**Этика в психиатрии и психотерапии**

этика душевнобольной антипсихиатрия врач

Психиатрия (psyche - «душа», iatreia - «лечение») - область клинической медицины, изучающая патологию, этиологию, патогенез психики; диагностику, профилактику психических заболеваний; виды организации психиатрической помощи, экспертизы; социальное устройство и правовое положение психических больных.

Востребованность психиатрии остается высокой, что связано с наличием людей, нуждающихся в психиатрической помощи. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к началу 90-х годов ХХ века на Земле страдало от болезней и расстройств психики примерно 500 млн. человек. Из них неврозы - 155 млн., психическая заторможенность - 120 млн., расстройства депрессивного типа - 100 млн., серьезные психические заболевания - 52 млн., слабоумие - 16 млн.

Среди клинических медицинских дисциплин психиатрия является наиболее социальной по своему предмету, методологии исследования и практическим действиям. Её объектом выступает человек в глубокой взаимосвязи его биологической, психической, духовной и социальной сторон.

Медицина уже в древние времена не только диагностировала ряд психических заболеваний (эпилепсия, меланхолия, мания, истерия и др.), но и применяла различные естественные способы лечения этих заболеваний (кровопускание, рвотное, слабительное, массаж, ванны, гимнастика, труд и др.).

Гуманное отношение к душевнобольным и его эволюция во многом связано с пониманием сущности психических заболеваний. Психических больных в зависимости от их высказываний и поведения люди представляли себе как одержимых злым духом или как пророков, святых, блаженных. От этого зависела и судьба больного: «святых» почитали, из «одержимых» изгоняли злых духов, а иногда и уничтожали их.

Свою положительную роль в формировании гуманного отношения к душевнобольным сыграл ислам. В соответствии с исламом «ненормальные» появились на свет по воле Аллаха, а его волю следует уважать. Арабские врачи заимствовали передовые взгляды древних греков и римлян на причины психических расстройств и строго следовали им в практической деятельности. Именно арабы построили первые приюты для психически больных.

В Западной Европе отношение к душевнобольным в средние века было неоднозначным. Преследование ведьм и колдунов, большинство из которых, несомненно, страдали нарушениями психики, подогревалось религиозным фанатизмом. В послании римского папы Иннокентия VIII (1484 г.) в сочинениях Лютера, одного из основателей протестантизма, да и других активных поборников христианства проводилась основная мысль о том, что умалишенные повреждены в рассудке чертом, дьяволом. Даже если врачи приписывают психически больным естественные причины, то только потому, как считал Лютер, «они не понимают до какой степени могуч и силен черт». В России отношение к душевнобольным не было столь жестоким. Их жалели, называли не «одержимые дьяволом», а «богом наказанные». Уже в IX-X веках в Кииевском государстве существовала специальная организация призрения «нищих, странных и убогих людей». За счет десятины княжеских доходов открывали в городах сиротские, вдовьи дома, больницы, «странноприемницы».

Принцип уважения человеческого достоинства в психиатрии.

Тем не менее подобные реформаторские меры относительно всех категорий психически больных имеют свою специфику в психиатрии. В клинической психиатрии пациентом является человек с измененной психикой. В клинической психиатрии пациентом является человек с измененной психикой. Причем измененная психика человека не всегда выражена во внешнем рисунке поведения больного. В одних случаях она представляет собой явное отклонение от привычных стандартных норм поведения: больной затыкает уши при слуховых галлюцинациях, затыкает нос при обонятельных галлюцинациях, перешагивает «трещины» на асфальте и т.д. В других - внешний рисунок поведения, мимика жесты выражены как у нормального человека. Но обследование показывает, что мозг его изменен болезнью. В какой-то момент своей жизни он может стать опасным для близких людей, соседей. Поэтому в психиатрии остро стоит вопрос о применении добровольных или принудительных мер оказания помощи.

Пациенты, с которыми имеет дело врач-психиатр, по своей способности к волеизъявлению образуют широкий спектр. Одни пациенты не могут не только самостоятельно защитить, но даже выразить свои интересы и права. Например, пациенты с диагнозом слабоумие, психоз. В таких случаях наиболее подходящая модель отношения «врач-пациент» - патерналистская. В этой модели врач выступает как специалист, «опекун», а пациент ограничен в принятии решения. Другие пациенты могут не уступать врачу по личностной автономиии, персональной ответственности, интеллектуальному развитию. Чаще всего это пациенты с невротическими расстройствами. В подобных ситуациях наиболее эффективной будет модель информированного согласия. Врач в ней выступает как эксперт, он информирует пациента о диагнозе, методах лечения, рисках, последствиях. Пациент будучи инфоромированным, добровольно принимает решение (согласие на лечение или отказ от него, согласие на амбулаторное или стационарное лечение).

Но в обоих случаях врачу - психиатру следует избегать расширительного толкования психической патологии, гипердиагностики. Особенностью психиатрии является и то, что ее диагноз психического расстройства несет в себе негативную социально-этическую нагрузку, которую не имеет диагноз большинства клинических специальностей.

Антипсихиатрическое движение 60-70-х годов ХХ в. Влияние антипсихиатрии на развитие психиатрии.

Антипсихиатрия - широкое социальное и культурное движение, выступившее в начале 60-х годов XX века с критикой понятий и практик традиционной психиатрии, против использования психиатрии в интересах власти и за права психически больных людей.

Антипсихиатрическое движение возникло на фоне широкого общественного недовольства по поводу злоупотреблений и неудовлетворительных условий содержания пациентов в психиатрических больницах и в ряде западных стран привело к деинституционализации психиатрической службы. Наиболее значительную роль в данном движении сыграли Рональд Лэйнг, Дэвид Купер, Франко Базалья, Мишель Фуко, Томас Сас, Эрвинг Гоффман. Понятие «антипсихиатрия» появилось и прочно вошло в повседневный язык благодаря политической активности Дэвида Купера.

Теоретические аспекты антипсихиатрическое движения отражены в книгах Дэвида Купера «Психиатрия и антипсихиатрия» и Рональда Лэйнга «Политика переживания»[2], появившихся в 1967 году, а также в книге «Разум и насилие»[3], появившейся в 1964 году в результате их совместной работы. Немного позже также вышли книги Мишеля Фуко «История безумия в классическую эпоху»[4] и Томаса Саса «Миф о психической болезни», внёсшие значительный вклад в антипсихиатрическое движение.

Наиболее радикальные противники психиатрии утверждают, что никаких психических болезней нет вообще, поэтому лечить их бессмысленно; то, что психиатры называют болезнями, на самом деле представляет собой социально неприемлемое поведение. Таким образом, психиатрия рассматривается как институт социального контроля.

Противников и сторонников (последователей) часто объединяют общие гуманные цели. Однако причина отрицательного эмоционального реагирования на антипсихиатрию лежит, по-видимому, в радикализме антипсихиатрического движения, безаппеляционности некоторых суждений:

– если деинституционализация психиатрии, то полная.

– если отрицание нозологических диагнозов и биологических причин в психиатрии, то полное и т.д.

В свою очередь, радикализм антипсихиатрии может провоцироваться и вызываться жёсткостью и безаппеляционностью традиционной психиатрии, «монополией психиатров на истину о причинах болезней и методах лечения».

Понятие «госпитализма». Понятие «злоупотребление психиатрией». Понятие «профессиональной независимости врача-психиатра».

«Госпитализм» - это довольно широкое понятие, включающее в себя неблагоприятные, в первую очередь психические условия больничной среды и результаты их действия на психическое и физическое состояние больного. Госпитализм чаще всего наблюдался, а вследствие этого и более разработан у детей, у которых он проявляется более выраженно в связи с их психической и вегетативно-соматической незрелостью и неуравновешенностью. Однако, он поражает также и взрослых.

Наиболее часто встречающиеся влияния, ведущие к госпитализму, объединяют под названием психической депривации. Лангмайер и Матейчек определяют его следующим образом: психическая депривация -это состояние, развивающееся вследствие такой жизненной ситуации, где субъекту не предоставлены условия для удовлетворения его некоторых основных (витальных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени. От фрустрации депривация отличается тем, что фрустрация - блокада уже активированной, следовательно, заранее удовлетворенной потребности, а при депривации потребность вообще не была удовлетворена. Пример: фрустрация развивается в опытах и в действительности, если у ребенка отнять его любимую игрушку, но предоставить ему возможность играть с чем-нибудь другим, что ему меньше нравится; депривация наблюдается тогда, если ребенку вообще не даютни с чем играть.

Центртяжести психической депривации может быть в сенсорной, эмоциональной области, которая для развития госпитализма имеет наибольшее значение.

Депривация может развиться при следующих условиях:

а) Экстремальная изоляция экспериментального типа, например, помещение подопытных лиц на несколько дней в кабине, как можно более изолированной от внешней среды.

б) Экстремальная социальная изоляция. Описаны случаи «волчьих детей», детей, выросших в хлеве без контакта с людьми. Сюда относится также и длительное пребывание взрослых людей в одиночном заключении.

в) воспитание в детском учреждении, например, в доме ребенка, в недельных яслях, длительное пребывание в больнице. На психическую депривацию детей в доме малютки и на ее последствия у нас раньше других и наиболее систематически обратила внимание Дамборская.

Профилактика госпитазизма:

– ребенок, насколько это позволяет его возраст и состояние здоровья, должен быть «завоеван» для помощи при его обследовании и лечении;

– объяснен режим дня и его место в жизни отделения, чтобы ребенок был в нужной мере занят игрой, работой, движением и реабилитацией, чтобы перемены происходили и у лежачих.

Госпитализм не ограничивается только детьми. Он может поражать и взрослых, особенно больных в пожилом возрасте, находящихся повторно и в течение длительных периодов в больничной среде в связи с хроническими заболеваниями. Это связано с повышением средней продолжительности жизни и с недостаточным количеством мест в учреждениях социального обеспечения, которые при хорошем руководстве предоставляют все-таки больше эмоциональной и психической стимуляции, чем больницы. Но и там отсутствуют стимулы обычной жизни и то, чтов жизньстарых людей приносит шум и движение молодого поколения. Если старый или хронически больной человек в течение длительного времени находится в больнице, то его жизнь в больнице и само заболевание становится «стилем жизни», он отвыкает от жизни дома и прикладывает значительные усилия для того, чтобы он мог вновь вернуться в больницу. Что касается более молодых больных, то большую тенденцию к госпитализму проявляют невротики, некоторые психопаты и в особенности вылеченные психотоники, которых больница защищает от жизненных потрясений и ударов. (Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага, 1974, С. 290-296)

«Злоупотребления в психиатрии» в соответствии с определением Всемирной психиатрической ассоциации - это использование данной клинической дисциплины, возможностей врача-психиатра, а также возможностей персонала психиатрических учреждений во зло, во вред пациенту либо его близким.

Понятие злоупотреблений в психиатрии включает в себя:

– постановку ложного психиатрического диагноза;

– недобровольную госпитализацию в тех случаях, когда её применение не является оправданным и выходит за рамки закона;

– применение под видом лечения психиатрических средств в немедицинских целях (как к здоровым людям, так и к людям с психическими расстройствами в целях наказания и т.п.);

– неоправданное лишение пациента тех или иных прав;

– злоупотребление психиатром своим профессиональным положением в личных целях (например, использование труда пациента, заключение с ним имущественных сделок).

Постановка ложного психиатрического диагноза и неоправданная госпитализация могут быть обусловлены как добросовестным заблуждением врача, так и сознательным использованием психиатрии в не медицинских целях. Наиболее известными случаями карательной психиатрии являются использование психиатрии в не медицинских (политических и т.п.) целях: в качестве примера чаще всего приводятся политические преследования диссидентов в СССР (объявление их психически больными, заключение в специальные больницы тюремного типа и применение неоправданно жестоких медицинских мер, в частности типичных нейролептиков без корректоров).

Однако значительно более распространены были случаи другого рода: применение недобровольных психиатрических мер к гражданам, отстаивавшим свои права в «локальных конфликтах» с властями. Ряд публикаций, появившихся в постсоветское время, свидетельствует о широкой распространённости подобных нарушений и сейчас. Так, в докладе «Карательная психиатрия в России», опубликованном Международной Хельсинкской федерацией по правам человека, утверждается, что причины незаконной госпитализации обычно носят политический (госпитализация правозащитников в одиночку), криминальный (действия в целях завладеть недвижимым имуществом пациента) или бытовой (госпитализация по причине семейно-бытовых конфликтов) характер. Наиболее известным случаем из приведенных в докладе, является случай Тамары Ракевич. В 2003 году выигравшей дело против Российской Федерации в связи с неправомерной госпитализацией её в психиатрический стационар.

«Классическим» видом психиатрических злоупотреблений считается признание человека недееспособным и / или противоправная госпитализация с целью завладеть его имуществом.

По сообщению Си-би-си, в канадской провинции Квебек с 1940-1960 годы под руководством премьера провинции Мориса Дюплесси (fr: Maurice Duplessis) и Римско-католической церкви существовала практика многолетнего насильственного «лечения» тысяч интернатских детей, принятых за «умственно отсталых», без уведомления родителей. В дополнение к лечению с помощью вещества хлорпромазин, детей принуждали к подсобному труду. Группа из примерно 3000 выживших жертв, называющих себя сиротами Дюплесси, попыталась привлечь к ответу правительство, церковь и Колледж докторов Квебека. Некоторые из жертв обнаружили фальсифицированные копии своих медицинских записей. По состоянию на 2001 год правительство Квебека отказывалось провести всестороннее расследование практики.

Также возможны случаи, когда речь идёт о действительно больных людях, к которым, однако, применяются неадекватные меры, например, госпитализация при отсутствии медицинских показаний или же применение очень болезненных процедур (инъекции сульфозина, электросудорожная терапия) в качестве меры устрашения. С другой стороны, некоторые люди добиваются признания себя больными, чтобы уйти от уголовной ответственности, избежать обязательного призыва в армию и т.п.