обеспечения лекарствами душевнобольных, если они не являются инвалидами 1-й и 2-й групп.

3. Недобровольная госпитализация психически больных

Наибольшим морально-этическим напряжением при оказании психиатрической помощи характеризуются ситуации, когда врач-психиатр принимает решение о *применении мер медицинского характера в недобровольном порядке*. Вплоть до середины XX в. недобровольная госпитализация подавляющей части душевнобольных считалась общепринятой социальной нормой. Как писал в прошлом веке английский психиатр Т. Модели: "Помешанные общим голосом общества исключаются из среды человечества".

Современный подход к недобровольному лечению психически больных был обозначен в 1954 г., когда комитет экспертов ВОЗ по психическому здоровью определил госпитализацию социально опасных лиц с психическими расстройствами через суд как унизительную для них и их родственников. Дело в том, что существовавшее тогда во многих странах законодательство, регламентировавшее недобровольное лечение, копировало модель уголовного судопроизводства. В 1959 г. в Англии был принят закон о психическом здоровье, в котором, по сути дела, в полном объеме вводился современный принцип добровольности оказания психиатрической помощи, в том числе отменялись юридические процедуры перед стационарированием психически больных. Согласно этому закону, принцип госпитализации в психиатрии должен быть таким же, как и в других областях медицины. Недобровольная госпитализация - всего лишь "особый случай" в медицине.

К 1987 г. в большинстве европейских стран, а также в США и Канаде более 90% помещений в психиатрические стационары осуществлялось на добровольной основе. Нельзя не согласиться с мнением: "Когда медицинская помощь оказывается качественно, когда доброжелательна обстановка в стационаре, пациента, как правило, не требуется ни к чему принуждать".

Получение согласия компетентных больных в каждом случае назначаемого психиатрического лечения является краеугольным камнем всей современной системы оказания помощи душевнобольным. Уже юридическая сторона получения информированного согласия на психиатрическое лечение выделяет эту дисциплину из ряда других клинических

дисциплин. Во-первых, в психиатрии согласие больного на лечение обязательно должно быть оформлено письменно. Во-вторых, основные требования этики к получению согласия на лечение больного в психиатрии нашли закрепление в законе: "Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах". Далее в законе говорится, что согласие за некомпетентных больных (несовершеннолетние до 15 лет и лица, признанные в законном порядке недееспособными) дают их законные представители.

Если говорить только о компетентных пациентах, то необходимо подчеркнуть следующую своего рода этическую аксиому: *наличие каких-то психических расстройств у больного совсем не противоречит его способности дать добровольное, осознанное согласие на лечение*. Несмотря на то, что в практике врача-психиатра элемент патерналистского отношения к больным гораздо более выражен, чем у других врачей-клиницистов, получение *добровольного согласия* больного на лечение не должно здесь никогда сопровождаться обманом, угрозой или тем более - насилием.

Чтобы полученное согласие больного на предлагаемое ему лечение отвечало также *критерию осознанности*, врач-психиатр должен разрешать подчас самые различные морально-этические коллизии. Учитывая некоторые из таких коллизий, специалисты рекомендуют при информировании больных о характере имеющихся у них психических расстройств непременно учитывать психотерапевтический момент. Они считают, что доказывать больному, что он "сошел с ума", безусловно недопустимо. При получении согласия на лечение врачу предпочтительнее использовать более нейтральную лексику: "нервное расстройство", "тяжелое нервное расстройство", "навязчивые идеи с тенденцией возникновения бреда", "обманы восприятий". В общении с больными с приступообразным течением болезни, которые в период ремиссии критично относились к своим болезненным переживаниям, допустима более открытая информация: "вновь развился приступ психоза", "снова возник бред" и т.д.

Особый вопрос - *сообщение больному информации о диагнозе*. Закон не обязывает врача-психиатра при получении согласия на лечение непременно сообщать больному его диагноз. Если диагноз не вызывает у больного категорического неприятия или выраженных отрицательных эмоций, то врач вполне может обсудить с больным этот вопрос (причем не только такие диагнозы, как "невроз", "психопатия", "депрессия", "эпилепсия", но и "шизофрения", "маниакально-депрессивный психоз" и т.д.). Обсуждая другой очень важный для больного вопрос - о продолжительности лечения, врач должен быть с ним правдивым, избегая излишней категоричности.

Принцип добровольности при оказании медицинской помощи включает в себя *право больного на отказ от медицинского вмешательства*. Это право пациента закрепляется ст. 12 Закона РФ "О психиатрической помощи". Ограничение права больного или его законных представителей на отказ от лечения допускается лишь в строго и четко оговоренных случаях.

Предоставление психически больным гарантированного законом права на отказ от лечения порождает новые морально-этические дилеммы. В литературе ведутся дискуссии по поводу "специфического ограничения" правоспособности душевнобольных, когда пациент может быть признан сохранившим другие гражданские права, но одновременно - утратившим "право отказа от лечения". Дело в том, что у некоторых душевнобольных может быть нарушена преимущественно способность суждения о болезни - феномен так называемой анозогнозии.

В ст. 29 Закона РФ "О психиатрической помощи" определяются необходимые и достаточные условия, допускающие *госпитализацию* определенных категорий *душевнобольных без их добровольного согласия*. Во-первых, речь идет о психопатологических состояниях, которые закон определяет как "тяжелые психические расстройства". Во-вторых, предусмотрены случаи, когда обследование и лечение больного возможно только в стационарных условиях (то есть амбулаторное лечение исключено). В-третьих, состояние больного должно иметь хотя бы одну из следующих трех характеристик:

- а) больной представляет непосредственную опасность для себя или(и) окружающих;
- б) больной беспомощен, то есть неспособен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) психическое состояние больного таково, что оставление его без психиатрической помощи нанесет существенный вред его здоровью.

В строгом смысле понятие "*недобровольные* психиатрические меры" следует отличать от понятия "*принудительные* меры медицинского характера" ("принудительное психиатрическое лечение"). Последнее понятие тоже отражает применение лечения без согласия (попреки согласию) больного. Однако речь при этом идет о душевнобольных, совершивших общественно опасные деяния. Согласно российскому законодательству, принудительное лечение назначается и проводится по решению суда (ст. 58 УК РФ, ст. 13 Закона РФ "О психиатрической помощи").

4. Принцип "не навреди" в психиатрии

Как отмечалось выше, современная европейская психиатрия ведет свою историю от "реформы Пинеля". Снятие Пинелем цепей с психически больных, "No restraint" Д.Конолли, система "открытых дверей" в европейской психиатрии второй половины XIX в. - все это этапы гуманизации психиатрического дела. Общая тенденция, объединяющая названные этапы, нашла наиболее полное выражение в современной норме оказания психиатрической помощи - выборе "*наименее ограничительной альтернативы*". В соответствии с этическим принципом "не навреди" эта норма признает необходимость причинения пациенту вреда, но предполагает минимально возможную его степень.

В свете названной нормы нуждается в коренном переосмыслении, в частности, предназначение психиатрического стационара. Его функцией должно быть не только лечение душевнобольных и изоляция тех из них, кто представляет опасность для себя или окружающих, но и удовлетворение множества разумных потребностей получающих здесь медицинскую помощь пациентов с учетом гарантий их гражданских прав. Сами же меры изоляции могут применяться лишь в соответствии с формулой "минимальной достаточности". Согласно требованиям современной медицинской этики, применение мер изоляции и стеснения допустимо лишь при "включенном счетчике времени", при условии "этического мониторинга", непрерывно подтверждающего, что другой разумной альтернативы в данном состоянии больного просто нет. Реальный опыт применения нормы "наименее ограничительной альтернативы" в психиатрии позволяет отдельным современным авторам формулировать предельный вариант своего рода категорического императива: "Никто не может быть изолирован на срок свыше нескольких дней, обычно же изоляция должна длиться лишь несколько минут или часов".

Требование "наименее ограничительной альтернативы" в психиатрии является, как уже говорилось, конкретным выражением одного из принципов биоэтики - принципа "не навреди". Применение этого принципа при оказании психиатрической помощи имеет много специфических особенностей.

Схематически ущерб и вред, которыми чревата психиатрическая практика, можно свести к следующим видам:

1. *Принуждение*. Диапазон мер принуждения в психиатрии очень широк - от безобидных ситуаций недобровольного освидетельствования психиатром (например, в некоторых случаях экспертизы трудоспособности) до принудительного введения лекарств или принудительного кормления.
2. *Социальные ограничения и запреты*, которые прежде всего касаются выполнения психически больными отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, не являющейся профессиональной, но связанной с источником повышенной опасности.
3. *Отчуждение*, которое, как правило, присуще отношению современного общества к душевнобольным. Факты обращения к психиатру или пребывания в психиатрическом стационаре ("на учете" в диспансере), психиатрические диагнозы, ставшие известными посторонним - все это становится в оценках обывателей "ярлыками", стигматизирующими психически больных, унижающими их человеческое достоинство, создающими вокруг них эмоциональную изоляцию, способствующими их дискриминации и эксплуатации.
4. *Собственно моральный вред*, причиняемый душевнобольным врачами или медперсоналом, проистекает из нарушения медиками профессиональных этических

норм - конфиденциальности, правдивости, невмешательства в личную жизнь и т.д. В частности, в своей психотерапевтической работе психиатр не должен забывать об опасности нанесения пациенту вреда через навязывание ему своих убеждений и ценностей.

5. *Вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями.* Нанесением вреда больному чреват не только такие небезопасные методы исследования, как спинномозговая пункция, пневмоэнцефалография, контрастная ангиография и т.д., но и генетические, эпидемиологические методы исследования (например, генеалогический метод может привести к актуализации чувства вины у близких родственников больного).

Здесь уместно напомнить, что в истории терапии душевных болезней имеются самые разные страницы, в том числе и так называемая "механизированная психотерапия" немецких психиатров первой половины XIX в. Особо примечательны средства, причиняющие боль: жгучие втирания, нарывные пластыри, прижигание железом, а то и просто применение плетки. Применение в целях лечения психических расстройств "механизированных методов", методов психирургии, "шоковых" методов и последующий отказ от такой терапии или значительное сужение показаний к ней лишней раз подтвердили особую актуальность в психиатрии этического принципа "не навреди". Надо помнить, что современная практика применения психотропных лекарственных средств нередко сопровождается весьма серьезными побочными действиями - нарушениями двигательной активности, расстройством походки и т.д. По разным данным, в 0,4 -14% случаев лечения нейролептиками развивается грозный "нейролептический синдром", который иногда становится причиной смерти пациентов.

Область морали в собственном смысле есть область мотивации поступков, область нравственного выбора. Очевидно, что использование ограничения свободы и социальных санкций, применение показанных больному небезопасных методов исследования и терапии в психиатрии так же необходимы, как скальпель в хирургии. В согласии с принципом "не навреди" больному, моральный выбор в таких условиях должен быть "выбором меньшего зла". Практическое действие данного принципа в работе врача-психиатра дифференцируется в зависимости от клинической картины заболевания и главное - от тяжести состояния больного.

В отношении больных с тяжелыми психическими расстройствами (скажем, наличие психоза, олигофрении 2-ой и 3-ей степени) "меньшим злом" подчас оказывается причинение им не одного, а нескольких видов вреда - и изоляции, и недобровольного введения лекарственных средств, причем в таких дозах, когда побочные действия последних особенно велики, и т.д. Но при этом действия врача должны полностью соответствовать закону и должны следовать также важному этическому требованию, которое можно охарактеризовать как получение косвенного, "суррогатного" согласия больного на такого рода медицинское вмешательство. Например: после выхода из психоза больной одобряет решение врача, ставшее причиной его недобровольной госпитализации. Аналогичное одобрение выбора врача близкими больного может играть такую же роль лишь с учетом характера взаимоотношений между больным и его ближайшим окружением.

По отношению к некомпетентным одиноким душевнобольным критерием оправданности таких решений врача является его совесть. В таких случаях действенным оказывается известное еще из Евангелия "золотое правило нравственности": "Итак, во всем, как хотите, чтобы с вами поступали люди, так поступайте и вы с ними, ибо в этом закон и пророки". Очевидно, что в данном случае "согласие" за больного дает сам врач, предварительно поставив себя на его место.

5. О злоупотреблениях в психиатрии

С особой остротой при рассмотрении этического принципа "не навреди" в психиатрии встает вопрос о злоупотреблениях врачей и медперсонала. Основным нормативным актом медицинской этики по поводу злоупотребления психиатрией является уже упоминавшаяся "Гавайская декларация" ВПА. *Злоупотребления психиатрией есть использование этой клинической дисциплины, положения, полномочий и способностей врача-психиатра, а также персонала психиатрических учреждений, во зло, во вред больному или его близким - такова ее исходная позиция.* Использование во зло психиатрии подразумевает неподобающее

применение ее как знания, как специальных методов и средств, как особой системы социальных учреждений.

Злоупотребления психиатрией как знанием могут иметь самые разные аспекты. Наиболее серьезные из них связаны с *постановкой психиатрического диагноза*. Уже стало общепризнанным, что в 60-е - 80-е гг. XX в. в московской школе отечественной психиатрии (а может быть, и среди других наших психиатров) получила распространение гипердиагностика шизофрении. С этической точки зрения необходимо четко разграничить две группы ошибочных врачебных диагнозов такого рода (см. также гл. II). Первая группа - это диагностические врачебные ошибки, понимаемые как "добросовестные заблуждения". Вторая группа - это случаи, когда ошибочные диагностические заключения психиатров не просто неверно отражают состояние психического здоровья пациентов, но и обязательно обусловлены немедицинскими факторами. На VII Конгрессе ВПА (Афины, 1989 г.) в "Заявлении" Всесоюзного общества психиатров было официально признано, что в советской психиатрии "случались злоупотребления по причинам немедицинского, в том числе и политического характера".

Надо полагать, что здесь имелись и виду не только получившие широкую известность во всем мире дела правозащитников - "диссидентов" - биолога Ж. Медведева, генерала П. Григоренко и многих других, но и, так сказать, "локальные конфликты" граждан с представителями власти, заканчивавшиеся для первых недобровольной госпитализацией в психиатрическую больницу, хотя клинических оснований для этого не было. Моральная ответственность психиатров в таких ситуациях определяется мерой их ответственности за судьбу своих пациентов, а также - ответственностью за престиж своей профессии. Гарантией верности врача-психиатра профессиональному долгу и призванию является неукоснительное следование следующей норме российского "Кодекса профессиональной этики психиатра": "Диагноз психического расстройства не может основываться на несовпадении взглядов и убеждений человека с принятыми в обществе".

К сожалению, в истории немало и других примеров "*карательной психиатрии*". В 1836 г. император Николай I, прочитав первое "Философическое письмо" П.Я. Чаадаева, объявил автора "сумасшедшим", на основании чего к философу были применены меры "медико-полицейского надзора" - в течение года его ежедневно навещали врачи. Только "по особой милости царя" П.Я. Чаадаев не был посажен в сумасшедший дом. В XX веке германские психиатры оказались причастны к фашистским программам насильственной стерилизации и эвтаназии. Массовая форсированная стерилизация психически больных проводилась в фашистской Германии в 1936-1939 гг. А в 1939 -1941 гг. в заведениях, переоборудованных из больниц, десяткам тысяч человек после "критической оценки" их состояния и их болезни даровалась "мягкая смерть". Следует подчеркнуть, что приказ Гитлера, инициировавший акции эвтаназии, фактически положил начало и практике массовых убийств всех неугодных нацистскому режиму. В 60 - 80-х годах в Румынии, во время правления Чаушеску, в связи с партийными съездами, президентскими поездками или спортивными мероприятиями практиковалось насильственное помещение в психиатрические больницы не только душевнобольных, на тот момент не нуждавшихся в госпитализации, но и здоровых людей. Имели место тысячи случаев такого насильственного, клинически необоснованного интернирования в психиатрические больницы.

Начиная с принятия ВПА "Гавайской декларации", как международные, так и национальные эτικο-правовые документы содержат конкретные положения и нормы, *запрещающие* под видом лечения *применение психиатрических средств в немедицинских целях* (в частности, для наказания лиц, страдающих психическими расстройствами, или в интересах других лиц). Тем не менее в отечественной психиатрии вплоть до конца 80-х годов весьма нередко встречалось назначение сульфазина или нейролептиков не по клиническим показаниям, а в порядке наказания (допустим, за нарушение режима), - особенно красноречив факт зависимости назначаемой дозы медикамента от тяжести проступка. Сюда же следует отнести факты назначения снотворных, седативных средств - опять же не по клиническим показаниям, а, например, чтобы спокойнее прошло дежурство и т.п. Неудивительно, что "Гавайская декларация" была опубликована в нашей стране только в 1992 г. В настоящее время такое использование психиатрических средств и методов прямо запрещается ст. 10 Закона РФ "О психиатрической помощи" и, конечно, осуждается как несовместимое с врачебной этикой в отечественном "Кодексе профессиональной этики психиатра".

Рассмотрев злоупотребления психиатрией как знанием, перейдем к примерам *злоупотребления психиатром своим профессиональным положением*. Уже первый контакт психиатра с пациентом несет в себе возможность недобросовестного поведения врача. Далекое не случайно ст. 23 Закона РФ "О психиатрической помощи" гласит, что врач в такой ситуации обязан представиться пациенту в качестве психиатра. Это требование, Разумеется, не распространяется на случаи недобровольной госпитализации. Однако и здесь, если у больных сохранена ориентировка в окружающем и сознание не нарушено, по этическим соображениям сохранение психиатром инкогнито (по сути дела - обман пациента) неоправданно.

С точки зрения этики *психиатр не вправе*, пользуясь своим положением врача, *заключать имущественные сделки с пациентом, использовать его труд*. Допустим, лечащий врач хотел бы снять жилье, сдаваемое его пациентом, или нанять последнего для работы на своем дачном участке. Допустим также, что врач при этом соблюдает все требования закона и заботится о том чтобы заключаемые договора соответствовали общепринятым требованиям "финансовой справедливости". Юридически обе сделки возможны (разумеется, если пациент в установленном законом порядке не признан недееспособным), однако они противоречат профессиональной этике психиатра.

Мудрость этического запрета в таких случаях обнаруживается уже с житейской точки зрения: психически больные должны быть дополнительно защищены от угрозы ущемления их интересов, от покушения на их законные права. Этический запрет здесь как бы предупреждает возникновение бытовой ситуации, когда врач, снимающий квартиру больного, именно поэтому не будет торопиться с выпиской последнего. Если же этот аргумент в каком-то случае утратит свою силу (обычный случай: истинный врач просто не допустит, чтобы немедицинские соображения определяли решение вопроса о выписке больного), этический запрет продолжает действовать в силу одного лишь морального долженствования. То есть в силу того, что допущение (и тем более - моральное оправдание) имущественных сделок психиатра с пациентом или использования первым труда второго так или иначе подвергают эрозии идеал призвания медицины, оказывают деформирующее влияние на морально-этическую сторону взаимоотношений врача и пациента (врачей и пациентов вообще), "засоряют" моральную атмосферу медицинских учреждений.

Важнейшим фактором, определяющим предупреждение злоупотреблений психиатрией, является *профессиональная независимость врача-психиатра*. Проблема профессиональной независимости врача имеет как морально-этическое, так и социальное (в том числе правовое) измерение. В известной "Лиссабонской декларации о правах пациента" (1981 г.), в частности, говорится: "Пациент имеет право получать помощь врача, независимого от посторонних влияний в своих профессиональных медицинских и этических решениях". В 1986 г. ВМА принимает "Декларацию о независимости и профессиональной свободе врача", где прямо говорится: "Профессиональная свобода врача предполагает свободу от постороннего вмешательства в лечебный процесс. Всегда и везде следует охранять и защищать независимость профессиональных медицинских и этических решений врача". В "Гавайской декларации" ВПА этот вопрос тоже занимает важное место: "Если пациент или какая-то третья сторона требует от психиатра действий, противоречащих научным знаниям или этическим принципам, то психиатр должен отказаться от сотрудничества". В российском "Кодексе профессиональной этики психиатра" четко формулируется: "Моральное право и долг психиатра - отстаивать свою профессиональную независимость. Оказывая медицинскую помощь, участвуя в комиссиях и консультациях, выступая в роли эксперта, психиатр обязан открыто заявлять о своей позиции, защищать свою точку зрения, а при попытках давления на него - требовать юридической и общественной защиты". В Законе РФ "О психиатрической помощи" имеется ст.21 "Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи", одной из норм которой гарантируется свобода независимого мнения того или иного врача-психиатра, когда оно не совпадает с решением врачебной комиссии.

6. Защита конфиденциальности психически больных

Применение нормы *конфиденциальности* (см. также гл. VI) в психиатрии тоже имеет немало особенностей. В условиях сохраняющейся и в современном обществе стигматизации душевнобольных особенно настоятельным является требование строжайшего соблюдения врачами и медперсоналом врачебной тайны при оказании психиатрической помощи. Ст. 9

Закона РФ "О психиатрической помощи", определяя объект врачебной тайны, называет сведения о фактах обращения за психиатрической помощью, о наличии психического расстройства, о лечении у психиатра, а также иные сведения о состоянии психического здоровья.

Субъектами врачебной тайны, то есть лицами, на которых распространяется обязанность не разглашать при оказании медицинской помощи конфиденциальную информацию, являются врачи, психологи, средний медперсонал, санитары, вообще все работники психиатрических учреждений (например, шоферы машин "скорой помощи"), а также студенты-медики, которым врачебная тайна может стать известной в учебном процессе. Охрана законом врачебной тайны является объективным требованием, которое не зависит от того, заботится ли сам больной об охране сведений о своем здоровье.

Морально-этические коллизии, связанные с необходимостью сохранения врачебной тайны при оказании психиатрической помощи, бывают преисполнены подлинного драматизма. Приведем всего лишь один пример из тех, что были опубликованы недавно в прессе. Психиатры скрыли от жены больного, что ее муж страдает эндогенным психическим заболеванием. Спустя 10 лет (за это время и семье родился второй ребенок), когда прогрессирование болезни само собой убедило женщину, как тяжело болен ее муж, она пишет письмо постороннему врачу (как отклик на его популярную книгу о психиатрии): "... И вот недавно его снова положили в больницу. На этот раз меня было трудно обмануть. Врачи только подтвердили, что это не неврастения, а настоящее психическое заболевание (какое - мне не сказали). Что вышло из святой лжи врачей? Мне не мил белый свет, я не хочу жить. Страшно сознавать, но я хочу смерти мужа или своей... Если бы в 26 лет мне честно все сказали, я разошлась бы с мужем и устроила свою судьбу... Я хочу сказать, что ваша "святая ложь" все равно раскрывается. Сейчас я говорю: будьте вы прокляты со своей ложью!". Этот случай характерен тем, что здесь мы имеем дело с подлинной, жизненной моральной дилеммой - любое решение врача, с одной стороны, может быть обосновано соответствующей моральной нормой, но вместе с тем любой выбор будет и уязвимым с морально-этической точки зрения. (Из описания ситуации, правда, остается неясным, пытались ли врачи, первоначально установив диагноз, убедить пациента в том, чтобы он разрешил раскрыть эту информацию жене.)

7. Особенности проведения экспериментов на душевнобольных пациентах

Проведение научных исследований с участием пациентов или испытание на них новых медицинских методов и средств в психиатрии имеет дополнительные сложности. Рассмотрим наиболее трудные ситуации, когда душевнобольной не в состоянии, в силу имеющихся у него психических расстройств, дать осознанное, добровольное согласие на эксперимент. Первая редакция "Хельсинкской декларации" ВМА (1964 г.) допускала в таких случаях лишь исследования терапевтического характера, когда экспериментальное медицинское вмешательство с некоторой вероятностью могло бы помочь самому больному - при условии получения информированного согласия от его законного представителя. С учетом дополнений в "Хельсинкскую декларацию" в 1975 г. положительное решение этого вопроса относится уже и к исследованиям, проводимым с чисто научными целями: "В случае, если... психическая несостоятельность испытуемого не позволяет получить от него осознанное согласие..., согласие ответственного родственника заменяет согласие самого испытуемого, если это не противоречит национальному законодательству".

Сходные нормы содержит и "Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины", принятая в 1996 г. Советом Европы. Статья 17 Конвенции, посвященная защите лиц, не способных дать свое согласие на участие в исследованиях, предусматривает наличие письменного разрешения на участие со стороны их законных представителей, органов власти или учреждений, определенных на то законом. Кроме того, ожидаемые результаты исследования должны предполагать прямой благоприятный эффект для здоровья испытуемых; аналогичные исследования с сопоставимой эффективностью не могут быть проведены на тех, кто способен дать согласие; наконец, если сам испытуемый не возражает против участия в исследовании. В исключительных случаях Конвенция разрешает проведение исследований, не рассчитанных на непосредственный благоприятный эффект для испытуемого, но только если это сопряжено с минимальным

риском и неудобствами для него, а само исследование направлено на получение результатов, которые могут быть полезными как для состояния здоровья данного индивида, так и лиц, находящихся в той же возрастной категории и в аналогичном состоянии.

В Законе об "Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан" данная проблема просто упущена, а в Законе РФ "О психиатрической помощи" говорится, что в отношении пациентов, которые проходят принудительное лечение, а также помещенных в стационар в недобровольном порядке, проведение испытаний медицинских средств и методов не допускается (ст. 11). С одной стороны, понятно стремление Законодателя защитить от злоупотреблений наиболее уязвимую группу душевнобольных. С другой, приведенная норма закона, к сожалению, пресекает саму возможность испытания некоторых видов новых психофармакологических средств, в том числе и таких, которые могли бы принести пользу самим пациентам.

В Информационном письме МЗ РФ "Этические и административные правила проведения научных медицинских исследований и клинических испытаний психотропных средств" данная проблема решается в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации (и приходится констатировать - в некотором противоречии с действующим в РФ законодательством): если психическое состояние больного не позволяет получить его информированное согласие на биомедицинское и психологическое исследование, то такое согласие врач обязан получить у его близких родственников. Представляется, что это целесообразный путь осуществления необходимых для прогресса психиатрии научных исследований и клинических испытаний.

Следует иметь в виду, что врачу-психиатру, следуя данному подходу, придется решать еще целый ряд непростых сопутствующих вопросов. Например, в какой именно мере тот или иной душевнобольной, наряду с его законным представителем или близким родственником, должен быть информирован об экспериментальном характере вмешательства в сферу его здоровья? Допустимо ли с точки зрения этики при экспериментальном характере вмешательств в сферу здоровья душевнобольных (тем более - детей), у которых нет родственников, ограничиться согласием наблюдающего персонала (как рекомендует приводимое выше Информационное письмо МЗ РФ) и т.д. и т.п.? Думаем, что подобные вопросы должны изучать возникающие в самые последние годы этические комитеты в отечественных научно-исследовательских психиатрических учреждениях.