

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва)

*Quide leges sine moribus vanae proficiunt.  
(Что пользы в напрасных законах там,  
где нет нравственности.)*

*Из Горация*

Название данного сообщения подразумевает трехуровневый подход к вечному кругу проблем философской дисциплины – **этики** (греч. ethika, от ethos – обычай, нрав, характер) как науки о сущности, происхождении и развитии морали, разрабатывающей вопросы добра и зла, гуманности и жестокости, достоинства и непорядочности и т.д., истолковывающей и формирующей нравственные нормы поведения людей и их взаимоотношений.

Первый, самый общий уровень предполагает рассмотрение этических проблем детской психиатрии в общем контексте **медицинской этики** как совокупности нравственных норм профессиональной деятельности всех медицинских работников во взаимоотношениях с больными, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе лечения больного. При этом понятие медицинской этики находится в диалектической взаимосвязи с понятием **медицинской деонтологии**. Последняя (от греч. deon, deont[os] – должное, надлежащее + logos – учение) представляет собой совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, правил поведения, практически обуславливающих терапевтический эффект их контакта с пациентом и игнорирование которых может непосредственно навредить его здоровью. В этой связи характерно высказывание академика В.М. Бехтерева, считавшего, что если после беседы с врачом больной не почувствовал облегчения, то это не врач.

Второй уровень касается особенностей медицинской этики и деонтологии в психиатрии – медицинской специальности, занимающейся душевными расстройствами, при которых и поведение самого пациента и восприятие им поступков, слов и эмоций медицинского работника подчас не соответствуют критериям нормальной психологии (на которые опираются хирургическая, гинекологическая и другие виды клинической деонтологии). Этим обусловлена необходимость более четкой и строгой регламентации этических нормативов в рассматриваемой области медицины. Данная потребность реализована в «Законе о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Ни для одной другой медицинской специальности подобного закона не существует. Более того, психотерапевтический бум, охвативший Россию последние годы, и связанные с ним проблемы (появление на рынке услуг разного рода «целителей» и «знахарей» не имеющих медицинского образования, но использующих глубинные, порой нейрофизиологически небезопасные психотехнологии, двойственное положение психологов, формально не имеющих права на лечебную деятельность, но фактически восполняющих дефицит врачей-психотерапевтов, проблемы сертифицирования, лицензирования и проч.) побудил психиатрическую общественность поставить вопрос о разработке проекта государственного «Закона о психотерапии».

Наконец, третий уровень рассматриваемой темы обусловлен возрастной спецификой детской психиатрии, объединяющей и трансформирующей в новом качестве этические особенности общей психиатрии и педиатрии и предполагающей такие нормы поведения и должностования педопсихиатра, которые не характерны ни для какого другого специалиста. Более того, они не прописаны ни в одном руководстве. К сожалению, упомянутый Закон о психиатрической помощи... не только не учитывает специфики детской психиатрии, но существенно снижает эффективность работы детских психиатров, поскольку лишает их возможности оказывать профилактическую помощь нуждающимся детям и подросткам. Профилактическая же направленность усилий врача, его стремление предотвратить болезнь (обост-

рение) является одним из принципов медицинской этики, а до недавнего прошлого была предметом законной гордости отечественного здравоохранения.

Каждый из рассмотренных уровней (общемедицинский, психиатрический, педопсихиатрический) содержит этические проблемы, характерные для российской детской психиатрии.

**Общемедицинские проблемы** обусловлены диалектическим противоречием между универсальными, внеклассовыми, гуманистическими принципами медицинской профессии, отражающими ее изначальную сущность, – стремление облегчить страдания, помочь больному человеку, и теснейшей связью принципов ее (как и любой профессиональной этики и общих этических норм) с социально-экономическими условиями, с исторически складывающимся господством моральных принципов (либо аморальности) общества. Кроме того, нормы медицинской этики определяются также уровнем развития медицинской науки, материального оснащения лечебного учреждения и доступности для пациентов необходимых видов помощи, от которых во многом зависят действия врачей. Высоконравственный призыв к тому, что болезни людей нельзя превращать в средство наживы, отвергание саморекламы и недопущение переманивания пациентов вступают в противоречие с безнравственно низкой заработной платой медицинских работников и другими фактами современной антигуманной социальной действительности нарождающегося капиталистического строя. «Планка бескорыстия» в такой ситуации может колебаться в весьма большом диапазоне, тем более что и перед собственной совестью и перед общественным мнением медицинский работник отвечает за благополучие и здоровье членов собственной семьи.

С одной стороны, врач должен не жалеть времени на то, чтобы выслушать больного и его родных, максимально полно его обследовать, реализовать свое искусство психотерапевтической беседы, осуществить индивидуально-личностный подход к пациенту, с другой – не имеет для этого достаточно времени при существующих нагрузках на прием. Необходимость постоянного самоусовершенствования, оттачивания клинического мышления, пополнения знаний тоже требует времени, в частности, на чтение специальной литературы, а также средств на ее приобретение. В то же время, необходимость постоянного поиска дополнительного заработка лишает врача первого, отказ от подработки – второго. Не секрет, что многие врачи перестали выписывать профессиональные журналы и покупать книги по своей и тем более по смежным специальностям. Более того, возможности выписывать специальную литературу для своих сотрудников, содержать профессиональную библиотеку лишены и медицинские учреждения, за незначительными исключениями.

Соблюдение врачебной тайны выглядит анахронизмом на фоне повсеместного пренебрежения к правам личности, незащищенности рядового гражданина, культивируемого средствами массовой информации неэтичного интереса к самым интимным подробностям частной жизни известных и почитаемых людей, откровенного ёрничанья по поводу всех и вся на страницах популярных газет. Уникальность деятельности врача (ни один другой представитель мирной профессии не дает присягу), не подкрепляемая соответствующим отношением общества, делает его собственную совесть по сути единственным гарантом соблюдения норм медицинской этики.

Фактическая бесправность профессиональных объединений и ассоциаций (которые в западных странах являются главной инстанцией оценки профессионализма и морально-этического соответствия специалиста, в то время как у нас государственные квалификационные и аттестационные процедуры нередко превращаются в чистую формальность, либо в инструмент номенклатурного манипулирования) нарушает этический принцип коллегиальности, что делает врача беззащитным перед лицом начальства, назначаемого свыше. При этом следует признать, что многие российские профессиональные медицинские общественные объединения являются не более чем придатками администрации здравоохранения или ее высокопоставленных представителей. Врачебные ошибки, нарушения профессионального этикета, конфликтные ситуации разбираются не «судом чести» в присутствии заслуженных и уважаемых коллег, а чисто административным, нередко единоличным образом. Отсюда соблазн перестраховаться, избежать вполне оправданного риска, занять пассивную позицию

вопреки чувству долга и соображениям разумности.

Культивируемый по настоящее время социалистический призрак бесплатной медицины в отсутствие эффективной системы медицинского страхования привел к тому, что рядовой больной стал для врача, медицинского персонала обузой и необходим лишь как статистическая единица. Оценка деятельности врача, медицинского учреждения по-прежнему базируется на «вале» обслуженных пациентов, но не на уровне здоровья населения, что неизбежно должно приводить к фальсификации отчетности.

**Общепсихиатрические проблемы** медицинской этики и деонтологии определяются спецификой данной медицинской специальности и отношением общества к психиатрии и психически больным. Так, интересы общества законодательно предусматривают случаи этически оправданного нарушения врачебной тайны, ограничения сферы профессиональной пригодности, недобровольной (принудительной) госпитализации пациентов в случаях, если болезнь делает их опасными для окружающих или самих себя, либо обуславливает их беспомощность. С другой стороны, тот же закон жестко регламентирует действия специалиста во избежание возможных злоупотреблений и дискриминаций. Эти ограничения, в целом защищающие права человека, вступают в противоречие с очевидной необходимостью для врача-психиатра иметь возможность осуществлять более гибкую тактику поведения в отношении пациентов, чья психологическая адекватность колеблется от полной вменяемости до полной невменяемости.

По сути, психиатр поставлен в такие условия, когда лично для него неоказание помощи в полном объеме психически больному с юридической и административной точек зрения гораздо безопасней и, следовательно, предпочтительней проявления диктуемой нравственным кодексом профессиональной активности. Давно ушли в небытие времена, когда участковый психиатр был обязан с определенной периодичностью общаться с обслуживаемыми больными, организовывать им при необходимости патронажную помощь. А непрерывно оказываемое на психиатра административное давление с целью экономии средств на выделение положенных больным на льготных условиях препаратов из ущербного минздравовского списка превращает рутинную психиатрическую помощь в карикатуру на современную медицину, а психиатра – в центральный персонаж этой карикатуры.

Несовершенство Закона о психиатрии обусловило организационное отдаление данной специализированной службы от нуждающихся в ней граждан, полностью исключило возможность первичной, и в значительной мере вторичной, профилактики нервно-психических расстройств, а сопровождавшая его принятие волна антипсихиатрической кампании в СМИ превратила психиатра во «врага народа». Такая массовая ятрофобия (люди всячески оттягивают посещение психиатра, обращаются к другим специалистам, а порой и к безответственным шарлатанам, упорно отказываются от медикаментозного лечения) создала этическую проблему публичной реабилитации психиатрии и психиатров.

Все указанные выше проблемы автоматически распространяются на детскую психиатрию, которая, продолжая существовать как служба в рамках общей психиатрии, отменена как самостоятельная медицинская специальность с 1995 года волонтаристским решением бывшего министра здравоохранения. Это решение породило дополнительные профессионально-этические проблемы. В частности, формально любой врач, имеющий специализацию по общей психиатрии, может быть назначен на должность детского психиатра, либо занимать ее по совместительству (что является правилом в провинции). При этом его личной этической проблемой является получение, углубление и совершенствование знаний в данной области. Не секрет, что многие специалисты на местах ни разу не обучались на циклах усовершенствования по детско-подростковой психиатрии, хотя многие годы совмещают должности взрослого и детского психиатра.

Еще хуже обстоит дело с подготовкой таких специалистов, как детско-подростковые психотерапевты, наркологи, психосоматологи, психиатры раннего возраста (микрорпсихиатры), медицинские (клинические) психологи, каковых нет не только в номенклатуре медицинских специальностей, но и в перечне должностей. В обеспечении соответствующей помощи

уже личная морально-этическая, гражданская позиции, должностная смелость и профессиональная компетентность руководящих лиц, принимающих (или не принимающих) организационно-административные решения, играют решающую роль и во многом определяют социально-экономическое будущее общества, зависящее от здоровья подрастающего поколения. При этом очевидно, что на подобной субъективной основе не может строиться долгосрочная эффективная система помощи.

**Этические проблемы педопсихиатрии** определяются возрастной спецификой данной (официально не существующей) специальности. Невозможность автоматического переноса как организационных, так и этико-деонтологических нормативов с общей психиатрии на детскую, с одной стороны, и игнорирование принципа коллегиальности теми администраторами и специалистами, которые подготавливают нормативные акты, с другой, привели к тому, что ни в одном из последних приказов Минздрава, посвященных психиатрии, психотерапии, медицинской психологии, наркологии, социальной службе и т.д., соответствующая детская помощь вообще не упоминается, т.е. фактически игнорируются интересы 1/4 части населения России.

В чем же заключается специфика этических проблем детской психиатрии?

1. Детский психиатр имеет дело со всеми видами психической патологии, что и взрослый (общий) психиатр (за исключением расстройств, обусловленных возрастной инволюцией), но в отличие от него еще и с эволютивно-дизонтогенетическими нарушениями, т.е. с первичными и опосредованными проявлениями патологии психического развития и созревания. Стало быть педопсихиатр должен обладать общепсихиатрическим опытом и знаниями (как базой для узкоспециализированного образования), но при этом быть еще в определенной мере и детским психологом, и педагогом.

2. Если взрослый психиатр непосредственно контактирует с самим пациентом и в первую очередь именно с ним налаживает терапевтический альянс в борьбе с болезнью, то детский психиатр всегда свои мероприятия по лечению ребенка опосредует отношениями с его родителями. Более того, не сложившийся продуктивный диалог и взаимодействие с ними может свести на нет все его терапевтические усилия в отношении маленького пациента. А это обуславливает то, что даже при чисто медикаментозном лечении ребенка, во взаимоотношениях с его родителями детский психиатр выступает в роли семейного психолога и семейного психотерапевта. Последнее тем более необходимо, поскольку в подавляющем большинстве психические расстройства у ребенка в той или иной мере отражают нездоровые особенности, дисгармонию во внутрисемейных отношениях, психогенные влияния во взаимодействиях родителей с ребенком и между собой.

3. Системный подход к психиатрическим проблемам ребенка предусматривает распространение коррекционно-терапевтических усилий врача и на другие структуры микросоциума пациента: дошкольно-школьные учреждения, спортивные секции, художественные студии, неформальные группировки и т.д. С одной стороны, обеспечение межпрофессионального и межведомственного взаимодействия здесь еще более перспективно, чем в общей психиатрии. Ведь имеется как больше возможностей для качественного улучшения микросреды, так и больше оснований ожидать существенного позитивного влияния этих изменений на психику и личность, находящиеся в процессе активного становления и развития. С другой стороны, отстаивание интересов больного ребенка во всех этих общественных и государственных структурах требует от детского психиатра выполнения функций социального педагога (тем более, что служба социальной педагогики в настоящее время находится в зачаточном состоянии).

4. Неопределенность и несовершенство макросоциального (в том числе юридически-правового) пространства детской психиатрии требует от специалиста постоянного лавирования между соображениями максимальной заботы о пациенте, включая вопросы его будущего (служба в армии, учеба в ВУЗе, трудоустройство и проч.) и собственной профессиональной защищенности. Отсюда давно известная практика «двойной бухгалтерии» при формулировке официального диагноза, который ставится «для больного» и является, как правило, более об-

легченным (порой и наоборот – для освобождения от армейской службы), чем истинное состояние, в отношении которого осуществляется лечение (диагноз «для врача»). При этом вынужденное несоответствие терапевтической тактики формальному диагнозу делает детского психиатра заложником собственной добросовестности.

Следует указать еще на крайне негативное влияние на диагностику психиатрической «моды». Если на протяжении XX столетия в отечественной психиатрии в силу известных причин доминировал «эндогенный» уклон, то в последнее десятилетие масса детских психиатров бросилась в другую крайность, практически исключив диагноз шизофрении из своей практики (доходит до анекдотических случаев негласных административных запретов постановки такого диагноза детям). При этом культивируется дилетантски понимаемый психогенез психопатологических расстройств (что также таит «ловушку», поскольку предполагает соответствующее назначение «диагностически обоснованной» психотерапии), либо все больные дети записываются в «органики». Здесь вновь приходится возвращаться к крайне неудовлетворительной системе подготовки детских психиатров. Более того, нам известны, надеемся экзотичные, случаи направления детскими психиатрами больных к экстрасенсам, священникам и колдунам. И это свидетельствует о крайне тревожных тенденциях в детской психиатрической службе.

По закону детский психиатр может консультировать детей до 14 лет только с согласия их родителей. Однако, их нежелание контактов с психиатром (из-за непонимания или психологического вытеснения факта психической патологии своего ребенка вследствие внушенного страха перед «карательной психиатрией», по причине собственного душевного нездоровья и т.п.) ставит врача перед дилеммой – обследовать явно нуждающегося ребенка под видом «психоневролога», «психолога» или врача иной специальности и тем самым вступить в конфликт с законом, либо пустить дело на самотек в ущерб врачебной этике.

5. Особо следует коснуться проблемы психофармакотерапии (ПФТ) в детской психиатрии. Создалась парадоксальная ситуация, когда при наличии массы современных, достаточно безопасных, высокоэффективных и узко направленных препаратов, успешно зарекомендовавших себя во взрослой практике, но не апробированных и официально не апробирующихся на детях, врач вынужден назначать маленьким пациентам отжившие свой век препараты первого поколения, лишенные этих качеств, но отягощенные высоким риском побочных явлений и осложнений при недостаточной избирательности воздействия на психопатологические расстройства. Следование нормам медицинской этики, предписывающим использование максимально действенного и не вредящего лечению, сопряжено с тем, что всякий раз, выписывая рецепт на необходимое ребенку современное лекарство, детский психиатр фактически нарушает закон и рискует оказаться на скамье подсудимых. Педопсихиатрическая общественность неоднократно и пока безрезультатно поднимала вопрос перед Минздравом об организации официальной ускоренной процедуры апробации новых психофармацевтических препаратов в детской практике.

Как ни странно, до сих пор можно слышать категоричные суждения вплоть до полного отрицания возможности использования психотропных препаратов у больных, не достигших 16-летнего возраста. Мы говорим не только об экстремистских высказываниях сайентологов, смешивающих транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы с наркотиками и утверждающих, что педопсихиатры преследуют корыстные цели искусственного создания и расширения группы лекарственно зависимых пациентов, но и некоторых врачей, утверждающих мнение о нецелесообразности лекарственного лечения психических заболеваний у детей. В качестве аргументов в последнем случае используется известный факт атипичности клинической картины страдания у детей по сравнению со взрослыми, а также мнение о функциональной незрелости детского организма и нервной системы в частности.

Безусловно, клиника психических заболеваний в детско-подростковом возрасте обладает не только рудиментарностью, на что указывали еще классики педопсихиатрии, но и известным возрастным изоморфизмом проявлений при различной природе страдания. Данный феномен проистекает из «наслоения» на расстройства, свойственные определенному психиче-

скому заболеванию, преимущественных (предпочтительных) для определенного возрастного периода синдромов, встречающихся почти исключительно у детей и подростков. Кроме того, взаимодействие текущего психофизиологического созревания личности и деструктивных тенденций психической болезни приводит к появлению эволютивно-дизонтогенетических нарушений, что и придает страданию атипичный вид.

Однако, атипия не есть что-то принципиально иное в своих основных качественных характеристиках. Ядерные проявления и основные тенденции динамики заболевания сходны у больных зрелого и детско-подросткового возраста. Известно и подтверждено клинической практикой принципиальное сходство лекарственного воздействия всех групп психотропных препаратов на принципиально сходные болезненные нарушения у пациентов разного возраста.

Быстрое избавление пациента от страдания и своевременное оказание помощи, включая ПФТ, нравственно по своей сути. И напротив, врачебная пассивность и неоправданная выжидательная тактика ведут к потере времени, вследствие чего углубляется тяжесть текущего состояния и ухудшается прогноз в целом. Бездействие детского психиатра до тех пор, пока психопатологическая симптоматика не приведет к социально опасным действиям или грубой социальной дизадаптацией, граничит с неоказанием помощи и профессиональным преступлением.

Классикой врачебной этики стал постулат – «при проведении терапии не навреди больному», и особую значимость он приобретает в возрастной ПФТ. Практическое воплощение он находит в тактических принципах ПФТ детей и подростков. С нашей точки зрения, сюда следует отнести:

а) **принцип минимальной достаточности**, который заключается в том, что определяющая цель ПФТ заключается не в устранении симптома, а в восстановлении социальной адаптации больного ребенка (или профилактике дизадаптации). При этом учитываются и мощность самого препарата внутри его фармакологической группы, и минимально действенный уровень его дозировки, и возраст больного, и тяжесть психопатологического синдрома, и возможность контролируемого приема лекарств, и многое другое. В начале терапии предпочтение отдается наиболее мягким препаратам; однако это не исключает возможности назначения интенсивных методов терапии при соответствующих показаниях, например, одномоментной отмены препаратов, которая, кстати, переносится подростками значительно легче, чем взрослыми больными.

б) **ограничение показаний к использованию не вообще всех препаратов, но их определенных групп и подгрупп** исходя из возрастных «типично атипичных» закономерностей построения клинической картины страдания у детей и подростков. В частности, в педопсихиатрии практически не используются ингибиторы МАО в виду наличия жестких режимных ограничений, соблюдение которых практически невозможно у детей, вследствие чего риск осложнений на подобной терапии резко превосходит таковой при использовании других антидепрессантов. Нежелательно назначение антидепрессантов со стимулирующим эффектом (типа мелипрамина), а тем более собственно психостимуляторов (сиднокарба или широко рекламируемого на Западе риталина), которые, неплохо выполняя свою основную лечебную задачу (смягчая глубину депрессии, облегчая астению, способствуя более быстрому психическому созреванию ребенка), тем не менее, часто вызывают специфически «возрастные» осложнения терапии в виде появления и/или резкого усиления агрессии, страхов, рудиментарных до этого галлюцинаторных и бредовых эквивалентов, что приводит к переходу страдания с неврозоподобного на психотический уровень.

Выбор методики и тактики терапевтического воздействия подразумевает стремление к предупреждению негативной реакции больного ребенка и его родных на ПФТ, т.е. к минимальному риску побочных эффектов и осложнений терапии при максимально возможной скорости и эффективности результата.

Здесь мы подходим к наиболее актуальному, с нашей точки зрения, на сегодняшний день этическому вопросу ПФТ в детско-подростковом возрасте: недопустимо необдуманное

назначение малоизученных препаратов и методик лечения, однако представляются неразумными и чрезмерный консерватизм, неоправданное «осторожничанье» в отношении препаратов последних поколений, положительно зарекомендовавших себя в клинических испытаниях у больных зрелого возраста. Как сказано выше, практически все новые нейрорептики и антидепрессанты официально не разрешены к использованию у детей и подростков. Более того, нет официального разрешения даже на проведения клинических испытаний этих средств в детско-подростковых клиниках, в то время как для общей психиатрии они уже повсеместно вошли в рутинную практику.

Нравственно ли избегание новых препаратов, обладающих малой токсичностью и простотой использования, если вместо них мы назначаем традиционные, но менее эффективные и значительно более «грубые» лекарственные средства? Не является ли подобная «осторожность» следствием трудности решения административно-финансовых вопросов, желанием администраторов избежать оправданного риска, перестраховаться, занять пассивную позицию вопреки соображениям разумности? Вспомним о т.н. гетерономной, а не истинной этике, при которой правила долженствования выводятся не из внутренних, а из внешних по отношению к нравственности условий и интересов.

Выбор терапевтической тактики имеет прямую связь с этическими проблемами детской ПФТ. Как правило, педопсихиатры предпочитают капельные и таблетированные формы препаратов инъекционным и трансректальным, что связано не только со страхом детей перед болью, но и с наличием у них комплекса отрицательных эмоций на любые манипуляции в области ягодиц (в данном случае – уколы и клизмы), факт проведения которых нередко становится известен всему детскому коллективу отделения. Подобные воздействия в детском восприятии стойко ассоциируются с физическими наказаниями, а иногда и со «стыдными» сексуальными поступками. Известно, что при необходимости парентерального введения препарата, подкожный или даже внутривенный способ введения оказывается для маленького пациента психологически более приемлемым, т.к. лишен переживания унижения. Кратность приема препарата также является весьма значимым в детской ПФТ фактором. Возможность однократного в течение дня, а тем более в течение недели или месяца, приема препарата уменьшает степень психологической травматизации больного и его близких. Внедрение в детскую ПФТ дюранных препаратов является насущной потребностью и соответствует принципам деонтологии и этики.

Современная действительность заставляет остановиться на вопросе, казалось бы не связанном напрямую с этикой, – на скачкообразно возрастающей стоимости каждого нового препарата, которая достигает 50-100, а то и 200 долларов в пересчете на месяц приема. Необходимо, чтобы врач знал о цене рекомендованного препарата и его аналогов, поставляемых разными фирмами на отечественный рынок, ведь разница в цене может достигать 2–3 и более раз. Очень важно, чтобы, выбирая лекарство из группы сходно действующих препаратов, врач соотносил свое предписание с финансовыми возможностями семьи пациента, обсуждал возможные денежные расходы на приобретение лекарства, иначе его рецепт «зависнет в воздухе», а больной, скорее всего, останется вовсе без лечения.

Особенностью детской ПФТ является и то, что она обязательно опосредована родителями больного. Исходя из этого, комплайнс, необходимый для достижения хорошего терапевтического результата, должен устанавливаться не только с самим пациентом, но и с его родителями. Эта закономерность выражена тем больше, чем младше возраст ребенка. Комплайенсу способствует учет личностных особенностей, стиля внутрисемейных отношений и воспитания ребенка, создание возможности продолжения непрерывного обучения. Деонтологическим, а следовательно, и этическим принципом именно детско-подростковой ПФТ является обязательность сочетания фармакотерапии с психокоррекционной и психотерапевтической работой с семьей маленького пациента. Помощь семье не только в совладании с вполне понятным родительским страхом перед выявлением психической патологии у ребенка, но и в преодолении разнообразных деструктивных или диссоциативных психологических защит с выстраиванием конструктивного стиля общения и поведения способствуют созна-

тельному согласию больного (его родных) на проведение фармакотерапии и улучшает результаты лечения.

Наконец, остановимся на частных этико-деонтологических проблемах, возникающих в практике детского психиатра при взаимодействии как с маленьким пациентом, так и с его окружением.

Основная этическая проблема в отношениях детского психиатра с обследуемым ребенком заключается в отказе от доминирующих в практике субъект-объектных отношений (когда больной рассматривается не более как объект лечебного воздействия, а врач – как благодетель больного вне зависимости от желания последнего) и переход к субъект-субъектной парадигме, где врач воспринимает больного ребенка как самостоятельную личность и старается вступить с ним в партнерские отношения взаимопонимания и взаимодействия (естественно с учетом особенностей развития и психического состояния пациента). В качестве частного примера можно привести получение согласия больного на то или иное лечебное вмешательство, естественно, не всегда полностью осознаваемого, но здесь важно исключить или свести к минимуму ощущение больным насилия, принуждения, важно внушить ему необходимость сотрудничества с врачом, своего участия в лечебно-коррекционном процессе. (Интересно, что в ряде случаев создается ситуация, когда больной ребенок, по договоренности с врачом, сам начинает контролировать свой прием лекарств в случае недостаточного внимания или даже скрытого противодействия родителей его психотропному лечению). Сюда же относится используемое в нашей практике условие согласия больного ребенка на сообщение родителям (которые, как правило, не имеют представления о душевной жизни своего ребенка) о его патологических переживаниях, выявленных в интимной беседе с врачом. Нередко удается убедить ребенка повторить при родителях то, что было открыто врачу. В противном случае, уважая мнение маленького пациента, мы отказываемся передать родителям полученную информацию. Естественно, таким образом может затрудняться дальнейший контакт с ними, но это не единственная проблема, с которой сталкивается врач в этих взаимоотношениях.

Основным же видится взаимное преодоление патерналистской системы взаимоотношений в диаде «врач-родитель больного ребенка», в которой первый принимает на себя всю ответственность за исход лечения, отводя родителю в лучшем случае роль пассивного соучастника процесса, а второй либо полностью снимает себя ответственность, либо осознанно или бессознательно противодействует лечебно-коррекционным мероприятиям, пытается вносить в них свои коррективы, исходя из отмеченных выше антипсихиатрических установок, невежественных обывательских представлений, под давлением других членов семьи и т.п. С подобным постоянно приходится сталкиваться в особенности в пограничной, в том числе психосоматической, клинике. При этом приходится повторить, что казалась бы не вызывающая возражений необходимость семейной коррекции, участия всей семьи в лечении ребенка с психической патологией не находит никакого подкрепления в организации детской психиатрической помощи.

Не менее сложными оказываются этические проблемы взаимоотношений детского психиатра с врачами общепедиатрической практики. Здесь приходится вновь и вновь говорить об отсутствии каких бы то ни было организационных условий для их эффективного взаимодействия, об отсутствии элементарной педопсихиатрической образованности педиатров, об отсутствии детской психосоматической службы в какой-либо форме вообще. Но помимо указанных объективных, не менее важны такие субъективные факторы, как сугубо соматоцентрическое мышление педиатров, их нередко антипсихиатрическая настроенность (как и большинства обывателей), непонимание ими значения душевной жизни больного ребенка для течения многих, особенно функциональных, соматовегетативных расстройств. В этой ситуации от детского психиатра требуется сложное сочетание максимально корректного отношения к педиатру с максимально настойчивым отстаиванием интересов больного ребенка и его семьи.

Наконец, особую, на сегодня практически неразрешимую проблему составляют взаимо-



отношения детской психиатрии со специалистами немедицинских (образовательных, социальных и др.) ведомств. С одной стороны, детские психиатры постоянно сталкиваются с грубыми ущемлениями прав детей с нарушениями развития, поведения, другой психической патологией; более того, нередко приходится заниматься коррекцией и лечением детей с психогенными расстройствами, вызванными или спровоцированными некорректным отношением к ним со стороны педагогов, администрации образовательных учреждений и т.п. Доходит до того, что школьные администраторы в своих запросах требуют указать диагнозы учащихся, которым необходимы те или иные учебные льготы; требуют справки об отсутствии постановки на психиатрический учет при приеме в престижные учебные заведения. Очевидно, что детский психиатр должен в силу своей профессиональной этики жестко отстаивать интересы детей. Но одновременно приходится признать, что на сегодня он не обладает никакими действительными возможностями для этого, поскольку между ним и другими детскими учреждениями не существует никакой организационной связи, поскольку детская психиатрия лишена необходимого кадрового обеспечения специалистами, способными обеспечить такую связь (социальные педагоги, психологи, юристы, коррекционные педагоги, патронажные работники).

Приведенный далеко не полный список организационных и этических проблем отечественной детской психиатрии еще раз подчеркивает связь медицинской этики с общими проблемами современного российского общества. Это заставляет всякого детского психиатра, следующего этическому кодексу врачебной специальности, быть не только профессиональным, честным и добросовестным на своем рабочем месте, но и проявлять активную гражданскую позицию в посильной роли общественного деятеля.