

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ



принуждения при оказании психиатрической помощи, также могут иметь место и недостаточно обоснованные социальные ограничения и запреты в отношении пациентов, нарушение конфиденциальности, недопустимое вмешательство в личную жизнь пациентов.

Сама госпитализация в психиатрическую больницу в каких-то случаях может нанести вред больному, длительное пребывание в стационаре подчас ведет к госпитализации, характеризующейся разрывом семейных, социальных связей и т.д.

Наконец, следует помнить, что в психиатрии нередко применялись и применяются очень инвазивные методы терапии, например, «шоковые методы».



**Да и лечение нейралептиками может
осложниться нейролептическим
синдромом, иногда
представляющим опасность для жизни.**



**Чрезвычайно важно сохранение
медицинской тайны в психиатрии, но
требование профессиональной этики и
Закона не разглашать профессиональную
тайну может стать очень
трудноразрешимой этической дилеммой.**

Например, следует ли информировать жену больного шизофренией о диагнозе у ее мужа?

Обязаны ли медицинские работники быть правдивыми по отношению к ней?

Что соответствует благополучию пациента - чтобы жена знала правду о диагнозе и прогнозе его болезни или чтобы эта правда была от нее скрыта.

Как ни в какой другой клинической дисциплине, в психиатрии актуальна проблема злоупотреблений.

В самом общем виде алгоритм решения этих проблем представлен, во-первых, в Законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который действует с начала 1993 года

и во-вторых, в «Кодексе профессиональной этики психиатра», который был принят Российским обществом психиатров в 1994 году.

В нашей стране психиатрия – пока единственная клиническая дисциплина, в которой разработан особый кодекс профессиональной этики.

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, «Гаванская декларация», принятая в 1977 г. и пересмотренная в 1983 г.

Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) , определяет минимальные этические стандарты в работе каждого психиатра.



**«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».**

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 больным в западноевропейских странах было по преимуществу полицейским.

Предместником кризиса врачебного патернализма в психиатрии в западных странах стал кризис психиатрических больниц, начавшийся в-50-е гг. XXв.

В 60 -70-е годы в психиатрии США проводится новая политика - политика деинституционализации психически больных, то есть отказа от принудительного лечения в психиатрических больницах.



Основная причина нововведений заключалась в широком применении инвазивных 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.

Однако антигоспитальное движение имело и другую сторону.

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



**в 60-е годы в Европе, а затем и в Америке
возникают движения антипсихиатров,
в их практической программе 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,) 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.

В нашей стране эти изменения 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.).

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 XXв. недобровольная госпитализации подавляющей части душевнобольного являлась общепринятой социальной нормой.

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 унижительную для них и их родственников.

Дело в том, что существовавшее тогда во многих странах законодательство, регламентирующее недобровольное лечение, копировало модель уголовного судопроизводства.

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.

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.

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 представителем 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 душевно больных, 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 апозогнозии.

**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 или лечение больного возможно только в стационарных.

В-третьих, состояние больного должно иметь хотя бы одну из следующих трех характеристик:

а) больной представляет непосредственную опасность для себя самого 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.

Принцип «не навреди» в психиатрии.

Применение этого принципа при оказании психиатрической помощи имеет много специфических особенностей.

Схематически ущерб от психиатрической практики, можно свести к следующим видам:

1. Принуждение. Меры принуждения в психиатрии ведут от безобидных ситуации недобровольного освидетельствования психиатром (например, в некоторых случаях экспертизы трудоспособности) до принудительного введения лекарств или принудительного кормления.

2. Социальные ограничения к запрету, 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.

Вред, который сопутствует применению инвазивных методов исследования и методов лечения с побочными действиями.

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 XIXв.

Особо примечательны средства, причиняющие боль: жгучие тирания, нарывные пластыри, прижигание железом, а то и просто применение плетки.

Применение в целях лечения психических расстройств «механизированных методов», методов психохирургии, «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.

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.

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 медицинского вмешательства.

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.

Применение нормы конфиденциальности 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.

Морально-этические коллизии, связанные с необходимостью сохранения врачебной тайны при оказании психиатрической помощи, бывают преисполнены подлинного драматизма.

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» ВМА.

Злоупотребления психиатрией как знанием могут иметь самые разные аспекты.

Наиболее серьезные из них связаны с постановкой психиатрического диагноза.

С этической точки зрения необходимо четко разграничить две группы ошибочных врачебных диагнозов такого рода.

**Первая группа - это диагностические
врачебные ошибки, понимаемые как
«добросовестные заблуждения».**

**Вторая группа- это случай, когда ошибочные
диагностические заключения психиатров не
просто неверно отражают состояние
психического здоровья пациентов, но и
обязательно обусловлены немедицинскими
факторами.**

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».

Начиная с принятия ВМА «Гавайской декларации», как международные, так и национальные этико-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».

Помимо злоупотребления психиатрией как знанием имеют место быть злоупотребления психиатром своим профессиональным положением.

Уже первый контакт психиатра с пациентом несет в себе возможность недобросовестного поведения врача.

Далеко 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.

Важнейшим фактором, определяющим предупреждение злоупотреблению психиатрией, является профессиональная независимость врача-психиатра.

Проблема профессиональной независимости врача имеет как морально-этическое, так и социальное (в том числе правовое) измерение.

В российском «Кодексе профессиональной этики психиатра» четко формулируется: «Моральное право и долг психиатра - отстаивать свою профессиональную независимость».

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

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ !!!!!