



**ЭТИКО-ПРАВОВОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург

2007

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Государственное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева»

Утверждено к печати
Решением Ученого Совета
НИПНИ им. В.М. Бехтерева
Протокол № 7 от 22.10.07

**ЭТИКО-ПРАВОВОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург

2007

Пособие для врачей представляет программу этико-правового обеспечения психотерапевтического процесса при невротических расстройствах в современных условиях. В медицинской практике у врачей, в том числе психотерапевтов, существуют лишь отрывочные представления об этико-правовых принципах, которые, если и учитываются в лечебном процессе, то лишь фрагментарно. Это может приводить к нарушению уважения, прав и достоинства пациента. В пособии будут приведены все существующие в настоящее время правовые акты, имеющие отношение к соблюдению этических принципов при лечении невротических расстройств.

Предназначено для врачей психотерапевтов, психиатров, врачей общей практики и клинических психологов.

Организация-разработчик: Государственное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Авторы-составители: Б. Д. Карвасарский, Т. А. Караваева, В. А. Абабков, Е. И. Чехлатый, Т. С. Вьюнова.

ВВЕДЕНИЕ

В связи с социально-экономическими переменами в нашей стране требуют рассмотрения с современных позиций многие этические аспекты в медицине. Важное значение этико-правовое обеспечение психотерапевтического процесса приобретает в настоящее время при невротических расстройствах с учетом их сложной биопсихосоциальной природы. В пособии раскрывается содержание четырех основных этических принципов с обращением особого внимания на последний принцип: 1) Принцип «не навреди» (Гиппократ, 460 – 370 гг. до н. э.); 2) Принцип «делай добро» (Парацельс, 1493 – 1541 гг.); 3) Принцип соблюдения долга (Бентам, 1748 – 1832 гг.); 4) Принцип уважения прав и достоинств личности (биоэтика, термин введен Поттером в 1969 г.). В современной медицинской практике у врачей, в том числе психотерапевтов, существуют лишь отрывочные представления об этих принципах, которые, если и учитываются в лечебном процессе, то лишь фрагментарно. Это может приводить к нарушению уважения, прав и достоинства личности пациента, что связано также с отсутствием детально разработанной правовой базы. В пособии приводятся все существующие в настоящее время правовые акты, имеющие отношение к соблюдению этических принципов при лечении невротических расстройств.

Представленные в пособии различные правовые акты и этические принципы показаны к применению в психотерапевтической практике врачей и клинических психологов. Прямых противопоказаний к их использованию нет. Не требуется специального материально-технического обеспечения.

ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОПИСАНИЕ МЕТОДА).

Нормативно-правовые акты, регулирующие психотерапевтическую деятельность

Несовершенство нормативно-правового регулирования в области психотерапии в целом и использования психотерапии в деятельности врача-психотерапевта (ВП) в частности обусловлено рядом причин. Психотерапия как деятельность характеризуется сочетанием и взаимодействием различных медицинских, психологических, антропологических, философских и др. установок и чрезвычайно широким спектром применения. Существуют различные модели, определяющие ее содержание и место как самостоятельной научно-практической области. Трудности определения предмета психотерапии накладывают отпечаток на проблемы правового регулирования данной области. В русскоязычной литературе принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (Карвасарский Б. Д., 1985). Будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины.

Несмотря на то, что история развития отечественной психотерапии начинается с 80-х гг. XIX в., длительное время она не была отдельной медицинской дисциплиной, и психотерапевтическая помощь гражданам осуществлялась в рамках психиатрии. Как самостоятельная медицинская специальность психотерапия была выделена только в 1985 г. и, в соответствии с приказом Минздрава СССР от 31.05.1985 г. № 750, включена в качестве таковой в номенклатуру врачебных специальностей, а в номенклатуру врачебных должностей была включена должность «врач-психотерапевт».

Регулирование деятельности психотерапевта как врача-специалиста обеспечивается нормативно-правовыми документами, являющимися базовыми для российского здравоохранения и содержащими основные нормы и принципы охраны здоровья, организации и оказания медицинской помощи

населению. В то же время психотерапия имеет собственную выраженную специфику, которая заключается в ее интердисциплинарном характере, особенностях контингента пациентов, многообразии концепций, подходов и методов, содержании психотерапевтического процесса в обширных сферах применения. Поэтому следует выделить блок нормативных правовых документов, которые содержат нормы, имеющие непосредственное отношение к оказанию психотерапевтической помощи.

В XX в. особое внимание мирового сообщества обращалось на закрепление прав и свобод человека, в том числе права человека на здоровье, которое нашло свое отражение в ряде международных актов. Впервые это право было зафиксировано в ст. 25 «Всеобщей декларации прав человека» 1948 г. В частности, было отмечено, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи». Согласно определению ВОЗ, здоровье включает в себя физическое, психическое и социальное благополучие человека.

Одним из важнейших документов, отражающих основные права пациента, стала Лиссабонская декларация «О правах пациентов» принятая в 1981 г. 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, в которой закреплено положение о том, что врач должен действовать в интересах пациента сообразно своей совести, с учетом юридических, этических и практических норм той страны, где он практикует. Декларация утверждает основные права, которыми, с точки зрения медицинского сообщества, должен обладать каждый пациент — свободный выбор врача, возможность согласиться или отказаться от лечения, конфиденциальность, право умереть достойно, право пользоваться моральной или духовной поддержкой.

В 1985 г. Всемирной Медицинской Ассоциацией была принята Декларация «О правах человека и свободе личности практикующих врачей», которая защищает равенство возможностей для каждого врача в реализации своих

профессиональных прав и интересов. В 1986 г. ею же принята Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача», закрепляющая право профессиональной независимости врача с указанием на то, что врачи в своей деятельности не должны ориентироваться на ограниченность ресурсов, которые выделяются на нужды здравоохранения правительственными и социальными службами. В документе поднимается вопрос о разумных ограничениях прав пациента и отмечается, что никакие ограничения не должны нарушать права человека и каждое ограничение должно иметь под собой законодательную правовую базу.

Наибольшее значение для психотерапии имеют международные акты в сфере защиты психического здоровья. Сегодня всеми странами признается, что все случаи нарушения прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, являются существенным аспектом правозащитной деятельности. Организацией Объединенных Наций 17 декабря 1991 г. утверждены «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119). В частности, отмечено, что все лица имеют право на квалифицированную психиатрическую помощь, являющуюся частью системы здравоохранения, образования и социального обслуживания. Психически больные лица имеют право на профессиональную, гуманную и достойную помощь. Они должны быть защищены от эксплуатации, плохого обращения и унижения в соответствии с этическими стандартами Гавайской декларации, пересмотренной и одобренной Генеральной ассамблеей Всемирной психиатрической ассоциации в Вене в 1983 г.

Высшим законодательным актом в Российской Федерации является Конституция Российской Федерации, в которой закреплён приоритет прав и свобод человека. Конституция исходит из того, что политика государства должна быть направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Конституцией установлено, что Российская Федерация — социальное государство, в котором решаются следующие задачи государственной социальной политики. Создание условий,

обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, – эта задача включает в себя охрану здоровья людей в государстве. Поддержка слабо защищенных в социальном плане слоев населения, семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов, пожилых и других нуждающихся граждан. Основы взаимоотношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяются положением ст. 41 Конституции о том, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Важнейшим нормативным правовым актом, оказавшим революционное воздействие на дальнейшее формирование системы здравоохранения в стране, стали принятые в 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В Основых сформулированы принципы охраны здоровья граждан, организации и управления здравоохранением, права граждан при оказании им медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, определена ответственность за причинение вреда здоровью. Под охраной здоровья подразумевается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья.

Специальным законодательным актом, обеспечивающим нормативно-правовое регулирование психотерапевтической деятельности, учитывая ее генетическую связь с психиатрией и близость к ней во многих лечебных и организационных аспектах, является Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В преамбуле Закона приведены основные причины его принятия. В частности, указано на высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности. Подчеркнуто, что психическое расстройство может изменить отношение к жизни, самому себе, обществу, отношение общества к человеку, а также отмечено, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть од-

ной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, международному престижу государства. В Законе сформулированы основные принципы оказания психиатрической помощи, права лиц, страдающих психическими расстройствами, организация, виды, порядок и гарантии оказания психиатрической помощи.

В связи с недостаточной определенностью понятия «психическое заболевание» и «психически больной» в Законе не используются. В качестве родового собирательного понятия, охватывающего всех людей, нуждающихся в психиатрической помощи, применяется формула «лица, страдающие психическими расстройствами», поскольку она объединяет в себе и собственно психически больных, и лиц с непсихотическими психическими расстройствами.

Перечисленные контингенты пациентов, нередко встречающихся в практике врача-психотерапевта, значительно различаются не только по клинической картине и особенностям течения заболевания, личностным и социальным характеристикам, клиническому прогнозу, но также по характеру требуемой медицинской помощи, в том числе психотерапевтической.

Понятие «психотерапия» и правовые нормы, специально регулирующие оказание психотерапевтической помощи, в настоящем документе отсутствуют. Однако очевидно, что пациентам, нуждающимся в психотерапевтической помощи, должны предоставляться все права и гарантии, закрепленные данным законодательным актом.

Непосредственное нормативно-правовое регулирование психотерапевтической помощи в стране осуществлялось и продолжает осуществляться на уровне ведомственных подзаконных нормативных правовых документов. Вместе с тем, медицинским сообществом уже на протяжении ряда лет осознается необходимость более высокого уровня законодательного регулирования данного вида медицинской помощи. Российской психотерапевтической ассоциацией разработан проект закона «О психотерапии».

В настоящее время основным специальным нормативным правовым документом, регулирующим оказание данного вида помощи в стране, является приказ Минздрава России от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи». Согласно приказу, специалист, работающий в области психотерапии, должен руководствоваться Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», иными нормативными правовыми актами по вопросам здравоохранения. В настоящее время оценка положений данного приказа со стороны как врачей, так и юристов неоднозначна и сводится к тому, что они не решают в полной мере насущных задач психотерапии. В утвержденных приказом Положениях содержатся лишь общие формулировки об организации деятельности врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, участвующих в оказании психотерапевтической помощи, а также об организации деятельности психотерапевтического кабинета, психотерапевтического отделения и психотерапевтического центра. В указанных Положениях не дано определение психотерапевтической деятельности, ее основных принципов, не определены возможные виды и порядок оказания психотерапевтической помощи, не представлено содержание психотерапевтического процесса. Приказом не утвержден порядок взаимодействия врача и психолога.

Перечисленные недостатки в значительной мере обусловлены тем, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии и ее содержания. Следовательно, действие приказа должно распространяться на все методы, формы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике. Только в «Психотерапевтической энциклопедии» (2006) описано более 500 различных методов и приемов психотерапии.

В соответствии с приказом Минздрава России от 13.06.1996 № 245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия», в стране не допускается пропаганда и использование в целях оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации не разрешенных

Министерством здравоохранения методов и методик психологического и психотерапевтического воздействия, а также методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения. Вместе с тем, списка разрешенных и утвержденных законодательством психотерапевтических методов, разрешенных для использования, не существует. Создание такого перечня методов затрудняется тем, что оценка их эффективности очень сложна. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах к пониманию целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и недостаточно четкое определение критериев эффективности.

Сравнительно большее развитие в последние десятилетие в стране получило нормативно-правовое регулирование в области подготовки специалистов, оказывающих помощь лицам с психическими расстройствами. В 1990-е годы Минздравом России были изданы приказы от 26.11.1996 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь», от 28.07.97 № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи», от 17.12.1997 № 373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях). Минздравом России и Минздравсоцразвития России утверждены: Унифицированная программа постдипломного обучения врачей по психиатрии (1999); Унифицированная программа переподготовки и тематических усовершенствований по специальности 022700 – «Клиническая психология». (2002); Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Психотерапия» (2004); Унифицированная программа профессиональной переподготовки и тематических усовершенствований по специальности социальная работа в области психиатрии (2007). Анализируя представленные нормативные правовые и методические документы, в целом, можно говорить о том, что современное нормативно-правовое регулирование

психотерапии является недостаточно системным, имеет пробелы и не отражает специфики этой медицинской дисциплины.

Очевидно, что дальнейшее развитие этого направления, включающее процессы дифференциации в психотерапии, разнообразие методов, интердисциплинарный и интерперсональный характер данной дисциплины, возможность при ее использовании воздействовать не только на самочувствие, но и на многие личностные, интимные, частные аспекты жизни человека, во многом зависит от рассмотрения вопроса о принятии закона «О психотерапии», в котором должны найти отражение актуальные задачи оказания психотерапевтической помощи населению, учтены традиции научных школ, практических специалистов и пациентов.

В соответствии с приказом Минздрава России от 19.01. 2004 № 8 «О мерах по дальнейшему развитию психотерапевтической помощи», ближайшими задачами нормативно-правового регулирования в области оказания психотерапевтической медицинской помощи являются следующие: разработка и утверждение типовых программ подготовки врачей в интернатуре, клинической ординатуре, программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «психотерапия», программы повышения квалификации преподавателей кафедр, проводящих обучение студентов и врачей по психотерапии и клинической психологии, подготовка изменений по вопросам клинической психологии и психотерапии в Государственный образовательный стандарт подготовки студентов высших образовательных медицинских учреждений.

Для подготовки указанных документов необходим анализ проводимой в субъектах Российской Федерации работы по организации психотерапевтической помощи населению, состояния подготовки специалистов для учреждений, оказывающих психотерапевтическую помощь. Необходима разработка методических рекомендаций по использованию психотерапевтической помощи в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь, в том числе лицам, находящимся на принудительном лечении и лицам, пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

Особенности реализации прав пациентов при оказании психотерапевтической помощи

Одной из основополагающих концепций мирового развития 20 века стал приоритет и защита прав человека и гражданина в отношениях с государством. Большое значение данное положение имеет в медицине, что отражается в количестве международных документов, посвященных правам пациента. В советском законодательстве о здравоохранении («Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» 1969 г.) понятие прав пациента полностью отсутствовало. Впервые соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий законодательно закреплено в ст. 2 и ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» 1993 г.

В ст. 5 «Права лиц, страдающих психическими расстройствами» и ст. 37 «Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах» Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указывается, что лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и другими законами Российской Федерации.

Ряд положений, носящих принципиальный характер для обеспечения прав гражданина и пациента, нашли законодательное закрепление в отдельных статьях закона — добровольность обращения за психиатрической помощью (ст. 4); запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья (ст. 8); сохранение врачебной тайны (ст. 9); согласие и отказ от лечения (ст. 11, 12).

Также Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» подробно регламентируются основания и порядок ограничения прав пациента, обеспечиваются гарантии обоснованного и справедливого применения указанных ограничений (ст. 6, 23 – 36, 40, 41).

К. Роджерс (1994), автор клиент-центрированной психотерапии, указывает на следующие три основных требования к психотерапевту, которые яв-

ляются одним из важных условий эффективности психотерапевтического процесса. Конгруэнтность (подлинность), т. е. соответствие переживаний врача его поведению. Безусловная положительная оценка по отношению к пациенту — сердечность, уважение, симпатия, принятие пациента независимо от того, какие чувства у психотерапевта вызывают его поступки. Эмпатическое восприятие — понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания.

С другой стороны, одним из основных технических приемов в психотерапии является конфронтация — предъявление пациенту или группе неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки. Конфронтация может проводиться в прямой (жесткой, вербальной) форме и вызывать у пациентов негативные переживания в виде злости, гнева, обиды, тревоги, растерянности. Неосознаваемый характер представлений способствует возникновению у пациента чувства несправедливости, представления о непонимании и неуважении со стороны врача. Следует также упомянуть в данной связи так называемые директивные методики психотерапии, в которых используется авторитет врача как специалиста для формирования взаимоотношений по типу руководства, в котором психотерапевту принадлежит непосредственная власть. Во всех перечисленных случаях нет оснований говорить о каком-либо нарушении границ в терапевтических отношениях, а, следовательно, и прав пациента, если адекватным образом используются положения Закона об информированном согласии пациента на проведение психотерапии.

Выбор врача, в том числе и лечащего, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения. Важность этого принципа в психотерапии определяется основополагающей ролью личности врача в психотерапевтическом процессе. А. Косевска (1990) отмечает, что, являясь основной фигурой в психотерапевтическом контакте, врач опосредует его своими индивидуальными чертами, обусловленными возрастом, полом, опытом, особенностями характера, системой ценностей и определенной психотерапевтической

техникой. Для эффективного лечения необходимо создание терапевтического альянса, основанного на доверительном контакте между пациентом и врачом. Вероятность успеха психотерапии очень велика, если при ее проведении поддерживаются взаимоотношения психотерапевта и пациента, основанные на их внимании друг к другу, взаимном уважении, симпатии, эмпатии, а также на взаимных обязательствах, откровенности участников терапии. В то же время известен такой феномен как частая смена пациентом лечащего психотерапевта, в основе которого лежит непринятие пациентом позиции врача, неготовность осознавать истинные причины своего расстройства, несогласие с оценками своего поведения, искажение картины болезни, условная выгодность невротической симптоматики и т. д. В таком случае пациент начинает искать не того специалиста, который будет воздействовать на патогенетические основы расстройства, а того, который станет соглашаться с ним, оправдывать его и высказывать суждения, которые он хочет услышать, несмотря на неэффективность такого подхода. В современном обществе мощным фактором, определяющим выбор врача, является сложившиеся среди пациентов представления, а иногда и мифы о качествах, компетентности, авторитете специалиста. Иногда уход пациента от врача обусловлен неправильным выбором стиля взаимоотношений, ригидным поведением психотерапевта, его психологической некомпетентностью, личной несовместимостью пациента и врача, отсутствием согласия и понимания между ними. Также имеет значение отсутствие четкой системы информированности пациентов относительно учреждений, где можно получить психотерапевтическую помощь, а также относительно квалификации специалистов, ее оказывающих. Мало кто из пациентов знает, что врачи психотерапевты могут диагностировать психические расстройства и оказывать при них квалифицированную помощь.

Помимо реализации права на выбор врача пациент имеет возможность инициировать проведение консилиума либо проведение консультаций других специалистов. Функциональный характер невротических расстройств и отсутствие их значимых изменений в ходе нередко многочисленных обследо-

ваний, снижение работоспособности, субъективно выраженные страдания пациента, значительно ухудшающие качество его жизни и увеличивающие его социальную дезадаптацию, нередко вызывают сомнение у пациента относительно правильности диагностики и лечения, в результате чего он стремится собирать и сопоставлять различные мнения специалистов.

С учетом перечисленных обстоятельств, осуществление права на выбор врача в реальности сталкивается у многих пациентов с рядом сложностей. Во-первых, врачи соматического профиля нередко затрудняются в диагностировании психических расстройств и направляют «непонятных» больных к различным специалистам, не имеющим отношения к этим расстройствам, и пациенты включаются в так называемый «большой медицинский круг». Часто до начала оказания психотерапевтической помощи проходит длительное время, иногда годы, что приводит к утяжелению и хронизации состояния. Во-вторых, пациенты, имеющие ипохондрические, тревожные черты, фиксированные на самочувствии и ощущениях, испытывающие страх за свое здоровье, навязчивую боязнь какого либо заболевания, нередко настаивают на проведении различных обследований, в том числе тех, которые далеко не всегда безопасны.

Важнейшей гарантией соблюдения прав пациента является сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении, которая является продолжением реализации конституционного принципа о неприкосновенности частной жизни. Реализация данного принципа не зависит от того, обращался ли пациент по направлению другого медицинского учреждения или пришел самостоятельно, а также от формы собственности учреждения (частное или государственное). Также не имеет значение, обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-то сведения, заботится ли пациент об охране определенных сведений или относится к их разглашению безразлично. Уверенность пациента в сохранении конфиденциальности сведений, которые он сообщит психотерапевту, является фундаментом построения доверительных отношений в терапевтическом взаимодей-

ствии. Сохранение врачебной тайны нередко связано с таким аспектом, как возможность получения помощи анонимно. Не всегда ощутима законодательная грань, когда психотерапевтическая помощь становится индивидуализированной. Объективные сложности возникают, например, при оказании семейной психотерапии, когда информация, раскрываемая врачу на индивидуальных встречах, должна быть сопоставлена с информацией, получаемой от других членов семьи. Хотя и здесь подразумевается необходимость сохранения тайны, достаточно сложно во всех случаях избежать косвенной передачи информации. Кроме того, врач, оказывающий психотерапевтическую помощь, иногда вынужден выступать в роли посредника и невольно передавать информацию о конфликте от одного члена семьи к другому. Поэтому важно заранее оговаривать с членами группы – участниками в проведении терапии тот объем информации, который может быть передан, даже при наличии риска, что ограничение доступности информации по желанию одного из пациента может привести к снижению эффективности терапии.

В групповой психотерапии информация о жизни и состоянии пациента становится известна не только врачу, но и всем членам группы, и, несмотря на принимаемое группой «правило конфиденциальности», может выходить за пределы внутригруппового общения.

Во время проведения психотерапии врачу часто становятся известны сведения о совершении правонарушения или о желании его совершения. Не всегда удается определить, подкрепляются ли эти сведения реальными событиями и планами или они существуют лишь в фантазиях пациентов. Решение врача сообщить или сохранить в тайне эти сведения становится непростой этической и правовой дилеммой.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, под которым понимают добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанного на получении им полной, объективной и всесторонней информации относительно предстоящего лечения, его возможных

осложнений и альтернативных методах лечения. Информированность подразумевает под собой предоставление врачом перед проведением психотерапии пациенту информации о сути и содержании применяемого метода. Однако, учитывая состояние пациента, страдающего психическим расстройством (тревога, депрессия, раздражительность, паранойяльность), а также необходимость преодоления сопротивления, недостаточную информированность населения вообще о психотерапии, невозможность за короткое время полно и всесторонне донести до пациента суть психотерапевтического воздействия и ряд других факторов, часто не удается добиться в полной мере реализации данного требования. Добровольность принятия решения тоже может быть ограничена. В законодательных актах прямо перечислены основания недобровольного оказания медицинской помощи. В то же время пациенты, нуждающиеся в психотерапии, часто имеют нарушения в системе отношений с окружающими. В тех семьях, для которых характерно наличие симбиотических связей или имеется зависимое положение пациента, решение о необходимости лечения часто принимают родственники больного, а сам он, не желая обращаться за помощью, вынужден с ними соглашаться. В результате может отсутствовать мотивация пациента на сотрудничество и лечение, что приводит к неэффективности усилий врача, оказывающего психотерапевтическую помощь. В других случаях пациент, перекладывая решение о предстоящем лечении на врача, поскольку в силу своих личностных особенностей, инфантильности, неуверенности в себе, обуславливающих трудности принятия решений, нуждается в патерналистском отношении врача. В случаях с пациентами, характеризующихся истероидным радикалом или имеющих иные личностные расстройства, такое поведение может носить манипулятивный характер.

Кроме того, в области психотерапии существуют методики, суть и эффективность которых зависит от возможного представления пациента об этой процедуре как о несоответствующей реально востребованному результату. Например, внушение неприятных последствий в результате употребления спиртосодержащих продуктов может подобным образом восприниматься

больным алкоголизмом. Сюда же можно отнести примеры использования психотерапевтической методики «Маска», упоминание о которой впервые встречается в 1924 году в лекциях выдающегося психоневролога Флексинга. Данная методика основана на косвенном внушении и применяется при фиксированных истерических нарушениях как завершающий этап личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Сообщая пациенту о методах лечения, врач должен дать разъяснения, планируется ли применение лекарственных препаратов, каковы их механизмы воздействия, возможны ли побочные явления. Учитывая общепринятую настороженность в отношении психофармакологических препаратов, тревожность, ипохондрическую настроенность большей части больных данные разъяснения могут вызвать отказ от необходимого лечения или способствовать обману врача относительно факта приема и количества принимаемого лекарства.

Формы выражения информированного согласия пациента на психотерапию как на вид медицинского вмешательства сводятся к двум вариантам — устному и письменному. С одной стороны, устное согласие занимает меньше времени, способствует большей доверительности между врачом и пациентом, с другой, возрастают трудности в доказательстве информирования или его отсутствия при судебных разбирательствах. Приходится учитывать нарушения личностных особенностей пациентов, часть которых склонна к конфликтности, сутяжничеству, манипуляциям, искажению в свою пользу хода событий и оценок. Поэтому, несмотря на отсутствие в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан положения об обязательности письменной формы согласия на медицинское вмешательство, данный его вариант более предпочтителен. Ст. 11 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» легально закрепляет необходимость письменного согласия.

Законным правом пациента является его отказ от медицинского вмешательства. Нередко подобный отказ может приводить к отрицательным последствиям для состояния здоровья пациента, например, при резкой отмене

больших доз медикаментозных препаратов, часто опасной для здоровья. Поэтому врачом должны быть подробно разъяснены возможные последствия отказа. Отказ должен быть дан обязательно в письменной форме.

Нередко возникают ситуации, когда пациент формально не отказывается от предложенного лечения, но и не соблюдает режим лечения и фактически не выполняет назначения врача. В индивидуальной психотерапии отказ возможен в результате конфронтации и выраженного сопротивления пациента, что должно скорее являться фокусом психотерапевтической работы, поэтому в ряде случаев оправданы попытки врача удержать пациента от отказа. Отказ от психотерапии может быть обусловлен не всегда осознанным желанием пациента, с нарушенной системой отношений проверить, насколько он безразличен врачу и убедиться, что его поведение и переживания замечены.

В некоторых видах групповой психотерапии могут использоваться так называемые закрытые группы, когда предполагается получение предварительной договоренности с пациентом о том, что он не должен прерывать работу в группе до окончания группового процесса. В таких случаях часто при низкой толерантности пациента к стрессовым факторам, связанной с характером расстройства, возрастающим напряжением, обусловленным несопадением ожиданий пациента с реальной групповой ситуацией и позицией врача или неприятной для него оценкой себя и своего поведения другими участниками группы, пациент заявляет о выходе из группового взаимодействия. В результате нарушения групповой динамики это может приводить к неблагоприятным последствиям как для самого пациента, так и для других пациентов.

Еще одним законодательно закрепленным принципом является получение пациентами информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств. Трудности в реализации этого права заключаются в неосознаваемом характере расстройств, поэтому такого рода сообщения могут вызывать неприятие, обиду пациента и выраженное сопротивление. Выбор доступной формы и учет психического состояния пациента

при сообщении ему медицинской информации – вопрос врачебной этики и зависит от искусства врача. Врач должен оценить вероятность ухудшения состояния пациента вследствие сообщения ему информации, а для этого нужно хорошо представлять особенности реагирования пациента, для выяснения которых требуется длительное время. Пациент имеет право ознакомиться с медицинской документацией, но прочтение, например, данных о своем психическом состоянии явно не всегда может способствовать сохранению доверительных отношений между врачом и пациентом и установлению терапевтического контакта. Наличие непонятных медицинских терминов в записях о результатах обследования может способствовать усилению тревоги, беспокойства.

Таким образом, при оказании психотерапевтической помощи пациенту должны предоставляться все права, которые предусмотрены общемедицинским законодательством, однако существуют ситуации, возникающие в результате проявления личностных особенностей и характера расстройств у пациента, применения специфических психотерапевтических методов и приемов, когда возникает режим «временного ограничения прав». В настоящее время актуальна необходимость нормативно закрепить правовые гарантии обеспечения соблюдения прав пациента и его личностной безопасности, к которым, в том числе, могут относиться высокий профессиональный уровень врачей психотерапевтов, оказывающих психотерапевтическую помощь, отбор разрешенных методик, основанный на научно-методологической оценке, возможность принятия комиссионных решений, строгое соблюдение принципа информированного согласия и другие.

Этические нормы и принципы в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании

Этические нормы являются проявлением социальных норм, т.е. правил поведения, которые складываются на основе общественных ценностей в процессе взаимодействия индивидов и групп и признаются обществом. Исторически этические нормы имели большое значение в регулировании отношений

между пациентом и врачом. Можно сказать, что до последнего времени они являлись чуть ли не единственным регулятором этих отношений. Отношения между медицинской этикой и медицинским правом весьма тонки и отражают общие взаимоотношения между моральной интуицией сообщества и законами.

Право включает в себя механизм принуждения со стороны государства. Этика допускает только методы морального воздействия (осуждение, одобрение, общественная поддержка и др.), отражается и закрепляется в господствующих в обществе идеалах добра и зла. В то же время этикой и законодательством регулируется один и тот же круг вопросов. Например, — права и обязанности договаривающихся сторон (врачей, пациентов, общества в целом) по отношению друг к другу, условия оказания и получения врачебной помощи и качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и др. Законы и этика не исключают, а дополняют друг друга. Этика во многом опережает законы. Правовое закрепление получают сложившиеся и опробованные в обществе этические нормы.

Медицинская этика представляет собой исторически сложившийся комплекс или систему моральных (нравственных) представлений, взглядов, традиций и норм, относящихся к биологии и медицине, т. е. к сфере и проблемам изучения, познания и защиты жизни и здоровья человека.

Более 25 веков в европейской культуре формировались и изменялись моральные принципы и правила, определявшие существование медицины. Различные нравственные регуляторы на разных этапах развития общества (религиозные, культурные, этнические, социально-экономические) влияли на формирование этических моделей в медицине. С учетом всего многообразия нравственного врачебного опыта, можно выделить следующие сосуществующие этические модели.

Модель Гиппократ (принцип «не навреди»).

Модель Парацельса (принцип «делай добро»).

Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).

Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление тех моральных принципов, которые составляют ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Модель Гиппократ. Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (460 – 377 гг. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др.

Практически отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Она рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества. Речь идет об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, о гарантиях непричинения вреда, оказания помощи, проявления уважения, об отрицательном отношении к убийству и эвтаназии, абортам, об отказе от интимных связей с пациентами, о врачебной тайне.

Модель Парацельса. Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношений врача и пациента, сложившееся в средние века. Особенно полно ее удалось выразить Парацельсу (1493 – 1541 гг.). Это форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если благодаря модели Гиппократ завоевывается доверие со стороны личности пациента, то модель Парацельса — это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в терапевтический процесс. В границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента.

В конце XIX — начале XX вв. З. Фрейд десакрализировал патернализм и констатировал либидинозный характер взаимоотношений врача и пациента. Его понятия переноса и контрпереноса являются средством теоретического

осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. З. Фрейд полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтический компонент, должен быть безупречным, особенно в нравственном отношении.

Деонтологическая модель. Впервые термин «деонтология» («deontos» — должное, «logos» — учение) ввел английский философ Бентам (1748 – 1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве и безупречности. Деонтология особенно важна в той сфере профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине – это соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики.

Биоэтика. В 60-х — 70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Термин «биоэтика» (этика жизни), был предложен Ван Ренселлером Поттером в 1969 г. Он раскрывается как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики— вопроса об отношении врача и пациента, об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотноше-

ния врача и больного — информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по своему формой защиты прав и достоинства человека.

Биомедицинская этика опирается на четыре основных принципа (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), пять этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность) и вытекающие из них этические стандарты поведения врача, которое может быть разным, поскольку оно представляет собой решения конкретных этических задач (этический выбор) в конкретной этической проблемной ситуации.

Современной формой является биомедицинская этика, сосуществующая в режиме всех четырех исторических моделей — моделей Гиппократ и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики.

Стремительное развитие медицины, появление новых технологий, расширение возможностей воздействия на человеческую жизнь, осознание целостности организма и личности привели к разработке медицинскими сообществами современных этических принципов и правил.

В 1948 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию, в которой подтверждается приверженность принципу конфиденциальности врачебной деятельности: «Я буду уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того, как пациент умрет». Требование к врачу — не допускать, чтобы соображения религиозной, национальной, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали ему выполнять свой долг в отношении пациентов.

В 1949 г. ВМА приняла Международный кодекс медицинской этики, в котором, в частности, признавались неэтичными: любое саморекламирование врача без одобрения профессионального врачебного сообщества; участие врача в медицинском обслуживании, если при этом он не обладает профессиональной независимостью; получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения.

В Кодексе также говорится, что любое действие или совет, которые могут ослабить физическую или психическую устойчивость человека, можно использовать только в его интересах, что врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил, что при обнародовании новых методов лечения врач должен соблюдать величайшую осторожность и т. д.

Дальнейшее развитие Международный кодекс медицинской этики получил в результате принятия на Всемирных медицинских ассамблеях, организованных ВМА, таких исторических документов в области медицинской этики, как Хельсинкская декларация (1964), развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 г., Лиссабонская декларация (1981) о правах пациента, Венецианская декларация (1983) о терминальной стадии болезни и ряда других.

В области психического здоровья постоянный Этический комитет Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) в последние годы также активизировал свою деятельность, уделяя большое внимание разработке этического кодекса для психиатров.

В 1996 г. на X Конгрессе ВПА была принята Мадридская декларация, которая наметила этические ориентиры в новых ситуациях, ставших актуальными со времени принятия Гавайской декларации в 1977 г. Она представляет собой этические принципы, которым должны следовать общества-члены ВПА, и включает рекомендации по поведению психиатров и отношению к эвтаназии, пыткам, смертной казни, смене пола и трансплантации органов. После Всемирного конгресса 1996 г. Этический комитет ВПА приступил к разработке новых этических рекомендаций, учитывая пожелания национальных психиатрических обществ. Так были подготовлены проекты этических рекомендаций, в том числе и в отношении психотерапии, которая представляет собой важный способ лечения душевных заболеваний: и как компонент всякого медицинского вмешательства, и как специфический вид терапии при некоторых расстройствах.

Основной движущей силой при оказании психотерапевтической помощи, имеющей значительно большее значение по сравнению с другими медицин-

скими направлениями, являются взаимоотношения между врачом и пациентом. Именно интерперсональный характер их взаимодействия определяет важное значение этических норм. Правовое регулирование далеко не всегда может разрешить все сложные аспекты психотерапевтических отношений, возникающих при оказании медицинской помощи. Однако законодатель, учитывая необходимость этического регулирования, ставит в статье 19 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» этические и правовые нормы на один уровень, определяя, что деятельность врача и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи «основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом». Ряд базовых этических требований содержится и в клятве врача, которая в качестве ст. 60 помещена в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Важным положением данной статьи является юридическая ответственность врача за нарушение клятвы.

В этическом кодексе Канадской медицинской ассоциации записано: «Врач добросовестно избегает использования взаимоотношений врач-пациент для удовлетворения своих эмоциональных, финансовых и сексуальных потребностей». В кодексе медицинской этики Американской медицинской ассоциации (пересмотр 2001 г., раздел 8.14) зафиксировано: «Сексуальный контакт, который сопутствует взаимоотношениям врач-пациент, считается неправомерным сексуальным поведением». В Великобритании этические правила о границах включают в себя обязанность «избегать злоупотребления своим положением врача», «не использовать свою профессиональную должность для того, чтобы устанавливать либо добиваться сексуальных или неправомерных отношений с пациентом или с кем-нибудь из его близких».

На 4-й конференции Ассоциации врачей России в 1994 г. был утвержден «Этический кодекс российского врача». В документе зафиксированы такие этические принципы, как профессиональная компетентность врача, недопустимость причинения вреда, запрет на злоупотребление врачом своим положением и знаниями, его ответственность за качество оказываемой помощи, обя-

занность уважать права пациента и соблюдать моральные правила в общении с коллегами. Предполагается, что ответственность за нарушение профессиональной этики определяются уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей. Но если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федерации (как, например, разглашение врачебной тайны), врач несет ответственность по закону. В то же время, подчеркивая моральный внутриличностный характер понимания и применения этических норм, в кодексе отмечается, что первый судья врача — собственная совесть. Второй — медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

В целях совершенствования этических норм в области психиатрии в нашей стране психиатрами в содружестве с психологами, юристами и философами разработан «Кодекс профессиональной этики психиатра», утвержденный Пленумом правления Российского общества психиатров в 1994 г. В соответствии с Кодексом, главным направлением профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению психического здоровья населения. Основные положения кодекса: профессиональная компетентность врача-психиатра — его специальные знания и искусство врачевания являются необходимым условием психиатрической деятельности; психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «прежде всего не вредить»; всякое злоупотребление психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой; моральная обязанность психиатра — уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов; психиатр должен стремиться к установлению с пациентом терапевтического сотрудничества, основанного на взаимном согласии и взаимной ответственности; психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации; психи-

атр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну; при проведении научных исследований или испытании новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения; моральное право и долг психиатра — отстаивать свою профессиональную независимость; во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт. Ответственность за нарушение «Кодекса профессиональной этики психиатра» определяется Уставом Российского общества психиатров.

На X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде (1996) было принято решение разработать примерный кодекс этических стандартов в психиатрии, на основе которого национальные психиатрические службы могли бы создавать аналогичные кодексы в своих странах с учетом социальных, экономических и других особенностей этих стран. Многие положения российского Кодекса легли в основу этого международного документа.

В области психотерапии существуют «Кодекс психоаналитической этики национальной федерации психоанализа», «Кодекс профессиональной этики гештальт-терапевта», «Этические правила и кодекс европейской ассоциации телесных психотерапевтов», «Этические рекомендации международного центра позитивной психотерапии», «Этический кодекс психотерапевтов и психологов города Тольятти», «Деонтологический кодекс», «Этические стандарты психологов» и другие.

Практически во всех этих кодексах особое внимание уделяется недопустимости применения лечебных процедур, в отношении которых не существует специальных показаний и доказательств их эффективности и безопасности. Эффективность и безопасность психотерапии должна оцениваться точно так же, как и эффективность и безопасность любого другого лечения в медицине, т. е. должны существовать критерии показаний, эффективности, безопасности

и контроля качества проводимого лечения. Для этого, с одной стороны, необходимо специальное обучение в области психотерапии, включающее в себя теоретические и практические аспекты. Хотя на практике обучение зачастую превращается в демонстрацию конкретных приемов и техник, заимствованных из различных моделей и часто не сочетающихся или даже противоречащих друг другу. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение», определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять, а также создают базу для профессиональной подготовки психотерапевтов. Поэтому необходимы специальные механизмы оценки квалификации специалистов и для избегания формализации этого процесса, как часто происходит в реальности. Эти механизмы должны носить многоуровневый характер. Это могут быть, например, утвержденные программы обучения, квалификационные комиссии, этические комитеты, институт супервизии.

С другой стороны, необходим перечень разрешенных к использованию психотерапевтических методов, который должен быть не только утвержден в установленном порядке, но и проходить оценку научным сообществом и этическими организациями.

Еще одной важнейшей этической проблемой при оказании психотерапевтической помощи является опасность нарушения границ в отношениях с пациентами с целью получения личной, сексуальной, финансовой, академической или профессиональной выгоды. К сожалению, научных исследований в этой области крайне мало. В англоязычных странах большее внимание уделяется нарушению сексуальных границ между психотерапевтом и пациентом, поскольку одним из видов ответственности в этом случае служит аннулирование лицензии и запрет на право заниматься психотерапевтической деятельностью, и эта проблема более часто представлена в эмпирических исследованиях. Однако, это далеко не единственный вариант искажения межличностных отношений между специалистом и пациентом.

Нарушение границ следует понимать как любое нарушение безопасности взаимоотношений между пациентом и врачом. Сюда также может относиться чрезмерное самораскрытие врача перед пациентом и сокращение межличностной дистанции в общении, отношения, выходящие за рамки терапевтического контакта (деловые, личные, финансовые и т. д.), формирование и использование зависимости пациента от психотерапевта. Серьезные нарушения границ неэтичны, а во многих странах признаются противозаконными.

Ситуацией, на решение которой оказывают влияние транскультурные различия, являются денежные взаимоотношения пациента и психотерапевта. На Западе продолжение психотерапии после окончания оплаты не только не приняты, но и считаются грубым нарушением терапевтических границ, причем не имеет значения причина финансовых затруднений пациента (сложная жизненная ситуация, потеря работы, зависимость от заработка других членов семьи, растрата, потеря денежных средств). В России, по данным специальных исследований, в менталитете врача определяющее значение имеют противоположные моральные нормы, социально одобряется оказание помощи нуждающемуся в ней человеку.

Во взаимоотношениях между врачом, оказывающим психотерапевтическую помощь, и пациентом постоянно возникают этические проблемы и вопросы, ответы на которые далеко не всегда можно найти в законах или этических кодексах. Важное значение имеют внутренние представления и ценности самого врача, его понимание норм морали и нравственности, личностная зрелость и ответственность. Поэтому становится важным профессиональный отбор в эту специальность, образование, включающее в себя знание моральных, правовых принципов и общественный, профессиональный и государственный контроль за лицами, оказывающими психотерапевтическую помощь. Большую роль в этом должны играть профессиональные сообщества и этические комитеты. Однако несомненно, что для реального, действенного контроля общество должно иметь не только правила, но и детально разработанные санкции за нарушения этих правил (например, официальное предупреждение, приостановление и отзыв сертификата, отказ в праве заниматься психотерапией и другие).

Особенности гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи

Помимо нормативно-правовых актов, осуществляющих регулирование оказания медицинской помощи в рамках общественного здравоохранения и рассчитанных на широкий круг лиц, в последнее время все большее место, особенно при оказании платных услуг, отводится договорным отношениям, позволяющим в индивидуальном порядке определять характер помощи пациенту, взаимные права и обязанности между ним и врачом.

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» указывается, что предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Договор — это универсальный вариант регулирования отношений, где есть возможность отразить все необходимые данные о правовом статусе участников. В качестве конкретного вида гражданско-правового договора, связанного с оказанием медицинской помощи, используется договор возмездного оказания услуг, предусмотренный ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации, в соответствии с которой «исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги».

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2007 г. № 30 в Перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности включены услуги по психотерапии.

Специфика оказания медицинских услуг заключается в том, что осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований и условий влечет за собой ответственность, установленную законодательством Российской Федерации. Под грубым нарушением понимается невыполнение лицензиатом требований и условий, предусмотренных пунктом

5 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.01.2007 № 30:

наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, — соискателя лицензии (лицензиата) высшего профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

наличие у индивидуального предпринимателя- соискателя лицензии (лицензиата) высшего профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);

соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам).

Все это в полной мере относится и к использованию методов психотерапии врачом общей практики как одному из видов медицинских услуг. Пациент, обращающийся за платной психотерапевтической помощью в учреждение, имеющее право на ее оказание, заключает договор об оказании медицинских услуг. Такой договор должен содержать наименование сторон — лечебное учреждение и нуждающийся в психотерапевтической помощи человек, предмет договора — проведение психотерапии, срок, финансовые обязательства сторон — порядок, формы, способы, время оплаты, ответственность сторон, как пациента, так и врача, срок действия, порядок изменения условий и расторжения договора, дополнительные условия и юридические адреса сторон.

При оказании психотерапевтической помощи, учитывая высокую роль индивидуальных факторов, значение личности пациента и врача, специфику терапевтических задач, возникает необходимость более подробно определять правила взаимодействия, цели, роль и ответственности каждого участника психотерапевтического процесса. Для этих целей во многих направлениях психотерапии существует понятие «психотерапевтического контракта», заключение которого между лечащим врачом и пациентом является одной из стадий психотерапевтического процесса. Естественно, этот термин с правовой точки зрения некорректен, но он традиционно используется в психотерапии, чтобы подчеркнуть специфический характер добровольно принятых взаимных правил, позволяющих решать многие организационные и терапевтические задачи взаимодействия пациента и врача, оказывающего психотерапевтическую помощь.

«Психотерапевтический контракт» — это ясно сформулированное соглашение между пациентом и врачом о совместной работе, цель которого определить границы и организационную структуру взаимодействия, нормы безопасности и взаимную ответственность. В таком виде это определение полностью соответствует требованиям ст. 420 Гражданского кодекса Российской Федерации: «Договором признается соглашение двух или более лиц об установлении, изменении или прекращении гражданских прав и обязанностей». Однако приравнивать «психотерапевтический контракт» к договору

оказания медицинских услуг было бы не верно. Каждый из них, регулируя в чем-то сходные элементы взаимоотношений, выполняет свои задачи. Сложности в их соотношении возникают тогда, когда в «психотерапевтический контракт» включаются правила, которые значительно повышают ответственность пациента за эффективность лечения, устанавливают для него ряд требований, соблюдения которых не предусмотрены нормативными документами. В этом случае они носят терапевтический характер, ведь формирование адекватных стереотипов поведения, в которые также входит умение принимать решения, оценивать их последствия и нести ответственность за свое поведение, является одной из основных психотерапевтических целей.

Согласно требованиям Гражданского кодекса Российской Федерации, договор об оказании медицинских услуг может заключаться как в устной, так и в простой письменной форме. По общему правилу несоблюдение простой письменной формы сделки лишает сторону права в случае спора ссылаться в подтверждении сделки и ее условий на свидетельские показания, но не лишает их права приводить письменные и другие (вещественные доказательства) и не влечет недействительности заключенной сделки. Сегодня из соображений взаимной безопасности практически все медицинские учреждения стремятся заключать договоры в письменной форме.

«Психотерапевтический контракт» не имеет жестких требований и может заключаться в различных формах и варьироваться по содержанию. Чаще врач, оказывающий психотерапевтическую помощь, и пациент обсуждают вопросы взаимодействия в устной беседе, где постепенно устанавливают правила взаимодействия. Содержание «психотерапевтического контракта» может быть различным для каждого пациента, поскольку ориентируется на его индивидуальные особенности, симптоматику, внутриличностные проблемы. Некоторые специалисты стремятся письменно закрепить результаты такого обсуждения, чтобы иметь возможность обращаться к ним во время достаточно длительной работы или при возникновении спорных, конфликтных ситуаций. Заключение «психотерапевтического контракта» также может

происходить в виде целенаправленного обсуждения его положений во время одной — двух сессий с объяснением пациенту, что это за договор, какова его роль, и четко вербально закрепляя его достижение. В других же случаях оговариваются лишь отдельные правила и специально не акцентируется внимание пациента на них как на контракте.

Особенность заключений договорных отношений в медицине проявляется в том, что лечебное учреждение, врач оказывают определенные услуги по предоставлению определенного набора действий, но не гарантируют наступления заранее спланированных последствий в виде излечения пациента или значительного улучшения его состояния. При оказании психотерапевтической помощи это положение имеет важное значение, поскольку эффект работы зависит не только от усилий и компетентности врача, но и от личностных, интеллектуальных особенностей пациента, его мотивации, характера и выраженности изменений, его социальной и жизненной ситуации.

Одним из условий как гражданско-правового договора на оказание медицинских услуг, так и «психотерапевтического контракта» является срок (длительность) оказания психотерапевтической помощи, хотя он и не всегда поддается точной оценке. В психотерапевтической деятельности определение срока лечения во многом зависит от целей, которые определяются на начальном, диагностическом этапе работы. Но дело не только в том, что прогнозировать темп работы с отдельным пациентом достаточно трудно, но и в том, что психотерапия не всегда завершается тогда, когда достигнуты значительные цели. Некоторые пациенты, добившись намеченных результатов, решают перейти к разрешению других проблем или добиться более глубокого самопонимания, а некоторые решают остановиться на более скромных достижениях, чем предполагалось вначале.

Психотерапевт может предложить три целевые стратегии психотерапии:

- 1) реконструкция внутреннего мира личности пациента — коррекция неадекватных, самофрустрирующих стереотипов переживания и поведения, а также выработка новых, более зрелых и конструктивных способов восприятия, пе-

реживания и поведения; 2) реконструкция связей пациента с ближайшим социальным окружением, решение актуального жизненного конфликта, улучшение межличностного функционирования; 3) непосредственное воздействие на симптомы болезни с помощью суггестии и тренинга. Если первая стратегия требует длительной, глубокой и трудной, но дающей кардинальные и стабильные результаты психотерапевтической работы, точный срок которой определить затруднительно и приходится говорить о нескольких месяцах, а иногда и лет, то третью можно осуществить за короткое время и достаточно эффективно, поэтому существует возможность точно определить количество встреч, но она часто приводит к временным и нестабильным результатам.

При заключении «психотерапевтического контракта» пациент должен иметь право самостоятельно принять решение, как тратить свое время, силы и деньги для борьбы с болезнью, выбрать с помощью врача соответствующую стратегию психотерапии, понять ее суть и методы.

Также определяются организационные аспекты работы — как часто врач встречается с пациентом, какова продолжительность этих встреч, оговариваются последствия неприхода пациента на запланированную сессию, правила поведения в кабинете.

Важным представляется вопрос оплаты. Какова сумма оплаты, характер ее исчисления — за встречу, за определенное количество времени общения с психотерапевтом. Пациент может вносить оплату за одну встречу или за определенный курс, весь или частично. Решается вопрос, должен ли он оплачивать назначенную сессию, если не пришел на нее по личным причинам и не предупредил об этом врача, должен ли врач возвращать пациенту деньги и в каких случаях.

Эти же аспекты могут регулироваться и гражданско-правовым договором, но многие поведенческие и эмоциональные аспекты в этом случае оказываются за его рамками.

Юридическая природа договора об оказании медицинских услуг направлена в первую очередь на правовое регулирование отношений в системе

лечебное учреждение — врач — пациент, четкое определение их прав и обязанностей, юридической ответственности. Благодаря использованию подобного рода отношений происходит не только гарантирование определенных прав пациентов, но и повышается заинтересованность врачей в качественном оказании медицинской помощи, в совершенствовании уровня своих знаний.

«Психотерапевтический контракт», кроме договорной роли, может быть рассмотрен с позиций оценки его психотерапевтической полезности. Основными сферами действия его лечебных механизмов являются: когнитивная, эмоциональная и мотивационно-поведенческая. В когнитивной сфере важно предоставление пациенту информации, необходимой для сознательного и активного его участия в терапии. Что касается учета лечебных механизмов в эмоциональной сфере, то пациент нередко нуждается не только в конкретной помощи и душевной опоре, но и в своеобразном дружеском отношении. Взаимопонимание между психотерапевтом и пациентом, важное для оптимального «психотерапевтического контракта», достигается обоюдным влиянием вербальных и невербальных средств коммуникации. В то же время контракт устанавливает определенные границы, которые легко перейти во время работы с пациентом. Лечебные механизмы мотивационно-поведенческой сферы заключаются в выяснении ожиданий пациента относительно лечения, характера мотивации к лечению, отношения к методам терапии. Обсуждение и согласование с пациентом задач психотерапии позволяет оптимизировать его мотивацию к лечению.

Таким образом, учитывая межличностный, многоплановый характер психотерапии, оценивая ее с одной стороны, как способ лечения, медицинскую услугу, с другой, как сложноорганизованный, эмоционально-окрашенный контакт врача и пациента, можно говорить о необходимости гармоничного сочетания договорных гражданско-правовых регуляторов и специфических психотерапевтических феноменов, определяющих основные параметры оказания психотерапевтической помощи и создающих гарантии ее безопасности.

Практическая эффективность применения представленных в пособии для врачей нормативных актов и этических принципов не может быть точно оценена. Несомненно, что их исполнение и соблюдение способствует нормализации и правовому упорядочиванию взаимоотношений специалистов-психотерапевтов и пациентов и, таким образом, повышает общую эффективность и ускоряет процесс лечения.

Список литературы:

1. Бентам И. Введение в основания нравственности и законодательства. — М.: РОССПЭН, 1998.
2. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. — СПб.: Алетейа, 2002.
3. Гиппократ. Этика и общая медицина. — СПб.: Мир книги, 2007.
4. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — М.: Медицина, 1985.
5. Косевска А. Личность психотерапевта. В кн.: Групповая психотерапия / Под ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. — М.: Медицина. — 1990, С.172–176.
6. Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее. — Киев: Изд. В. Карпенко, 2002.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2006.
8. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. — М.: Изд. гр. «Прогресс», «Универс», 1994.

Законы и иные нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 // РГ от 25 декабря 1993 г.
2. Всеобщая Декларация прав человека от 10.12.1948 // Действующее международное право. В 3-х томах. Составители Колосов Ю.М., Кривчиков Э.С. Том 2. – М.:1997.
3. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации Этические принципы проведения биомедицинских исследований на людях. Принята 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА. Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 года, Изменения и дополнения внесены 29-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 года, 35-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Венеция, Италия, октябрь 1983 года, 41-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Гонконг, сентябрь 1989 года, 48-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Сомерсет Уэст, ЮАР, октябрь 1996 года и 52-й Генеральной Ассамблеей ВМА. Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 года.
4. Международной пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 // Действующее международное право. В 3-х томах. Составители Колосов Ю.М., Кривчиков Э.С. Том 2. – М.:1997.
5. Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948, дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968, 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994.
6. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981.

7. Декларация о правах человека и свободе личности практикующих врачей. Принята 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985.
8. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986.
9. Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987.
10. Венецианская декларация о терминальном состоянии. Принята 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.
11. Закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ» (с изм. и доп. от 02.04.1993; 24.12.1993; 01.06.1994) // ВСНД РСФСР и ВС. 1991. № 27. Ст. 920.
12. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (с изм. и доп. от 21.07.1998) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // ВСНД РФ и ВС. 1992. № 33. Ст. 1913.
13. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 (с изм. и доп. от 24.12.1993; 02.03.1998; 20.12.1999; 02.12.2000) // ВСНД РФ и ВС. 1993. № 33. Ст. 1318.
14. Федеральный закон № 128-ФЗ от 8 августа 2001 «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями от 13, 21 марта, 9 декабря 2002 г., 10 января, 27 февраля, 11, 26 марта, 23 декабря 2003 г., 2 ноября 2004 г., 21 марта, 2 июля, 31 декабря 2005 г., 27 июля, 4, 29 декабря 2006 г., 5 февраля 2007 г.).
15. Постановление правительства РФ №377 от 28 апреля 1993 г. «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // СААП. 1993. №18. Ст. 1602.

16. Постановление правительства РФ №522 от 25 мая 1994 г «О мерах по обеспечению психиатрической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» // СЗ РФ. 1994. №6. Ст.606.
17. Постановление правительства РФ №135 от 11.02.2002 «О лицензировании отдельных видов деятельности».
18. Постановление Правительства РФ N 30 от 22 января 2007 г. «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
19. Постановление Правительства РФ N 27 от 13 января 1996 г. «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
20. Приказ Минздрава СССР № 750 от 31.05.1985 «О дальнейшем совершенствовании психотерапевтической помощи населению».
21. Приказ Минздрава РФ № 245 от 13.06.1996 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия».
22. Приказ Минздрава РФ от 30 октября 1995 г. № 294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» // Здравоохранение. 1996. №2.
23. Приказ Минздрава РФ № 391 от 26.11.1996 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
24. Приказ Минздрава РФ № 337 от 27.08.1999 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения российской федерации».
25. Приказ Минздрава РФ № 438 от 16.09.2003 «О психотерапевтической помощи».
26. Приказ Минздрава РФ № 226 от 28.07.97 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».
27. Приказ Минздрава РФ № 373 от 17.12.1997 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях).

28. Приказ Минздрава РФ №148 от 06.05.1998 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».
29. Приказ Минздрава РФ № 237 от 26.08.1992 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) (вместе с положениями «О врачах общей практики (семейном враче)», «О медицинской сестре общей практики», Квалификационными характеристиками «врача общей практики (семейного врача), медицинской сестры общей практики»).
30. Приказ Минздрава РФ №229 от 03.06.2003 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».
31. Приказ Минздрава РФ №238 от 26.07.2002 «Об организации лицензирования медицинской деятельности».
32. Приказ Минздравсоцразвития РФ №346 от 31.12.2004 «Об организации выдачи разрешений на применение медицинских технологий».
33. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН №46/119 от 17 декабря 1991 г. «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии».
34. Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи» // Собрание законодательств Российской Федерации. 1995. №18. Ст. 1665.
35. Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949, дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.
36. Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994.
37. Кодекс врачебной этики. Одобрен III (XIX) Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997.
38. Кодекс профессиональной этики психиатра // Этика практической психиатрии: Руководство для врачей. - М., 1996. С. 229 – 237.

Оглавление

Введение	3
Правовые и этические основы организации психотерапевтической помощи (описание метода).....	4
Нормативно-правовые акты, регулирующие психотерапевтическую деятельность.....	4
Особенности реализации прав пациентов при оказании психотерапевтической помощи	12
Этические нормы и принципы в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании	20
Особенности гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи	31
Список литературы:	38
Приложение: Законы и иные нормативно-правовые акты.....	39