

**ГБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ПО.**

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ: Психиатрия и этика

Проверила:

доц., д.м.н.,
Березовская Марина Альбертовна

Выполнил:

клинический ординатор
2 года обучения
Козловский П.С.

Термин «этика» многозначен. В строгом смысле слова этика есть область знания, интеллектуальная традиция, в рамках которой исследуется и изучается мораль [Гусейнов А.А., Апресян Р.Г., 1998]. В этике как науке выделяют ненормативную этику (метаэтику и дескриптивную этику) и нормативную этику, которая занимается обоснованием, систематизацией, оправданием морального идеала, моральных норм и стандартов. В русле нормативной этики вырабатываются точные оценочные суждения, строгие определения нравственных ценностей и моральных обязательств. Частью нормативной этики является прикладная этика, а разновидностью последней является профессиональная этика.

Профессиональная этика. В разговорном языке термин «профессиональная этика» употребляется как синоним термина «профессиональная мораль» и означает живую традицию поддержания высокого уровня этических стандартов, прежде всего таких профессий, где предметом труда является сам человек (медицина, педагогика, юриспруденция, журналистика и т. д.). Профессиональная этика есть коллективный моральный опыт, коллективная нравственная мудрость, которые помогают рядовым членам профессии избегать ошибок при принятии решений в ситуациях, когда обыденного житейского опыта недостаточно. В связи с этим невозможно переоценить роль подлинных учителей в названных выше профессиях, персонифицирующих саму эту живую традицию. В зрелом виде профессиональная этика — это упорядоченные, систематизированные морально-этические принципы и нормы, которые излагаются в виде этического кодекса профессии.

Медицинская этика резко выделяется, если ее сравнивать с профессиональной этикой педагогов, юристов, ученых, журналистов и т. д. Во-первых, ни в какой другой профессии, кроме медицинской, нет столь авторитетной и отчетливой исторической традиции. Во-вторых, в последние десятилетия именно в медицине профессиональная этика стала также и теоретической дисциплиной, получившей название «биомедицинская этика», или «биоэтика» [Иванюшкин А.Я., 1998].

С формированием биоэтики теоретический анализ морально-этических дилемм психиатрической практики становится одним из основных направлений биоэтических исследований [Уиклер Д. и др., 1989]. В плане методологии этих исследований систему этических взглядов, подходов, суждений по степени их обобщенности можно представить в виде четырех уровней: верхний уровень — этические теории, далее — этические принципы, этические нормы и, наконец, уровень конкретных этических решений или стандартов поведения [Тихоненко В.А., Покуленко Т.А., 1992].

Личная этика. Личность знакомится с ценностями и нормами профессиональной этики, имея свой личный моральный опыт. Элементарные нормы нравственности прививаются человеку самой организацией и течением общественной жизни. Однако, будучи посеянными в разумной человеческой душе, эти «семена нравственности» прорастают в соответствии со своей духовной природой. Нравственный уровень, нравственная сила личности почти целиком зависят от самовоспитания, глубины духовной жизни самой личности. Профессиональная подготовка врача вообще и психиатра в частности почти целиком сводится к

научной подготовке, однако ученые занятия — это умственный труд, но не духовная жизнь по большому счету.

Последнее положение иногда выдвигается в качестве основания для сомнений в целесообразности «этических кодексов» профессии, а также введения медицинской этики как учебной дисциплины в систему медицинского образования. Такая позиция не учитывает многозначности термина «этика». Сторонники этой позиции понимают под этикой именно личную этику, причем в смысле личной нравственности, нравственного опыта, который становится для личности своего рода моральной интуицией, некими личными алгоритмами морального выбора. Однако в слове «этика» есть еще один смысл: ведь мы говорим «этическое мышление», а не «моральное мышление» или «нравственное мышление». Иными словами, в понятии личной этики очень важен аспект рефлексии, критичности, обоснования тех нравственных норм, которые человек принимает в качестве лично-этических. В силу сказанного у любого врача может быть критическое отношение к каким-то положениям официально признанного этического кодекса профессии, что создает предпосылки его дальнейшего развития.

Специалисты, занимающиеся проблемами этики, отмечают, что в обыденной жизни опыт ценностных выборов редко осознается в абстрактных понятиях добра и зла; в повседневной житейской практике люди выбирают из разного рода ценностей — приятного, веселого, целесообразного, полезного, нужного, «того, что очень хочется», запретного и т. д., в которых определения добра и зла лишь смутно подразумеваются [Гусейнов А.А., Апресян Р.Г., 1998]. Очевидно, что в условиях профессиональной деятельности от врача (юриста, педагога, журналиста и т. д.) требуется более искушенное, так сказать рафинированное этическое мышление. Этический кодекс профессии и является своего рода моделью такого рафинированного этического мышления. Отсюда следует, что специальная подготовка в области этики как науки нужна всем представителям названных профессий, но в особенности — специалистам в медицине, поскольку сама биомедицинская этика является наукой.

Не ведет ли признание «личной этики» у каждого врача к этическому релятивизму? Нет, это понятие означает, что в терминах профессиональной этики можно определить запреты (аморальное, безнравственное), а также позитивные формулы профессионального долга как минимальные этические стандарты данной профессии. Вариативность личной этики допускается в одну сторону — приближения к моральному идеалу.

Вспоминая о С.С. Корсакове, П.Б. Ганнушкин (1964) приводит высшую оценку его личности как «находившейся на пороге нравственной гениальности»¹. То же самое можно сказать о русском враче немецкого происхождения, католике Ф.И. Гаазе, служившем в 1829—1853 гг. главным врачом московских тюрем. Поэтому не случайно группа московских католиков обратилась в 1994 г. в Ватикан с предложением официально канонизировать этого врача как святого [Шрейдер Ю., 1994]. Вряд ли можно требовать такого высочайшего этического уровня от каждого врача. Профессиональная этика устанавливает стандарт поведения специалиста, соответствующий минимальным ожиданиям общества. В то же время существует стандарт поведения, не обязательный с моральной точки зрения, но достойный похвалы, высшего уважения и даже восхищения.

Особенности психиатрии и задачи профессиональной этики. Профессиональная этика в психиатрии имеет единые корни с медицинской этикой, поскольку психиатрия относится к разряду медицинских специальностей. Каковы же особенности психиатрии как предмета этического и правового регулирования?

Во-первых, 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 осознаются. В ходе исторического развития психиатрия постепенно расширяла сферу своей компетенции — от наиболее ярких, выраженных форм душевных болезней, к так называемым «пограничным расстройствам» и далее к практически здоровым людям в аспекте риска возникновения у них психических расстройств. Отмеченная тенденция иногда оборачивалась гипердиагностикой психических заболеваний, а то и опасностью установления ложных диагнозов (под давлением социальных обстоятельств, в силу субъективных предубеждений и т. д.). Таким образом, профессиональная этика требует от психиатра предельной честности, объективности и ответственности при вынесении заключений о состоянии психического здоровья обследуемых лиц.

Во-вторых, диагноз психического расстройства несет на себе такую негативную социально-этическую нагрузку, какой не имеет ни одна другая клиническая медицинская специальность. Это оборачивается для психиатрических пациентов стигматизацией, снижением общественного доверия, ущемлением достоинства, ограничением прав, социальным ostracism. Полное устранение всех ограничений, которые накладывает общество на душевнобольных, невозможно, поскольку сама душевная болезнь ограничивает определенным образом жизнедеятельность человека. Отсюда вытекает одна из важных задач психиатрической этики — повышение толерантности (терпимости) общества по отношению к лицам с психическими отклонениями, преодоление предвзятости, отчуждения, а также регулирование санкций в отношении психически больных.

В-третьих, к некоторым категориям больных в психиатрии применяются недобровольные медицинские меры, включающие принуждение и даже насилие. Недобровольное оказание психиатрической помощи включает в себе глубокое и напряженное противоречие, с одной стороны, между, необходимостью применения медицинских мер к лицам, которые в силу своего болезненного состояния представляют опасность (и) или не осознают грозящего им вреда, и, с другой стороны, их отказом от предлагаемой медицинской помощи. Таким образом, еще одной задачей психиатрической этики является ограничение сферы принуждения при оказании психиатрической помощи до пределов, определяемых медицинской необходимостью, что служит гарантией соблюдения прав человека.

В-четвертых, особенность психиатрии состоит в том, что пациенты, с которыми она имеет дело, по своей способности к волеизъявлению образуют широкий континуум. На одном его полюсе располагаются те больные, которые из-за глубоких расстройств психики не могут не только самостоятельно защитить, но и выразить свои интересы. На другом полюсе — те, кто, несмотря на наличие психических расстройств, по степени своей личностной автономии, персональной ответственности, интеллектуального развития, нравственного и правового сознания не уступают врачу-психиатру (а порой и превосходят его). Промежуточная между

этими полюсами «зона» представляет собой множество переходных вариантов. Из этого следует неоднозначность модели взаимоотношений врача и пациента: в психиатрии являются адекватными как «патерналистская», так и «партнерская» (совещательная) модели [Esmanuel E., Esmanuel L., 1992; Вич Р., 1994]. Следовательно, очередную задачу психиатрической этики можно сформулировать как установление оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом, способствующих реализации интересов больного с учетом конкретной клинической ситуации.

В-пятых, особенностью психиатрии является ее двуединая функция: защиты интересов больного и интересов общества. В практике врача-психиатра постоянно встречаются следующие социальные коллизии: 1) поведение больного противоречит его собственным интересам; 2) поведение больного противоречит интересам общества; 3) общество или отдельные его члены наносят (могут нанести) ущерб интересам больного. Общим моральным основанием, из которого исходит любая медицинская, в том числе психиатрическая практика, является позитивная ценность здоровья и жизни человека. Сохранение, восстановление и укрепление психического здоровья соответствует интересам каждого отдельного человека и общества в целом. В любых случаях применения врачом-психиатром недобровольных медицинских мер приоритетной для него должна быть забота о психическом здоровье и благополучии своего пациента. Только при этом условии действия психиатра неравнозначны «полицейским» мерам, и только тогда его действия будут морально оправданными. Психиатрическая этика стремится к достижению баланса интересов пациента и общества на основе ценности здоровья, жизни, безопасности и благополучия граждан.

Кодекс профессиональной этики психиатра. Одним из основных международных нормативных актов медицинской этики в области психиатрии является Гавайская декларация, принятая Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА) в 1977 г. и переработанная в 1983 г. Прямое отношение к обсуждаемой теме имеют также «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991 г. («Право и психиатрия», 1991). Широкую известность за рубежом приобрели «Принципы медицинской этики и аннотации к их применению в психиатрии», разработанные Американской психиатрической ассоциацией (АПА), опубликованные в 1973 г. и пересмотренные в 1981 г. В нашей стране «Кодекс профессиональной этики психиатра» был впервые опубликован в 1993 г. и принят 19 апреля 1994 г. на Пленуме правления Российского общества психиатров. В его разработке участвовали психиатры, психологи, философы, юристы. Принятие этического кодекса — безусловно, важное событие в жизни отечественного психиатрического сообщества, 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 медицинским 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».

Можно задать вопрос: а нужен ли Кодекс профессиональной этики? Да, правовое и этическое регулирование в определенной мере «перекрывают» друг друга. Но, во-первых, существует большое количество ситуаций, не подпадающих под действие правовых норм, а требующих этических решений. Во-вторых, корректно составленный этический кодекс, заключающий в себе несколько компактных формул, способен выразить самую суть многочисленных статей законов и всего массива инструктивных документов. Задачи и функции Кодекса профессиональной этики не сводятся к задачам и функциям иных нормативных актов. Кроме того, существенные отличия обнаруживаются и в механизмах реализации этических требований. Было бы наивно полагать, что с принятием кодекса моральное сознание врачей сразу поднимется до такого уровня, на котором достаточно лишь действия механизмов внутреннего этического контроля: чувства долга, порядочности, совести и т. п. Скорее всего, заработают механизмы внешней регуляции, но не в форме судебной или административной ответственности, а в виде общественных санкций за нарушение принципов нравственного отношения к пациентам и коллегам.

Принятие профессионального этического кодекса Российским обществом психиатров, его публикация делают прозрачными этические стандарты профессии психиатра для общества в целом. Предание фактов аморального поведения широкой огласке через средства массовой информации, публичное выражение недоверия и осуждения со стороны коллег вплоть до исключения из профессионального сообщества могут действовать намного сильнее, чем судебные штрафы или дисциплинарные взыскания.

Все это означает, что введение этического кодекса предполагает наличие определенных форм общественных организаций. Во-первых, это профессиональные организации — общества или ассоциации психиатров, членство в которых считается престижным, а также является одним из условий для занятия врачебной практикой. Во-вторых, это этические комитеты, в состав которых включаются профессионалы, представители общественности и родственники пациентов. Они организуются при лечебных, научных учреждениях, региональных отделениях психиатрических обществ и ассоциаций и на более высоком (федеральном) уровне. Так, в апреле 2006 г. в нашей стране учрежден Национальный комитет по биоэтике при Комиссии РФ по делам ЮНЕСКО.

Задачи таких комитетов, как показывает зарубежный опыт, состоят не только в рассмотрении конфликтных случаев, фактов неэтичного поведения медицинских работников и применении к ним вышеуказанных моральных санкций, но и в образовательной и воспитательной работе как с медицинским персоналом, так и с населением, то есть обществом в целом. Отдельной строкой мы бы выделили просветительские программы, адресованные общественным элитам — политикам, бизнес-сообществу, журналистам и т. д. Как раз на такую аудиторию рассчитано вышедшее в 2005 г. под эгидой ЮНЕСКО популярное издание «Биоэтика: вопросы и ответы» [Иванюшкин А.Я., Курило Л.Ф., Лопухин Ю.М. и со-авт., 2005], в котором нашли отражение и этические проблемы психиатрии.

«Кодекс профессиональной этики психиатра» состоит из 12 статей: 1) цель профессиональной деятельности психиатра; 2) профессиональная компетентность психиатра; 3) принцип непричинения вреда; 4) недопустимость злоупотреблений; 5) уважение личности пациента; 6) «терапевтическое сотрудничество»; 7) информированное согласие; 8) конфиденциальность; 9) научные исследования; 10) профессиональная независимость; 11) взаимоотношения с коллегами; 12) ответственность за нарушение кодекса. Подробное толкование кодекса дано в других наших работах [Тихоненко В.А. и др., 1996]. Здесь же мы рассмотрим лишь некоторые узловые моменты этого документа.

Уважение личности пациента. Уважение автономии пациента, его законных-прав является основополагающим принципом современной медицинской этики. Существуют важнейшие международные документы, целиком посвященные правам пациента (Revised Declaration of Lisbon, 1996); в других аналогичных документах права пациента занимают центральное место (Конвенция о правах человека в биомедицине, 1997; Мадридская декларация, 1998). При решении проблем гарантии, защиты прав психиатрических пациентов особенно тесно переплетаются правовое и этическое регулирование профессиональной деятельности врачей-психиатров, функционирования психиатрических служб в целом (Комментарий к законодательству Российской Федерации в области психиатрии, 1997).

Имея в виду современную формулу правового гуманизма — «что не запрещено, то разрешено», уместно задать вопрос: а что запрещено в цивилизованном обществе в отношении психически больных людей? Социальное отчуждение, стигматизация, неоправданное ограничение прав (в том числе дискриминация, эксплуатация), презрительное или пренебрежительное отношение, жестокое, негуманное, немилосердное обращение, любые другие формы унижения человеческого достоинства. Отечественный «Кодекс профессиональной этики психиатра» предписывает «...проявлять максимальную деликатность в отношении личной жизни пациента, не вторгаться в эту сферу без его согласия, а в случаях, требующих по медицинским показаниям установления контроля за поведением пациента, ограничивать свое вмешательство рамками профессиональной необходимости; в таких случаях следует сообщать пациенту о причинах и характере предпринимаемых мер» (ст. 5).

Добровольность и принуждение при оказании психиатрической помощи. Неизбежность применения недобровольных медицинских мер по отношению к определенной категории психически больных — наиболее напряженная морально-этическая проблема психиатрии. Вплоть до середины XX в. принудительная госпитализация подавляющей части психически больных считалась общепринятой и незыблемой социальной нормой. Как писал английский психиатр Т. Модели (1871): «Помешанные общим голосом общества исключаются из среды человечества».

В современной психиатрии, так же как в современной медицине в целом, этическим основанием оказания медицинской помощи является доктрина «информированного согласия» [Appelbaum P., Lidz Ch., 1987; Beauchamp T., Childress J., 1989]: «Психиатр должен уважать право пациента соглашаться или

отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации...» («Кодекс профессиональной этики психиатра», ст. 7).

Очевидно, что трудности информирования врачами пациентов общемедицинской практики (объем сообщаемой информации, критерии информированности и т. д.) в психиатрии возрастают: не только этическая традиция в медицине, но и действующее законодательство предписывают врачу при информировании пациента учитывать его психическое состояние. Исключения из правила информированного согласия допускаются: при сознательном отказе пациента от информации («право не знать»); при серьезной угрозе нанесения информированием вреда пациенту; при необходимости оказания экстренной помощи. Во втором и третьем случаях врач действует во благо пациента в соответствии с традиционной патерналистской моделью.

Учитывать психическое состояние пациента — значит, в частности, определять степень его компетентности. Компетентность пациента — понятие относительное, не имеющее однозначной связи с клиническим состоянием. Стандарты компетентности могут варьировать в зависимости от целей и обстоятельств оказания психиатрической помощи [Roth L. et al, 1977]. Чем сложнее психиатрическое вмешательство, чем рискованнее оказание (неоказание) психиатрической помощи, тем выше требования к уровню компетентности пациента.

Применение недобровольных мер в современной психиатрии осуществляется на основе этической доктрины «наименее ограничительной альтернативы». Отечественный психиатрический этический кодекс предписывает: «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 к пациенту недобровольных мер необходимо и морально оправданно, но допустимо лишь в пределах, которые определяются наличием такой необходимости» (ст. 7).

Основания и порядок применения недобровольных мер при разных видах психиатрической помощи подробно регламентированы законом. Характер и продолжительность применяемых мер должны соответствовать вызвавшим их причинам и не выходить за пределы необходимости. Переход от большего принуждения к меньшему и от недобровольной помощи к добровольной даже в трудных клинических случаях следует рассматривать как вероятную и желательную перспективу.

В судебно-психиатрической практике используются принудительные медицинские меры (обследование, лечение). Это тоже недобровольные медицинские меры, но применяются они исключительно по решению суда (или иного уполномоченного на то органа) к психически больным, совершившим общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, регламентированным законом. Психиатр здесь является исполнителем воли суда, что, однако, не лишает его моральной ответственности и права на собственное мнение.

«Прежде всего — не вредить!» Схематически вред, которым чревата психиатрическая практика, можно свести к следующим видам.

1. Принуждение: выше уже рассматривались этические критерии демаркации «принуждения во благо» и «принуждения во зло».
2. Социальные ограничения и запреты: морально-этическая дилемма, с которой сталкивается психиатр, например, принимая решение о лишении больного права заниматься своей привычной профессиональной деятельностью, чаще не имеет простого разрешения и лишь смягчается осознанием самим пациентом необходимости такого решения.
3. Отчуждение, которое, как правило, присуще отношению современного общества к психически больным. Психиатр должен стремиться всемерно уменьшать это зло, то есть постоянно выполнять культурную миссию, о которой говорил еще С.С. Корсаков (1954).
4. Собственно моральный вред, причиняемый психически больным врачами или медперсоналом, который проистекает из нарушения последними профессиональных этических норм. Уменьшение этого зла зависит от совершенствования системы профессиональной подготовки психиатров, этической ориентированности и эффективности функционирования органов профессиональных ассоциаций психиатров, но еще больше — от преданности и уважения каждого психиатра к своей профессии.
5. Вред, сопутствующий применению специальных методов исследования и методов лечения с серьезными побочными действиями и риском осложнений. Целям профилактики и смягчения этого вида зла в психиатрической практике служит разрабатываемое в современной биоэтике правило «двойного эффекта»: «Если обследование или лечение сопряжены с побочными эффектами, болевыми ощущениями, возможными осложнениями, применением мер принуждения, другими негативными для пациента явлениями, психиатр обязан тщательно сопоставить риск нанесения ущерба с ожидаемым положительным результатом» («Кодекс профессиональной этики психиатра», ст. 3). В частности, доктрина «наименее ограничительной альтернативы» есть конкретизация этого этического правила в психиатрии.

Недопустимость злоупотреблений. Злоупотребления встречаются во многих профессиях. Одной из главных функций профессиональной этики является их предупреждение. Например, созданный в 1990 г. в Великобритании «Кодекс чести британского журналиста» имеет основной целью защиту граждан от вторжения прессы в их частную жизнь. Злоупотребления в медицине можно рассматривать в практике терапевтов, хирургов и других врачей: это нагрузочные обследования, операции, «перелечивание» — в частности, применение так называемых экстраординарных методов терапии в отношении умирающих больных.

Злоупотребления психиатрией встречаются во многих странах, культурных регионах, политических системах. Упомянувшиеся уже выше «Гавайская декларация» ВПА и «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием...» ООН легли в основу российского Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Как следует из его названия,

профилактика злоупотреблений в психиатрии есть основная направленность Закона в целом.

Понятие «злоупотреблений психиатрией» подразумевает неподобающее применение ее как знания, как специальных методов и средств, как особой системы социальных учреждений. «Злоупотребление психиатрией есть умышленное причинение морального, физического или иного ущерба лицу путем применения к нему медицинских мер, не являющихся показанными и необходимыми, либо путем неприменения медицинских мер, являющихся показанными и необходимыми, исходя из состояния его психического здоровья» [Тихоненко В.А., 1990].

Конфиденциальность. Доверительное сообщение информации другому лицу с ожиданием, что он будет хранить ее в тайне, называется конфиденциальностью. Поскольку доверие пациента к врачу является фундаментальным морально-психологическим основанием их взаимоотношений в целом, конфиденциальность относится к традиционным понятиям медицинской этики (врачебная тайна), конкретизируя два основных ее принципа — уважение человеческого достоинства пациента и непричинение вреда.

Врачебная тайна, как известно, охраняется законом (ст. 30, 49, 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»; ст. 8, 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Конечно, юридические нормы не могут отразить всего многообразия конфиденциальных взаимоотношений врачей и пациентов, а также их родственников и близких, поэтому в основном эта сторона взаимоотношений регулируется моралью и этикой. Тем более-что закон устанавливает исключения из правила конфиденциальности в медицинской практике, что создает противоречивые, конфликтные житейские ситуации, выход из которых врачу помогает найти профессиональная этика.

Действующее российское законодательство предписывает врачу сообщать конфиденциальную медицинскую информацию, даже если на то нет согласия пациента, в следующих конкретных случаях: 1) законным представителям несовершеннолетних или недееспособных пациентов; 2) по запросу органов дознания, следствия, суда, прокуратуры. Помимо этого существуют четыре типа ситуаций, в которых и закон, и этика допускают возможность нарушения конфиденциальности. Это ситуации, где психиатр убежден в том, что пациент совершит опасные действия. Сюда относятся: 1) самоубийство — и тогда этика не препятствует сообщать членам семьи (близким) пациента о его суицидальных намерениях; 2) убийство или иные насильственные акты — и тогда об этом предупреждается предполагаемая жертва либо правоохранные органы; 3) распространение инфекционных заболеваний (в том числе венерических, СПИДа), массовые отравления и поражения — и тогда информируются лица, находившиеся в контакте с больным, а также органы здравоохранения, гражданской обороны и др.; 4) жестокое обращение с детьми (включая сексуальные злоупотребления) — и тогда, в зависимости от конкретной ситуации, сведения направляются родителям либо правоохранным органам, администрации детских учреждений, органам опеки и попечительства.

Право нарушения конфиденциальности в указанных ситуациях связано с моральной ответственностью психиатров за опасное поведение больных и

способностью (хотя и весьма ограниченной) психиатров прогнозировать такую опасность. Однако данное право может быть реализовано врачом только в случаях, когда у него нет иной возможности предотвратить опасное поведение пациента.

Уважение к профессии. Принцип уважения к профессии включает в себе этический императив к осмыслению каждым психиатром, во-первых, специфики предмета психиатрии как науки и социальной практики, а во-вторых, задач психиатрического образования. Перманентный процесс этической рефлексии в этих направлениях формирует в сознании личности, выбравшей психиатрию своей профессией, облик идеального психиатра.

Список литературы.

1. Психиатрия. Учебник. Коркина М.В.Лакосина Н.Д. Личко А.Е. М. ,2005.
2. История и эпистемология пограничной психиатрии. Овсянников С. А ., М., 2005.
3. Клиническая психиатрия под ред. Т.Б.Дмитриевой Руководство для врачей. М., 2009.
4. Диагностика психических нарушений Практикум Ю.Г.Демьянов СПб., 2009.
5. Общая психопатология А.О.Бухановский, Ростов - на – Дону,- 2008.
6. Гиндикин. В.Я. Психиатрия М., 2001.
7. Авербух Е.С. Авербух И.Е. Краткое руководство по психиатрии Л., 2012.
8. Нарушения и патологии психики. Р. Комер. М., 2002.
9. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия М.,2004.
10. Карл. Ясперс. Общая психопатология. Практика. М., 2011.
11. Гиляровский В.А. Руководство для врачей и студентов.- М., 2008.

12.

Оценка и документация психопатологических данных. Учебно-методическое пособие Яковлев В.А. Москва 2009

13.