

Содержание:

1. Введение
2. Развитие этических норм в истории психиатрии
3. Лечение психических больных и права человека
4. Специфика этических проблем в психиатрии
5. Нравственные принципы в психиатрии
6. Модели психических заболеваний
7. Моральные конфликты в психиатрии
8. Этика медсестры психиатрического учреждения
9. Психотерапевтическая роль медсестры
10. Список использованной литературы

Введение

Наиболее действенная и рациональная медико-психиатрическая помощь предоставляется в условиях психиатрического стационара. Тем не менее и в наше время в сознании некоторых людей еще живут такие представления о психиатрии и психических заболеваниях, которым, казалось бы, давно уже пора уйти из сознания, кануть в прошлое. Еще и теперь кое-где встречаются попытки объяснять психопатологические проявления с позиции участия сверхъестественных сил, наблюдается пессимистический подход к судьбе психически больных, неверие в лечение, предрассудки в суждениях о психических болезнях.

Развитие этических норм в истории

психиатрии

Психиатрия сравнительно недавно выделилась в самостоятельную медицинскую дисциплину. По словам П. Б. Ганнушкина, она долгое время была отделена от медицины. На всех этапах развития психиатрии ее теория и практика были тесно связаны с научными понятиями о психическом здоровье и болезни, с существующим законодательством, философией, моралью. Каждому этапу развития общества были присущи свои представления о природе психической болезни, о больном, о его правах и обязанностях. Даже в одно и то же время в различных государствах имелись существенные отличия в системах отношения общества к психически больным. В свое время об этом писали Ф. Пинель, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, В. Х. Кандинский, А. У. Фрезе, В. А. Гиляровский, Т. И. Юдин, П. Б. Ганнушкин, Ю. В. Каннабих и другие отечественные и зарубежные психиатры. Так, С. С. Корсаков утверждал, что “по тому, как устраивает своих душевнобольных данное общество, можно судить о степени распространения цивилизации в нем”.

В Московском государстве в XVI—XVII веках отношение к психически больным, как пишет Т. И. Юдин, “...было довольно дифференцированным: одних почитали святыми прорицателями, других держали в поместьях для забавы, третьих посылали на костры, четвертых “для вразумления” в монастыри, наконец, немногих, социально опасных, бессодержимых держали в тюрьмах; безобидные больные при этом оставались на свободе”. Но даже такое положение больных в России было, по мнению автора, значительно гуманнее, чем в Западной Европе.

Гуманистические идеи в отечественной психиатрии имеют давние традиции. В дореволюционной России пионером общественной психиатрии был И. Ф. Рюль. Будучи “попечителем по нравственной части” дома умалишенных, он в 1832 г. разработал устав для психиатрической больницы “Всех скорбящих”. Свой гуманизм к душевнобольным И. Ф. Рюль выразил в эпиграфе к одной из своих книг:

“Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека—рассудок, не отказывая подать ему руку благотворительной помощи и страшись не признать его себе подобным”. Примечательно, что эти слова, проникнутые чувством гуманизма к душевнобольным, были высказаны автором за два десятилетия до “эпохи Конолли” в мрачное время николаевской реакции.

Значительный вклад в разработку правовых и нравственных проблем в области психиатрии внесли В. Ф. Саблер, П. П. Малиновский, И. М. Балинский, С. С. Корсаков, П. П. Кащенко, В. И. Яковенко и другие психиатры. Особенно велики заслуги в этом деле С. С. Корсакова. Ученый, мыслитель, психиатр-гуманист, врач-общественник, он является одним из основоположников современной научной психиатрии. С. С. Корсаков высказал прогрессивную мысль о том, что многие психические заболевания человека излечиваются и имеют благоприятный исход. Для улучшения лечебного дела в больницах он предлагал ввести: систему морального влияния; систему нестеснения; систему открытых дверей; систему рабочего режима; систему пестильного режима. По его замыслу, психически больные в лечебном учреждении должны получать необходимую нравственную опору и помощь, приобщаться к посильному умственному и физическому труду.

Однако гуманистические идеи отечественной психиатрии лишь частично осуществлялись на практике, так как на своем пути они встречали непреодолимые препятствия. Это были и косность правительства, и бюрократизм чиновников, и, наконец, социальное неравенство людей, в связи с чем многие усилия психиатров-гуманистов, направленные на улучшение социального положения психически больных, остались благими пожеланиями, высказанными в духе фейербаховской морали. Наиболее же дальновидные психиатры понимали, что “множество факторов, влияющих на распространение болезней, таковы, что ослабление их требует чрезвычайных усилий и часто коренного переустройства общественных отношений и условий” (С. С. Корсаков).

В советской психиатрии вопросы медицинской этики и деонтологии разрабатываются на теоретической основе диалектического и исторического материализма, исходя из марксистского понимания человека как совокупности общественных отношений. Важно подчеркнуть, что этика и деонтология советской психиатрии, с одной стороны, унаследовали лучшие, гуманистические, традиции мировой и отечественной медицины, а с другой—тесно связаны с коммунистической моралью, которая успешно развивается и

обогащается на новой социально-экономической и мировоззренческой основе развитого социалистического общества. Этот важный методологический принцип позволяет рассматривать медицинскую этику и деонтологию в психиатрии не в духе абстрактного гуманизма, а в конкретно-исторических условиях жизни общества, где непреходящая духовная культура прошлого, вступая во взаимодействие с настоящей, обретает регулирующую силу в многогранном процессе врачебной практики.

Было время, когда психиатрические больницы с постоянными решетками на окнах, закрытыми дверьми производили впечатление неприступных крепостей. Помещение в такую больницу принималось профанами, как писал О. Бумке, за гражданскую смерть, “после которой не существует воскресения”. Он писал, что врач, дающий совет поместить больного в психиатрическую больницу, часто достигал только того, что в будущем от его помощи совсем отказывались. Страх перед психиатрической больницей был силен — ее рассматривали как “кладбище погибших рассудков”. С помещением больных в психиатрический стационар не очень торопились — считалось, что они должны “созреть” для больницы. Иначе говоря, они должны потерять надежду на излечение, прежде чем будут, как об этом выражались, “погребены в стенах сумасшедшего дома”.

В советской психиатрии отношение к психически больным коренным образом изменилось. Появились новые формы психиатрической помощи, в том числе дневные стационары. Разрабатывалось много новых архитектурных форм стационаров данного профиля с учетом требований того времени клинической психиатрии и социальных запросов, гигиены и эстетики. В организации этих форм психиатрической помощи отражалось стремление создавать вокруг больного дружескую, поистине домашнюю обстановку и предоставить ему всевозможные удобства. Постепенно исчезли огромные палаты, канули в вечность “изоляторы”.

В современном психиатрическом отделении к услугам пациентов радио, телевизор, библиотека, настольные игры; на окнах шторы, на стенах картины. Во многих отделениях разрешается носить свою одежду. При организации новых форм стационарной помощи учитывается роль влияния среды на состояние больных. При направлении пациента в психиатрический стационар врач руководствуется положением, что чем раньше начать лечение, тем больше оснований полагать, что оно окажется наиболее действенным. Имеет значение и учет той социальной опасности, которую больной представляет для себя и окружающих.

Лечение психических больных и права человека

Еще и теперь направление больного в психиатрическую больницу часто представляется и ему самому, и его родственникам крайне нежелательным. Они опасаются, что это скажется отрицательно на их дальнейшей жизни. Особенно это касается заболевших молодых людей. Нередко приходится наблюдать, как вследствие подобных установок родственников больные с выраженными суицидальными тенденциями, отказами от пищи по бредовым мотивам содержатся в домашних условиях, не получая надлежащей помощи. Пропускаются сроки лечения — время идет, а выжидание иногда приводит к трагическим последствиям. Жертвой такого выжидания становятся не только больные, но иногда и окружающие их близкие люди.

При шизофрении, например, больной не осознает болезни и попытку поместить его в психиатрическую больницу отвергает, а стремление реализовать направление воспринимает как насилие. Правда, в ряде случаев эмоциональное угасание пациентов способствует тому, что направление в стационар воспринимается безучастно. Но это бывает редко, преимущественно у давно болеющих. Бывает, что в силу недостаточного внимания окружающих заболевший шизофренией направляется в стационар спустя длительное время после начала заболевания. Иногда психически больные, в особенности те, у которых психопатологические симптомы не очень ярко выражены, долгое время воспринимаются как странные люди, чудаки. На лечение они попадают лишь после какого-либо совсем необычного поступка.

Деонтологический подход к психически больному не исключает возможностей принуждения, когда дело идет о необходимости направления в психиатрический стационар. Однако нельзя признавать целесообразным

обман больных, особенно, когда придумывают что-то такое, что отрицательно влияет на психическое состояние пациентов и их лечение. Больные теряют доверие к врачу и это сказывается впоследствии на установлении с ним контакта. Перед госпитализацией больным разъясняют ее необходимость и лишь в случаях безрезультатности такого рода разъяснений применяют принуждение. С течением времени, когда состояние психического здоровья у них улучшается, больные сами начинают понимать необходимость стационарного лечения и перестают рассматривать его как покушение на их свободу.

В случаях состояний нарушенного сознания, когда определяется неспособность пациента руководить своими действиями, возможно принудительное стационарирование. Известно, что направление психически больного в стационар иногда может носить драматический характер и тяжело переживается и самим больным, и его родственниками.

Психически больной человек не всегда осознает, что он болен. Поэтому факт помещения его в психиатрический стационар встречается как насилие и нередко вызывает сопротивление. В стационаре такой больной нередко сопротивляется лечебным воздействиям и необходимости соблюдать режим. Врачам и персоналу отделения приходится прибегать к принуждению, которое, однако, не должно противоречить гуманному подходу к больному.

Недопустимо, чтобы пациент терял доверие к врачу и родственникам в ситуациях, когда положение дела вынуждает преодолевать сопротивление больного, ибо это отражается на последующем контакте с врачами и персоналом. А в психиатрии контакт — фактор огромного лечебного значения. Предпринятый в отношении больного обман надолго остается в его памяти как обстоятельство, унизившее чувство его собственного достоинства. Сопротивление больного и следствие этого — принуждение — обусловлено, прежде всего, непониманием, а нередко ложным пониманием ситуации, обусловленным, например, бредовыми мотивами. В таких случаях наряду с подозрительностью, обидой, гневом, недоверием, антипатией возникают реакции, осложняющие течение болезни и вредно сказывающиеся на отношениях больного.

Известно, что к принуждению в определенных случаях прибегают и врачи других профилей, но их пациенты понимают адекватность, законность и необходимость таких требований. Психически же больные не всегда способны отнестись в достаточной мере рассудительно к делу и уразуметь мотивы, которыми руководствуются врачи, осуществляющие принуждение. Именно отсутствие понимания и неверное толкование мотивов запрета или принуждения вызывают отрицательные эмоции, а нередко и патологические реакции, осложняющие не только взаимоотношения с персоналом, но и течение болезни.

В условиях психиатрического стационара в ряде случаев невозможно обойтись без запрещений и принуждения. Одному больному не разрешают свидания из-за психического состояния, например, эпилептику в период дисфории. Другому отказывают в свободном выходе из отделения, учитывая его склонность к побегу, третьего надо перевести в поднадзорную палату, так как существует опасность самоубийства, четвертому запрещается иметь при себе недозволенные предметы. В ответ на это больные обижаются, сердятся, возражают, спорят, ругаются, угрожают, замыкаются и т. п. От умения врача в каждом отдельном случае принять правильное решение, поговорить с больным и уговорить его подчиниться требованиям врачей и персонала зависит очень многое не только для спокойствия больного, но и для режима в отделении. Здесь имеет значение личность психиатра, его опыт, квалификация, умение обходиться с больным, уровень его культуры, моральные качества, понимание долга, искусство убеждать, вдумчивость и рассудительность в отношении каждого больного.

Решения относительно запретов и принуждений лучше принимать коллегиально, чтобы избежать психической травматизации. Сама постановка работы в отделении должна доказывать больным, что действия врачей и персонала диктуются не соображениями симпатии или антипатии, а делом, необходимостью эффективной работы, в первую очередь лечения, и что они справедливы и обоснованы. На пятиминутках при обсуждении состояния пациентов, их поведения следует строго объективно оценивать сведения персонала. Но нельзя оставлять без внимания и жалобы больных. Ни одна из них не должна оставаться неразобранной, особенно в тех случаях, когда речь идет о несправедливом отношении, ущемлении интересов больного. Его всегда необходимо ставить в известность, какие последствия имела его жалоба.

Специфика этических проблем в психиатрии

Специфика этических и деонтологических проблем в психиатрии определяется следующим: 1) предметом психиатрии; 2) спецификой обследования, диагностикой и лечением психически больных; 3) особенностями отношения психически больных к своей болезни и лечебному процессу; 4) социальным положением психически больного человека в обществе (в микро- и макросоциальной среде) и тем нравственно-психологическим климатом, который создается вокруг него; 5) отношением населения к психически больному человеку и к психиатрическому диагнозу; 6) спецификой врачебной тайны. Указанные особенности ставят психиатрию в особое положение. С одной стороны, психиатрия опирается на общие принципы медицинской этики, а с другой—решает присущие только ей этикодеонтологические проблемы. К этим вопросам прежде всего и должно быть привлечено внимание врача-психиатра.

Врач-психиатр обследует больного, ставит диагноз, назначает лечение, планирует и осуществляет реабилитационные мероприятия. Его интересует не только объективная клиническая картина болезни, но и личность больного с присущей ей системой общественных отношений. Будучи включенным в функционирующую систему социальных связей, больной обменивается информацией (медицинской, правовой, этической, эстетической и другими видами) с окружающей его социальной средой. Конечный результат от полученной и переработанной информации определяется как ее количественными и качественными характеристиками, так и психическим состоянием больного, его личностными особенностями. Но во всех случаях она оказывает то или иное влияние на субъективную картину болезни и самочувствие больного, поэтому всю информацию, поступающую к больному, нельзя оставлять вне поля зрения врача-психиатра. Она всегда должна оцениваться с этико-психологических точек зрения, и исходя из принципов медицинской этики и деонтологии врач должен решать вопрос, насколько она отвечает интересам больного, его выздоровлению и социально-трудовой реабилитации. В современной психиатрии имеется целый ряд нерешенных этико-психологических проблем, которые в конечном счете затрагивают личность больного. Так, едва ли с этической точки зрения можно оправдать применение понятий о “некурабельных” “безнадежных” больных. Вне сомнений, эти термины несут в себе элементы ятрогении и отрицательно влияют на весь лечебный процесс, заранее создавая неблагоприятную нравственно-психологическую обстановку вокруг больного. То же можно сказать и о делении больных на “интересных” и “неинтересных”. Ведь в соответствии с таким делением распределяется и внимание медицинского персонала между больными. Поэтому одностороннее увлечение атипичной клиникой нередко ущемляет интересы другого больного, для которого важны не академический спор об “интересности” или “банальности” того или иного случая, а восстановление его здоровья, чуткость и внимание врача. Развитие современной психиатрии связано с преодолением ею ряда объективных трудностей. Они обусловлены сложностью разрабатываемых в психиатрии проблем, которые на различных условиях исследования имеют свои специфические особенности. Так, на основе только медико-биологических исследований мы не сможем понять всех проявлений личности больного, механизмов ее социальной адаптации, дезадаптации и реадaptации. Зачастую не укладываются в общенаучные модели болезни частные клинические случаи, когда больные, перенесшие, например, приступ шизофрении, остаются социально адаптированными, сохраняя свои профессиональные качества. В связи с этим иногда возникает необходимость в пересмотре или снятии диагноза, что позволяет значительно расширить сферу социальной активности больного. Но при этом возникает ряд связанных друг с другом клинических, правовых, этико-деонтологических, социально-психологических проблем. Остановимся на некоторых из них.

Клинические наблюдения показывают, что основным признаком шизофрении являются характерные изменения личности больного. Без их выявления диагноз шизофрении неубедителен. Но возникает вопрос: насколько личность больного отклоняется от нормы? Ответить на него, руководствуясь только психологическим понятием личности, невозможно, ибо оно не совпадает с клиническим представлением об изменении личности при данном заболевании.

У больных шизофренией нарушается в первую очередь узкий круг их личностных отношений, в то время как высокие моральные понятия долга,

чувства ответственности за порученное дело сохраняются, поэтому не так уже редки случаи, когда эти больные, находясь в психотическом состоянии, добросовестно выполняют порученное им дело, проявляют внимание и заботу к людям. Патобиологический процесс при шизофрении поражает прежде всего те стороны личности, которые у нее еще до болезни отклонялись от нормы. Очевидно поэтому прослеживается определенная связь между преморбидными особенностями личности больного, формой и типом течения шизофрении.

Однако этим не ограничивается проблема взаимоотношения личности больного шизофренией и окружающей социальной среды. В определении нозологической сущности шизофрении важно разрешить следующую дилемму: является ли шизофрения особой психической реакцией, как это полагают многие зарубежные авторы? Если принять такую точку зрения, то тогда сотрутся грани между шизофренией, с одной стороны, и невротами и психопатиями—с другой. конечном счете это поведет к возрождению концепции “единого психоза”, пересмотру правовых и нравственных отношений общества к психически больным.

Советские психиатры рассматривают шизофрению как патобиологический процесс, связанный с аутоинтоксикацией центральной нервной системы. Вследствие этого у больных шизофренией нарушаются психофизиологические предпосылки к адекватному отражению окружающей действительности. Поэтому диагноз шизофрении в любом ее клиническом варианте возможен только при условии, что у больного обнаруживаются определенные нарушения мышления, эмоций, чувств, которые закономерно проявляются в динамике клинических явлений и специфических изменений личности.

Больной всегда по-своему относится к болезни. При шизофреническом процессе мы нередко наблюдали больных, активно противостоящих болезненным изменениям тем настойчивее, чем большими социальными качествами обладала их личность в преморбидном состоянии. Такие больные нуждаются в чутком и внимательном отношении со стороны медицинского персонала, родных и близких людей. Забота врача, поведение медицинских сестер и всего обслуживающего персонала в соответствии с принципами медицинской этики и деонтологии могут адекватно восприниматься пациентом даже при наличии у него выраженных психических нарушений. Среди части населения довольно распространено мнение о том, что о человеке, переболевшем шизофренией или находящемся в состоянии ремиссии, должен заботиться только врач-психиатр. У истоков таких представлений стоят неправильные взгляды людей на психическое заболевание, которое якобы полностью лишает личность больного ее нормальных проявлений. Конечно, психически больной с наличием паранойяльного бреда невменяем в отношении совершенного им правонарушения. Но в то же время больной с паранойяльным бредом, не имеющим антиобщественного характера, при наличии у него положительной установки на труд должен быть трудоустроен обществом. Благодаря трудовой деятельности человек, перенесший психическое заболевание, включается в определенную систему общественных отношений, расширяя и обогащая сферу своего межличностного общения. В процессе труда восстанавливаются и формируются такие важные моральные качества личности, как трудолюбие, добросовестность, усердие. Трудоустройство больного способствует его социальной адаптации, благотворно влияющей на сознание и самосознание.

Есть свои клинические и этико-психологические проблемы в детской психиатрии. Они связаны прежде всего с характером заболевания ребенка и непосредственной зависимостью его от семьи и общества, поэтому детскому психиатру приходится заниматься не только лечением, но и вопросами организации воспитания и обучения ребенка. Дети, особенно больные, весьма чувствительны к окружающему их нравственно-психологическому климату. Многие из них лишаются самого необходимого—непосредственного межличностного общения со своими сверстниками. Правильно организованная система общения приобретает в этих условиях первостепенное значение, так как она обеспечивает ребенка необходимой для его психического развития информацией. Вот почему все лица, с которыми ребенок общается в процессе лечения, учебы и отдыха, должны обладать высокой культурой, действенными нравственными принципами, убеждениями, поступками. Общими усилиями они призваны готовить ребенка к жизни, всячески стимулировать его жизнелюбие, самостоятельность, активность, любознательность.

Большое влияние на жизнь больного ребенка оказывают его родители,

особенно мать, и чем меньше ребенок, тем более он зависим от нее. Многие отечественные и зарубежные психологи считают, что для нормального психического развития ребенка ему необходимо хотя бы в течение первых 2—3 лет жизни постоянно общаться с матерью. В процессе общения с ней он овладевает речью и формируется как личность. Даже лучшие дошкольные учреждения не могут адекватно заменить благотворного влияния матери на психическое развитие ребенка. Еще большего внимания к себе требует ребенок с теми или иными психическими нарушениями. Он постоянно нуждается в помощи матери, которая под руководством медицинского персонала, педагогов, воспитателей принимает активное участие в выполнении медицинской и учебно-воспитательной программы в отношении своего ребенка.

Нравственные принципы в психиатрии

Наиболее полно и всесторонне нравственные принципы психиатрии реализуются на практике в системе “врач — больной”. Здесь психиатрическая служба здравоохранения оценивалась и оценивается больными в нравственных понятиях справедливости и несправедливости, гуманности и бесчеловечности, честности и обмана. Однако нравственные оценки чутко реагируют не только на события, происходящие в системе “врач—больной”, но выполняют регулятивные функции и в других сферах жизнедеятельности психически больного человека — в семье, трудовом коллективе и других социальных группах. Эта обширная сфера представляет собой реальное взаимодействие больного с обществом — его социальное бытие.

В процессе совместной жизнедеятельности здоровых и психически больных людей у них складываются определенные моральные отношения, где формируется их нравственное сознание и самосознание. Существенная особенность индивидуального нравственного сознания заключается в том, что оно принадлежит конкретной личности, обладающей сложной психологической структурой. Поэтому медицинская этика и деонтология в психиатрии сопрягаются с учением о личности, вопросами воспитания и самовоспитания здорового и больного человека. Она также вступает во взаимосвязи с медицинской психологией, медицинской педагогикой и социологией.

Психически больного человека, как и соматически больных, нельзя рассматривать только в качестве пассивного объекта врачебного воздействия. Он выступает и как активный субъект, обладающий определенным жизненным опытом, установками, целями. Поэтому все нравственные проблемы в психиатрии следует решать не на уровне монолога врача или диалога в замкнутом кругу медицинских работников, а в непосредственном, творческом общении врача с больным, его родственниками, обществом.

В моральном сознании врача-психиатра и больного отражаются их взаимоотношения в процессе лечебной практики, которые познаются и оцениваются ими с позиций ранее усвоенных нравственных норм. В этом проявляется единство познавательной, регулятивной и оценочной функции нравственного сознания личности в норме и патологии. Но этические и деонтологические принципы в психиатрии отражают отношения врача и пациента не в их непосредственном виде, а опосредуются образом жизни и той системой нравственных отношений к действительности, в которой они формировались как личности. В конечном же счете нравственные отношения имеют классовый характер. Поэтому медицинская этика и деонтология в психиатрии также характеризуются не только и не столько взаимоотношениями врача и больного, сколько их реальным положением в обществе.

С этой точки зрения становятся понятными различия в нравственных принципах психиатрии в условиях социалистического здравоохранения и медицины капиталистических стран.

Врач-психиатр “застает” те или иные моральные принципы психиатрии как нечто реально существующее, как определенные нравственные знания и нравственный опыт предшествующих поколений. Врач не в силах “отменить” их, так как они отражают объективную потребность общества и в виде социальных институтов выполняют регулятивную функцию в сфере врачебной деятельности. Этим, разумеется, мы нисколько не умаляем активности личности при выборе целей нравственного поведения и

осуществления их на практике, ибо обстоятельства в такой же мере творят человека, в какой сам человек творит их. И это положение соответствует марксистскому пониманию личности как активного субъекта деятельности.

Психически больной человек в отличие от человека с нормальной психикой не всегда ответствен за свои слова, поступки и действия. По своему психическому состоянию он может быть тяжелым в быту, семье, трудовом коллективе, в больнице и других общественных местах. Но это психически больной человек. И он, находясь в психотическом состоянии, не отвечает за свои действия ни морально, ни юридически, поэтому врач-психиатр в сфере профессиональной деятельности должен прежде всего руководствоваться юридическим правом, нравственными принципами этики и деонтологии в психиатрии. Он, как никакой другой представитель медицины, выполняет не только диагностические и лечебные функции, но защищает юридические и моральные права больного. Это трудная работа, требующая от врача, кроме наличия профессиональных знаний, еще и определенных свойств личности. Учитывая особые требования, предъявляемые к врачу-психиатру, комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения по подготовке психиатров счел необходимым указать, что для личности психиатра желательны следующие качества: теплота в отношениях с людьми, способность к сочувствию и пониманию человеческих чувств. Так как для оценки таких качеств личности нет объективных критериев, то комитет рекомендовал при отборе кандидатов для подготовки психиатров отказывать лишь явно нежелательным лицам. Основанием к отказу является наличие у кандидата характерных черт психопатической личности, выраженной эмоциональной неуравновешенности или безответственности. Комитет считает, что в процессе профессиональной деятельности психиатра возникают такие эмоциональные нагрузки, с которыми не могут справиться легкоранимые люди. И с этим мнением следует считаться.

Однако мы не склонны преувеличивать роль природных задатков личности в профессиональной деятельности врача-психиатра. В конечном счете специалист формируется всей системой обучения и воспитания. Нравственное же воспитание врача-психиатра направлено на выработку у него соответствующих убеждений, нравственных склонностей, привычек, устойчивых моральных качеств. С учетом специфики профессиональной деятельности врача-психиатра ему надо обладать выдержкой, самоконтролем, высоким самосознанием,—тогда он сможет осуществлять контроль над своими эмоциями и чувствами, подчиняя их профессиональному долгу, принципам медицинской этики и деонтологии.

Самоконтроль и самообладание как одна из форм самоконтроля обеспечивают сознательное саморегулирование личностью своего поведения, мотивов и целей деятельности. Самоконтроль необходим и в процессе воспитания и самовоспитания. Эффективность самоконтроля, его действенность определяются как уровнем развития сознания и самосознание личности, так и материальной и духовной жизнью общества в целом.

Во взаимоотношениях медицинского персонала с психически больным важное значение имеет такой моральный принцип, как **доброта**. Однако в практической деятельности врача-психиатра встречаются случаи, когда отдельные больные и их родственники злоупотребляют этим качеством, используя добрые отношения к ним в сугубо эгоистических целях. В таких случаях злоупотребление добротой расценивается как несправедливость и подлежит моральному осуждению. Подобные ситуации иногда встречаются, например, в наркологической практике, когда пациенты бывают неискренни, злоупотребляют доверием и добротой окружающих во вред своему здоровью и здоровью других людей. В таких случаях врач, опираясь на профессиональный и нравственный опыт, должен быть справедливым и беспристрастным при оценке своих и чужих действий, ибо там, где нарушается этическая мера справедливости, как правило, создаются объективные условия для возникновения моральных конфликтов.

Этическая категория справедливости тесно связана с понятиями “нравственный идеал врача”, “врачебный долг” и другими категориями медицинской этики и деонтологии. Известно, что психически больной человек вне болезненных переживаний тонко чувствует отношение к себе со стороны медицинских работников и окружающих его людей, поэтому врач-психиатр всегда должен стремиться к справедливости в отношениях с ним, с его родными и близкими. А это требует от врача развитого морального чувства совести, и чем глубже он осознает свой долг перед обществом и конкретным больным, тем строже врач оценит свои поступки и действия, исходя из осознанных им нравственных убеждений.

Во врачебной практике справедливость охватывает не только область взаимоотношений больного с врачом, но социальное бытие пациента, включая материальные условия его жизни, право и другие аспекты жизнедеятельности. Совесть же врача и пациента выступает как свойство их личности, которое проявляется в способности каждого из них к самоконтролю, объективной оценке своих мыслей, чувств, поступков по отношению к себе и к другим людям. В процессе медицинской практики отступления от требований справедливости могут нарушать моральное удовлетворение как врача, так и пациента, вызывая у них тяжелые нравственные переживания. Справедливость в деятельности врача-психиатра неотделима от его профессионального долга, выражающего наиболее полно его моральные обязанности перед психически больными и обществом. Именно во врачебном долге реализуются на практике гуманистические принципы советской медицины. Глубоко осознав свой долг, врач-психиатр поступает в соответствии с ним и побуждает к этому весь медицинский персонал и общество в целом.

Модели психических заболеваний

Известно, что психическая болезнь проявляется не только на уровне биологических закономерностей. Она затрагивает личность больного, изменяя образ мыслей и образ действий. В таком понимании болезнь является экстремальной ситуацией как для больного, так и для членов его семьи. Каждая болезнь воспринимается и оценивается личностью в зависимости от ее индивидуальных особенностей, характера заболевания и имеющейся у нее медицинской информации. В настоящее время довольно часто встречаются пациенты, которые еще до прихода к врачу располагают некоторыми сведениями о своей болезни. Эту информацию они получили либо из доступной им медицинской литературы, либо из других источников. Иногда аналогичной информацией располагают и родственники больного, но их отношение к ней может существенно отличаться от оценки ее больным. Оценка заболевания больным и его родственниками зачастую не совпадает с оценкой врача. Таким образом, мы имеем три реально существующие модели болезни. Их полная или частичная несовместимость служит иногда поводом для образования конфликтных этико-психологических ситуаций. Они могут возникать при решении вопроса о стационарировании больного в лечебное учреждение, при выборе форм и методов лечения, при постановке и снятии диагноза, при переводе больного на инвалидность и по другим причинам. В каждом конкретном случае перед врачом стоит сложная задача — сформировать у больного и его родственников такое представление о болезни, которое способствовало бы успешному проведению всего лечебного реабилитационного процесса. Для этой цели он использует все средства для воздействия на их сознание и самосознание, создает вокруг них соответствующую окружающую обстановку, действуя при этом словом и делом.

Научная модель психической болезни весьма изменчива и зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Она отражает как объективные медико-биологические закономерности патологического процесса, так и связанную с ним систему отношений общества к больному, поэтому каждому этапу развития психиатрии присущи свои представления о болезни, ее клинических, этико-психологических и правовых аспектах. В своей обобщенной форме научная модель болезни обезличена, но в каждом конкретном случае она обретает действенную силу, ставя психически больного человека в соответствующие рамки практической медицины, медицинской этики и права.

Больной и его родственники, осознавая или не осознавая данную ситуацию, объективно сталкиваются с ней, так как она санкционирована обществом и возведена в ранг научных положений, правовых норм и нравственных принципов. И задача врача-психиатра состоит в том, чтобы привести их представления в соответствие с реальной действительностью. Конечно, нет необходимости вводить больного и его родственников в круг профессиональных знаний о болезни, но дать (с учетом медицинской этики и деонтологии) исчерпывающую информацию о проблемах, которые встали перед ними в связи с болезнью, — профессиональный и моральный долг врача-психиатра. **Это могут быть вопросы, касающиеся выбора методов лечения болезни, ее прогноза, трудоспособности и дееспособности больного, взаимоотношений его в семье и в других формальных и неформальных социальных группах, где формируется определенное общественное**

мнение о больном и его заболевании. При разрешении этих проблем могут возникать моральные конфликты. В конфликтной ситуации, возникающей либо в сфере межличностного общения врача и пациента, либо в самой личности, человек поставлен перед необходимостью выбора одного поступка и действия из двух возможных, но взаимоисключающих друг друга. Поэтому выход из морального конфликта всегда сопряжен для личности с осознанием содержательной ценности моральных норм применительно к конкретной жизненной ситуации и своего поведения в ней. В таких случаях перед личностью врача и пациента могут возникнуть проблемы двоякого плана: выбор из двух моральных требований одного, выбор морального или неморального (правового и др.) поведения.

Моральные конфликты в психиатрии

Моральные конфликты в сфере медицинской практики всегда затрагивают интересы личности, но возникновение конфликтов, их развитие и исход иногда не зависят от воли этой личности, так как в них участвует и вторая сторона, обладающая определенными взглядами, юридическими правами, интересами, волей. Поэтому моральные конфликты в психиатрической практике, имея объективный характер, затрагивают интересы не только отдельных личностей (врача и пациента), но касаются интересов и окружающих их людей, приобретая для каждого из них определенное общественное значение и личностный смысл. Не случайно поэтому моральные конфликты в сфере медицинской практики всегда вызывают интерес в общественности, заставляя участников конфликта тяжело и нередко мучительно переживать этот факт.

Выход из назревающих или уже происходящих моральных конфликтов может быть найден только путем принятия сознательного решения врачом или пациентом с учетом высших моральных ценностей. Моральные конфликты могут возникать в работе каждого врача. По их причинам и исходу можно ретроспективно судить о моральном облике медицинского работника, его жизненной позиции, убеждениям, принципам.

Существуют различные подходы к объяснению моральных конфликтов, возникающих в медицинской практике, в том числе и в психиатрии. Одни авторы считают, что причина их лежит в сфере объективных социальных явлений, другие видят их в сфере психологических взаимоотношений людей друг с другом. Есть и такие точки зрения, которые отрицают существование моральных конфликтов.

Для подлинно научного понимания объективных и субъективных причин моральных конфликтов в медицине необходимо выявить объективные истоки нравственных противоречий. Оперативный сбор, обработка и оценка объективной информации о конфликтной ситуации позволяет найти наиболее эффективный “инструмент” для ликвидации конфликта. Все нравственные конфликты, возникающие в практической деятельности врача-психиатра, могут быть разрешены двукратным путем: изменением объективных условий, создающих конфликтную ситуацию; совершенствованием нравственных отношений, дальнейшим улучшением нравственного воспитания и самовоспитания личности. В этом и проявляется диалектическое единство объективных и субъективных факторов в возникновении, развитии и исходе нравственных конфликтов в медицине.

Уже давно замечено, что в психиатрических больницах отмечаются “хорошие” смены санитарок и медицинских сестер, когда поведение больных становится более упорядоченным и резко сокращается количество конфликтных ситуаций между ними. Этот факт из повседневной больничной жизни свидетельствует о том, что нравственное воспитание персонала является неотъемлемой частью его профессиональной подготовки.

Этика медсестры психиатрического учреждения

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры. Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в нашей стране, основной целью которой явилось утверждение автономии и самодостаточности этой профессии. Этический кодекс составлен с учетом новых идей, определяющих

содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медсестры, в частности. Кодекс в развернутом виде отразил современные представления о правах пациента, которые как бы диктуют содержание конкретных обязанностей медсестры, определяют формулу ее морального долга. Он составлен на основе Устава ВОЗ (1946), Этического кодекса медицинских сестер Международного совета медицинских сестер (1973) и ряда других международных документов, в том числе Кодекса профессиональной этики психиатра (принят Российским обществом психиатров в 1993 г.).

В соответствии с этими документами, медсестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции. Вспомним еще раз слова медицинской сестры Флоренс Найтингейл, сказанные ею почти 100 лет назад; «Сестра должна иметь тройную квалификацию: сердечную — для понимания больных, научную — для понимания болезней, техническую — для ухода за больными».

Как видим, первое место в этой формуле занимает «сердечная квалификация», в высшей степени необходимая медсестрам учреждения психиатрического профиля. Не секрет, что со словом «психиатрия» у многих людей связаны малоприятные ассоциации. Обычно лица, наблюдающиеся или лечащиеся у психиатров, неохотно делятся этим с окружающими, а в некоторых случаях стараются скрыть данное обстоятельство. Медсестра любого психиатрического учреждения — стационара или психоневрологического диспансера — должна понимать, что, обращаясь в такие учреждения, пациент испытывает особое напряжение, волнение, а иногда и страх, и эти переживания накладываются на те страдания, которые вынудили его обратиться к психиатру.

Каждый из нас хотя бы раз находился в больнице или обращался в поликлинику, и впечатление о лечебном учреждении зависело не только от того, какое лечение было проведено, но и от того, как нас встретили врач и медсестра. В условиях лечебного учреждения первый с контакт пациента с медицинским персоналом и, в частности, с медсестрой имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет взаимоотношения с обеих сторон, чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений.

Все в медсестре должно располагать к себе пациента, начиная с ее внешнего вида (подтянутость, аккуратность, прическа, выражение лица). Совершенно неприемлемо обращение «больной», как будто пациент потерял право на имя и отчество. Чтобы между медсестрой и пациентом сложились партнерские отношения, пациент должен чувствовать, что вы хотите ему помочь. Только тогда возникает тот доверительный диалог, во время которого медсестра узнает необходимые ей сведения о пациенте, особенностях его личности, его мнение о заболевании, стационарировании, надеждах на выздоровление, планах на будущее. Во время таких бесед выявляются отношения пациента к родственникам, работе, другие проблемы, а все эти сведения дают медсестре возможность поставить свой сестринский диагноз.

При всем этом медсестра постоянно должна помнить, что партнерские отношения с больными не должны переходить в панибратские: ведущая роль всегда остается за ней. Она сочувствует больному, между ними устанавливается ток называемая эмпатия, т.е. медсестра способна познать суть и глубину переживаний и страданий пациента, но она не идентифицирует себя с его переживаниями. Пациент всегда должен быть уверен, что их беседы носят конфиденциальный характер.

Зная особенности переживаний больного, его личности, медсестра тактично объясняет пациенту не только его права, но и обязанности, рассказывает в доступной для больного форме о необходимых обследованиях, подготовке к ним, о предстоящем лечении. Согласно Закону Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», все манипуляции, обследования и необходимая терапия проводятся с личного согласия больного или (в детской психиатрии) с согласия родителей ребенка. Лишь в случаях, предусмотренных ст. 29 «Закона» для стационарирования и терапии не требуется согласие больного (если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих или беспомощность и неспособность осуществлять основные жизненные потребности).

Отказ пациента от того или иного вида обследования или лечения не должен вызывать к нему негативного отношения со стороны медицинского персонала.

Обязанность медсестры — быть честной и правдивой по отношению к пациенту, но разговоры о диагнозе, особенностях заболевания не могут выходить за рамки, обозначенные лечащим врачом. Это относится и к беседам медсестры с родственниками пациентов.

В то же время сведения, которые дают родственники, могут оказаться весьма ценными для понимания психического состояния больного, особенностей его личности. Их следует отразить в дневниковых записях и довести до врача. С другой стороны, все сведения о больном, методах лечения можно сообщать родственникам лишь по согласованию с врачом. Семья должна рассматриваться как сфера социальной адаптации, играющая определенную роль при лечении. Сменяющие друг друга медсестры должны обмениваться информацией о больных, учитывая особенности темперамента и характера коллег.

Взгляды врача и медсестры на какие-то особенности ухода за больным могут не совпасть. Тогда нужно очень тактично обсудить спорные вопросы с врачом, и, если согласие будет достигнуто, это облегчит работу. Обговаривать же такие ситуации с другими лицами или сразу обращаться с жалобами к руководству не стоит — это может привести к взаимным обидам, нежелательной обстановке в коллективе. Право отстаивать свою точку зрения должно сочетаться с высокой требовательностью к себе, способностью признавать и исправлять свои ошибки, обнаруженные самостоятельно или коллегами.

Гуманизм профессии создает основу для защиты личного достоинства медсестры, ее физической неприкосновенности, права на помощь при исполнении профессиональных обязанностей. Кстати, и ее жизненный уровень должен соответствовать статусу ее профессии. Медицинских работников и медсестер, в частности, нельзя принуждать к работе на неприемлемых для них условиях.

Требования Этического кодекса обязательны для всех медсестер России, в том числе психиатрического профиля. Право пересмотра Кодекса и толкование его отдельных положений принадлежит Межрегиональной Ассоциации медицинских сестер России.

Психотерапевтическая роль медсестры

Психотерапевтическая роль медсестры очень велика, где бы она ни работала. Не случайно вначале, когда институт медсестер только создавался, они назывались сестрами милосердия, так как заботились не только о теле, но и о душе больных.

Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным; в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих его выздоровление. Такая защита важна для людей любого возраста, но особенно для детей и престарелых.

Чтобы осуществить ее, медсестра должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять доброту, отзывчивость, участие. Но в ряде случаев просто хороших человеческих качеств недостаточно. Чтобы применять их профессионально, а значит, с высокой степенью надежности, надо усвоить определенные элементы медицинской психологии и психотерапии.

Психотерапевтическая деятельность медсестры территориальной поликлиники прежде всего должна быть направлена на такой сложный патопсихологический комплекс, каким является внутренняя картина болезни, т.е. понимание пациентом характера своего заболевания. Отношение больного к своей болезни может носить гипернозогностический или анозогностический характер; кроме того, возможно множество переходных состояний.

Гипернозогнозия — это субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагоприятного исхода. Она, как правило, возникает при резко развивающихся, острых соматических болезнях (приступы стенокардии, острые желудочно-кишечные боли и т.д.). У личностей с тревожно-мнительными, демонстративными (истерическими),

реже — с авторитарно-напряженными (эпилептоидными) чертами характера. Людям с тревожно-мнительными чертами характера свойственны постоянная готовность к тревоге по любым поводам, постоянные опасения за свое здоровье и здоровье своих близких. Естественно, что соматическое заболевание для них — почти катастрофа: а вдруг болезнь не пройдет, перейдет в хроническую форму? может, врач ошибся или скрывает от меня истинное положение дел, и все гораздо серьезнее? а вдруг это закончится летальным исходом? и т.д. Эти пациенты иногда, «на всякий случай» или специально могут преувеличивать свои жалобы, чтобы с ними «повнимательнее разобрались». Они также склонны тревожно прислушиваться к себе, к своим самым незначительным ощущениям. Такие больные нуждаются в успокоении, от них нельзя «отмахиваться» — это только усилит их страхи и осложнит течение заболевания.

У них, как правило, лабильная вегетососудистая система, которая легко отвечает на нервные перегрузки колебаниями артериального давления, частоты сердечных сокращений, появлением экстрасистол. Измерять артериальное давление у них надо не сразу по приходе в кабинет, а после хотя бы короткой успокаивающей беседы и по возможности не фиксируя их внимание на этой процедуре. Иначе давление может повыситься, что будет отражать только тревожное состояние пациента, а не являться симптомом соматической болезни.

Подобные личности склонны к позерству, театральное рисовке, стремлению «не быть, а казаться»; они требуют к себе особого отношения, склонны к нарочитым преувеличениям, эгоцентризму ярким, бурным во внешних проявлениях, но непостоянным и неглубоким эмоциям. Гипернозогнозия у них обычно формируется по механизмам «вторично выгоды», «бегства в болезнь» — больной с помощью болезни решает свои внутренние или межличностные проблемы (например, откладывается решение тяжелого семейного конфликта, он как бы говорит окружающим: «Не трогайте меня, я больной!»). Какие бы чувства ни вызывали подобные проявления у медицинского работника, вести себя он все-таки должен корректно. Нельзя поддаваться истерическим проявлениям и окружать такого больного особой заботой (это приводит обычно лишь к усилению демонстративности), в то же время ни в коем случае не стоит игнорировать жалобы, так как мотивы такого поведения бессознательны и «вторичной выгоды» пациент не осознает; кроме того, наличие истерических черт характера и истерических преувеличений само по себе совершенно не исключает существования действительно серьезной соматической патологии.

У личностей с обстоятельным, тугоподвижным, вязким, авторитарным мышлением гипернозогнозия может формироваться и по механизмам так называемых «сверхценных образований». Для этих людей характерны повышенная требовательность к окружающим, нежелание считаться с их мнением, эгоизм, обидчивость, подозрительность. Разубедить их нелегко, здесь надо пользоваться жесткими «научнообразными» аргументами; конечно, это дело врача, но и медсестра должна ему всемерно в этом помогать.

Если больной плохо поддается разубеждению, не меняет своего поведения, несмотря на отсутствие объективных признаков болезни (данные клинического и параклинических исследований), может потребоваться консультация психотерапевта. При направлении больного на такую консультацию и врач, и сестра должны быть крайне тактичны. У пациента ни в коем случае не должно создаться впечатление, что его принимают за притворщика-симулянта, не оценивают тяжести его состояния или считают «сумасшедшим. Нужно объяснить ему, что от различных нервных расстройств часто страдают не меньше, а даже больше, чем от физических болей, и что обращение к психотерапевту говорит не о сумасшествии, а о наличии серьезных эмоциональных невротических проблем, с которыми можно справиться в результате грамотного лечения, которое должен проводить квалифицированный специалист.

Анозогнозия — наоборот, активное отрицание болезни, недооценка очевидного, приписывание имеющихся симптомов случайным обстоятельствам или другим, не серьезным, заболеваниям. Анозогнозия наблюдается при постепенном, медленном развитии болезни, без ярких, пугающих проявлений (например, при хроническом туберкулезе легких).

Анозогнозическая внутренняя картина болезни формируется у личностей стеничных (сверхуверенных в себе), гипертимных (склонных к приподнятому, эйфорическому настроению), а также у легкомысленных людей. При работе с такими пациентами необходимо настаивать на обязательном, регулярном посещении лечебных процедур, подчеркивая их важность, объяснять возможность различных осложнений при

недобросовестном отношении к лечению, делая акцент на том, что неблагоприятное течение заболевания или появление осложнений существенно снизит способность пациентов к социальному функционированию. Больных этой категории иногда не грех даже немного напугать, сгустив краски, однако очень осторожно, дабы не вызвать обратной, гипернозогностической реакции.

Пациенты старческого возраста нуждаются в особом внимании. Такие возрастные психические изменения, как снижение памяти, внимания, снижение подвижности психики в целом, ухудшение процессов приспособления психики к новым требованиям, эмоциональная лабильность, заострение характерологических черт, психологические проблемы (например, связанные с перенесенными утратами, ограничениями, чувством одиночества, покинутости, с «конфликтом поколений») делают их особенно уязвимыми для негативных психологических влияний.

Пациент, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его, — это прежде всего человек, личность, характеризующаяся определенными особенностями. Психологически комфортный климат обладает мощнейшим лечебным воздействием — об этом надо помнить и медсестрам, и младшему медицинскому персоналу, и медрегистраторам, потому что, как и театр, поликлиника начинается с вешалки.

Список использованной литературы:

11. В.Ф.Матвеев *“Основы медицинской психологии, этики, деонтологии”*, Москва, “Медицина”, 1984г.
12. И.Я.Завилянский, Л.И.Завилянская *“Деонтология в психиатрии”*, Киев, “Здоровье”, 1979г
13. И.В.Силуянова *“Биоэтика в России: ценности и законы”*, М, 1997г.
14. *“Медицинская этика и деонтология”*, М, “Медицина”, 1983г.
15. Корвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия*. – СПб., 1998г
16. Куприянова Г.Г. *Этика медсестры психиатрического учреждения*. // Медицинская сестра. – 2000. - №3.