IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health

Раздел A.1

ЭТИКА В МИРОВОЙ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

William H. Johnson: Folk Family. Smithsonian American Art Museum, Washington, DC

ВСТУПЛЕНИЕ

ГЛАВА A.1

ЭТИКА И МЕЖДУНАРОДНАЯ ДЕТСКАЯ И ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ

Adrian Sondheimer & Joseph M Rey

Перевод на русский язык
Переводчик: Константин Мужановский
Редактор: Доленко Ольга, Марценковский Дмитрий

Joseph M Rey MD, PhD, FRANZCP
Professor of Psychiatry, Notre Dame University Medical School Sydney & Honorary Professor, University of Sydney Medical School, Sydney, Australia

Conflict of interest: none declared

Tolulope T Bella-Awusah MBBS(IB), FWACP
Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Ibadan & University College Hospital, Ibadan, Nigeria

Conflict of interest: none declared

Jing Liu MD
Professor & Director, Clinical Department for Children and Adolescents, Mental Health Institute & the Sixth Hospital, Peking University, Beijing, China. Vice-President, Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry & Allied Professions

This publication is intended for professionals training or practicing in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist.

©IACAPAP 2015. This is an open-access publication under the Creative Commons Attribution Non-commercial License. Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Send comments about this e-book or chapter to jmreyATbigpond.net.au

Suggested citation: Sondheimer A, Rey JM. Ethics and international child and adolescent psychiatry. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

Тщательно взвесив все за и против, мы предлагаем в начальной главе первого учебника по детской и подростковой психиатрии IACAPAP сосредоточить внимание на взаимоотношениях между этой областью знаний и этикой. Несмотря на то, что эта, посвященная этике, глава обращена главным образом к практикующим врачам, большинство приведенных здесь этических проблем обсуждены применительно также и к другим профессионалам, работающим в психиатрии и принимающим участие в процессе лечения детей и подростков (например, психологам, социальным работникам, среднему медицинскому персоналу, терапевтам). Если не указано иное, понятие «ребенок» используется по отношению ко всем лицам моложе 18 лет, словом «опекун» обозначены родители или опекуны, «детский психиатр» - означает детские и подростковые психиатры, и термин «детская психиатрия» означает - детская и подростковая психиатрия, как дисциплина.

«Я не встречал в природе никаких следов стремления к морали. Это, к нашей чести, предмет исключительно человеческого происхождения»

Томас Генри Хаксли (1825 – 1895) карикатура работы Карло Пеллегрини (псевдоним «Обезьяна») 1759-1840. Дабнеровская библиотека истории науки и технологии Стетсоновского института

Детская психиатрия представляет собой одну из узких специальностей психиатрии, а психиатрия в свою очередь является медицинской специальностью. Медицинская профессия, по своей сути, предназначена для борьбы с любыми недугами человеческого тела и разума, и привлекает расположенных к этому практикующих врачей. Если определять этику, как интеллектуальное исследование, сфокусированное на правильности и неправильности поведения человека (AmericanHeritageNewDictionaryofCulturalLiterac у, 2005), то медицина является образцом специальности, которая, как профессия, предназначенная приносить пользу, как индивидуумам, так и человечеству в целом, и основана на принципе – пытаться «поступать правильно». Таким образом, в основе медицины как профессии, и применения ее на практике лежит этическая перспектива. Если бы можно было смотреть на вещи так просто. В действительности, изучение этики чаще всего фокусируется на сложностях человеческой сущности, которая по определению и опыту обычно представляет собой комбинацию серых, запутанных и темных зон. Только редко этическое исследование действительно предлагает абсолютно черные и белые контрасты. Все это делает интересным изучение этических вопросов.

Психиатрия, в большей степени, чем другие медицинские специальности, пытается сосредотачивать свое внимание в равной мере, как на разуме, так и на теле (Slavney, 1993). В идеале, эта специальность пытается интегрировать эти составляющие, так как их функционирование опосредовано деятельностью мозга. Таким образом, психиатрическая перспектива охватывает когнитивные, аффективные, межличностные и поведенческие процессы индивида, функционирующего одновременно в семейном, социальном, культуральном, экономическом, религиозном, образовательном и политическом контекстах. Детская психиатрия, как узкая специальность психиатрии, занимается индивидами от младенческого возраста и до подросткового, при этом многие практикующие врачи расширяют эти возрастные рамки до ранней взрослости.Развитие ребенка предполагает рост и созревание в разных сферах, включая физическое тело, когнитивные способности, эмоции, поведение и способности оценивать ситуации. Поскольку дети пока еще не приобрели способностей, свойственных взрослым в этих сферах, они нуждаются в защите и заботе со стороны опекунов. В основном эту роль выполняют родители, но в некоторых случаях условия для созревания обеспечивают молодым людям близкие родственники, государственные службы и другие назначенные лица. В отличие от своих коллег, которые занимаются лечением только взрослых пациентов, детские психиатры посвящают себя не только работе с детьми, но также и с заботящи-

мися о них взрослыми, предоставляющими информацию, которую ребенок не может или не хочет давать. Работая с двумя поколениями и их взаимоотношениями часто, однако, приходится быть свидетелем взаимных конфликтов, что в свою очередь может послужить поводом этической дилеммы.

ЭТИКА В БОЛЕЕ ШИРОКОМ КОНТЕКСТЕ

Теоретически, решение этических затруднительных положений от других реакций на такие дилеммы можно было бы отличить по двум отчетливым признакам. Во-первых, предполагается, что эти решения будут унифицированными, т.е. приходить независимо от обстоятельств, в которых они возникли, и, следовательно, их можно применять в любом контексте. Во-вторых, эти объективные «универсальные» решения должны превосходить индивидуальную и групповую мотивацию.

Но, в действительности, можно ли считать такие утверждения самоочевидными. Для того чтобы эти решения стали аргументированными и справедливыми, а не благоразумными или рассудительными, будет ли правильным игнорировать контекст, будь то политический, экономический, культуральный или религиозный? На первый взгляд это может казаться маловероятным. Противопоставляя, например, окружающую среду, в которой живут граждане технологически развитых демократий и бедствующих, разоренных войнами, тоталитарных автократий, сложно себе представить, что ив тех и в других условиях можно использовать идентичные этически обоснованные подходы и приходить к тождественным решениям. Усложняет ситуацию еще и то, что существуют страны, в которых эти элементы смешиваются. Например, те, в которых текущее экономическое развитие может опережать упрочившиеся индустриализированные демократии, но в чьем политическом строе доминирует «нисходящая» перспектива. Иллюстрацией этому могут послужить яркие примеры различий, с которыми сталкиваются детские психиатры: так этическая дилемма - выписывать ли обоснованное лекарство вместо препарата-генерика, когда коммерческие страховые компании или утвержденные государством формуляры оказывают давление на детского психиатра, заставляя выписывать последние, контрастирует с желанием детского психиатра выписать какой-либо антидепрессант – хоть какой-нибудь антидепрессант – в стране, в которой недостает предметов первой необходимости, не говоря уже об адекватном запасе психотропных лекарственных препаратов; этика сопротивления с одной стороны утонченному давлению прокуратуры, требующей «не настаивать» на передаче дела малолетнего преступника, подлежащего рассмотрению в суде по семейным делам, во взрослый уголовный суд, а с другой стороны угрозе со стороны государственной военной организации лишить детского психиатра средств к существованию; или еще хуже - должен ли детский психиатр отказаться принимать психически здорового человека, который был направлен на лечение в психиатрический госпиталь после того как вступил в конфликт с политическим или полицейским чиновничеством (LaFraniereиLevin, 2010); этика оказания помощи ребенку только что похоронившему своих родителей, окруженному любящими родственниками с адекватными и достаточными финансовыми ресурсами, против этики оказания помощи сиротам, чьи родители и взрослые родственники были убиты враждебной воюющей стороной в гражданской войне, и теперь эти дети вынуждены скрываться и проживать все вместе в общей спальне (Stoveriи др., 2007;Williamsoniи др., 1987).

Писать об этике в детской психиатрии в международной перспек-

«Я убежден, что нам всегда следует подвергать наше мнение определенной степени сомнения. Мне не хотелось бы, чтобы люди догматично верили любой философии, даже моей»

Бертран Расселл

Bertrand Russell
(1872-1970)

тиве - значит принимать во внимание широчайший диапазон административных, политических, религиозных, культуральных и экономических обстоятельств (Leckmanu Leventhal, 2008). Действительно ли эти абсолютные различия означают в свою очередь, что этическая оценка должна проводиться по-разному в зависимости от контекста? Теоретически – ответ будет, нет. Может показаться, что одинаковые методы оценкиследует использовать во всех контекстах. В попытках прийти к наиболее успешному решению, тем не менее, необходимо непременно принимать в расчет окружающую обстановку, что в результате, возможно,приведет к противоположным окончательным решениям в казалось бы одинаковых случаях.

«Этика – понимание разницы между тем, что вы имеете право делать, и тем, как поступать правильно».

Поттер Стюарт (1915-1985) – в прошлом член Верховного суда США

ИСТОРИЯ КОНЦЕПЦИИ ДЕТСТВА

Оптимальное развитие детей чрезвычайно важно в любом обществе, так как потомки со временем становятся взрослыми его членами, и есть надежда, что они продолжат групповые традиции и ценности. В соответствии с доминировавшими на протяжении тысячелетия в западной истории взглядами, дети после завершения периода раннего детства воспринимались как маленькие взрослые (Aries, 1962; DeMause, 1974). Они считались собственностью своих родителей, которые в свою очередь для того чтобы обеспечить их пищей и кровом имели право продолжать свою работу. Первые намеки на необходимость образования, кроме профессионального обучения, начали появляться в XVII столетии. Этот процесс сопровождался формированием концептуального представления о детстве, как о стадии развития человека отличающейся от зрелости. На протяжении последних ста лет представление о детстве, как об уникальной стадии созревания, развивалось очень быстро. В этот период были приняты законы, предписывающие посещение школы, защищающие от использования детского труда, способствующие и поддерживающие функционирование и здоровье семьи, создававшие системы правосудия по делам несовершеннолетних с уникальными подходами к судопроизводству, и обязывающие сообщать в органы государственной власти о случаях насилия и/или отсутствия заботы родителей о детях (Enzer, 1985;Graham,1999). По мере того, как государства все больше и больше брали на себя ответственность за благополучие детей, параллельно этому процессу эволюционировала и медицинская профессия. Педиатрия, как специальность, впервые появилась в конце XIXст., детская психиатрия, как подразделение общей психиатрии в 30-е – 40-е годы XX ст. (Musto, 2007). В 1953 году в США была основана Американская академия детской психиатрии. За последние 50 лет само детство было более тщательно подразделено на отдельные стадии, и на сегодня включает такие периоды, как период грудного, предшкольного, дошкольного, младшего школьного и подросткового возрастов (последний период подразделяется на раннюю, среднюю и позднюю стадии). Таким образом, концепция детства со временем эволюционировала от относительно недифференцированной массы к современной значительной дифференциации, включающей узкие возрастные периоды с разными потребностями и способностями. Несмотря на то, что общим для всех этих стадий остается потребность в предоставляемой взрослыми заботе и опеке, эти проработанные различия, как будет видно позже, часто играют важную роль и в этических соображениях.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ И ДЕТИ

Понятие медицинской этики включает в себя большое подмножество воззрений на медицинский профессионализм. Концепция профессио-

нализма выходит далеко за пределы суждений, прямо связанных с оказанием помощи пациенту, и касается общей манеры поведения врача (Gabbardи др., 2011; Wyniaидр., 1999). Поскольку поведение врача в значительной степени, прямо или косвенно, влияет на процесс лечения пациента, границы между этикой и профессионализмом могут быть нечеткими. Рассматривая в широком контексте практикующих детских психиатров, можно предположить, что, возможно, им их работа с пациентами нравится, потому что они чувствуют уязвимость детей, которая позволяет реализовать скрытую потребность в том, чтобы опекать их, защищать и обучать. Несмотря на то, что эти факторы,несомненно,работают на пользу детям, способствуя установлению хороших отношений врач-пациент, в этих взаимоотношениях существует также достаточно много потенциальных ловушек. Например, практикующие врачи могут оказаться физически или эмоционально привлекательными для опекунов их пациентов, или для них самих; могут удовлетворять фантазии спасателя; могут ощущать потребность в оказании особой благосклонности к некоторым пациентам и их семьям; или хотеть домогаться от семей пациентов финансирования намеченных проектов. Несмотря на то, что такие мысли и фантазии могут быть понятны, как часто встречающееся и сопутствующее врачебной практике явление, их реализация способом, вред которого пациенту доказан, будет непрофессиональной. Наоборот, основным этическим принципом медицинской практики должна быть первостепенная забота врача о безопасности, благополучии и соблюдении интересов ребенка. В соответствии с этим принципом, врач ни при каких обстоятельствах не должен использовать в своих интересах пациентов-детей и их родственников, нарушая профессиональные границы. Эти границы представляют собой буквальные и фигуральные ограничения, и созданы именно для того, чтобы предупреждать подобное поведение (GabbardиNadelson, 1995; Schetky, 1995). Наоборот дети и их опекуны в праве с уверенностью рассчитывать на то, что детский психиатр осуществит взаимный обмен честно, прозрачно, прямо и уважительно.

ЭТИЧЕСКИЕ КОДЕКСЫ

Тысячелетиями, в каждом обществе определенных граждан объявляли целителями. С недавнего времени их стали называть врачами или докторами. За последние столетия практикующие врачи, обитатели различных обществ раскиданных по всему земному шару, для того, чтобы регулировать свою профессиональную деятельность, разработали бесчисленное количество этических кодексов. Подавляющее большинство этих кодексов, несмотря на то, что они существенно отличаются в этническом, религиозном и географическом отношении, касаются общих проблем и вопросов. Таким образом, в большинстве из них рассматриваются следующие принципы:

- Главенство уважения к жизни человека
- Ответственность врача за благополучие пациента
- Наставление помогать, или, по меньшей мере, не вредить; и
- Акцент на нравственности и долге.

Часто внимание уделяется также таким специфическим вопросам, как:

- Равенство оказания помощи, независимо от финансового положения пациента
- Ожидание установления фиксированной платы

Клятва Гиппократа – клятва в течении длительного времени даваемая врачами и другими медицинскими работниками, обещавшими руководствоваться этическими принципами при оказании медицинской помощи. Широко распространено мнение, что она написана Гиппократом или одним из его студентов. Византийский манускрипт Клятвы, датируемый XII ст. (доступна на Wikimedia).

•Использование законных методов диагностики, включая клиническое обследование и правильную оценку

•Принятие решения проводить ли лечение, и когда его осуществлять; если лечение, то только с использованием законных методов

•Конфиденциальность взаимоотношений врач-пациент

•Запрет на сексуальные взаимоотношения между врачом и пациентом, и

•Назначение наказания или санкций в случае некомпетентного технического исполнения, или нарушения кодекса.

Международные этические кодексы, принятые медицинскими организациями, впервые появились в XX ст.. В Международном этическом кодексе Всемирной медицинской ассоциации, который был принят в 1949 году и недавно, в 2006 году, изменен, изложены обязанности врачей общего характера, а также их ответственность перед пациентами и коллегами (WorldMedicalAssociation, 2006). Акцент делается на необходимости компетентности, честности, посвященности, избегании предвзятости и/или использования в личных целях, уважение конфиденциальности, сотрудничество, и, что интересно, обязательность обращения за помощью для самих врачей, в том случае, если у них возникнет психическое или соматическое заболевание. Результатом подобного глобального мышления стало принятие нескольких психиатрических кодексов и деклараций межнационального уровня. В Мадридской декларации Всемирной психиатрической ассоциации (1996), разработанной на основе Деклараций принятых на Гавайях (1977)и в Вене (1983), изложены международные этические стандарты и нормы пси-

хиатрической практики (WorldPsychiatricAssociation, 1996). Кроме обсуждения таких базовых элементов, как ответственность врача перед пациентом, необходимость в осведомленности о современных научных достижениях, защита участников научных исследований, конфиденциальность, и соблюдение профессиональных границ, особое внимание уделено также запрету на участие в пытках, смертной казни, половом отборе, процедурах культурной или этнической дискриминации; избеганию промышленно- или политически-обусловленных конфликтов интересов и ожидание, что правильное лечение будет проводиться исходя из обоснованного диагноза и после предоставления пациенту полной соответствующей информации и получения от него добровольного согласия.

В 1989 году Конвенция Организации Объединенных Наций по правам ребенка коллективной волей государств-участников утвердила за детьми права на выживание, развитие, защиту и участие, включая право свободно выражать свое мнение, получать соответствующее уважение, и проживать со своими семьями (UnitedNations, CentreforHumanRights, 1990) (смотри Главу J7).В Конвенции ООН о правах инвалидов (2006) акцентируется внимание на том, что ко всем инвалидам, независимо от их возраста, включая и детей, а также психически больных необходимо относиться с уважением и достоинством (UnitedNations, 2007; Steinи др., 2009). В документе подчеркивается недискриминация и равный доступ к медицинской помощи, а также равные права инвалидов на включение во все аспекты жизни и на обеспечение основных свобод. Несмотря на впечатляющее происхождение этих деклараций, ясно, что их реализация в странах, подписавших эти документы, весьма отличается. Этого следовало ожидать, учитывая существенные отличия государственных систем. Тем не мене, утешением может быть то, что в глобальном масштабе сохраняется этически обоснованное доверие к усилению защиты детей и инвалидов, и все больше и больше приходит понимание сил, которые способствуют или препятствуют реализации этих конвенций. В 2006 году Международная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (IACAPAP) разработала рекомендации и руководящие принципы для практикующих врачей и опубликовала их в документе под названием «Этика в детской и подростковой психиатрии» (EthicsinChildandAdolescentPsychiatry), который, в свою очередь, является производным от резолюции IACAPAP«Гарантирование охраны психического здоровья детей», провозглашенной в 1992 году и исправленной в 1996 и 2004 гг. (IACAPAP, 2006). В документе, обнародованном IACAPAP, по пунктам перечисляются основные этические принципы; рассматриваются права детей и их родителей/законных опекунов; дается обзор согласий и разногласий; и обращается внимание на такие темы, как конфиденциальность, потенциальная эксплуатация, сексуальные контакты, честность, принудительное лечение, подарки от пациентов и индустрии, представление материалов о пациентах в публикациях и на профессиональных встречах, этика научных исследований, мультидисциплинарное сотрудничество, а также рекомендации ассоциации по принятию финансовой помощи.

Первоначальные усилия и последующие исправления, отмеченные в этих разнообразных декларациях и рекомендациях, являются функцией условий и влияний, которые меняются со временем. Примером может быть Этический кодекс Американской академии детской и подростковой психиатрии (AACAP). Первоначально обнародованный в 2007 году, незначительно исправленный в 2007 году и существенно в 2009 году, этот кодекс отражает

изменения, произошедшие за последние тридцать лет, в медицинских знаниях, клинических методах, оплате за оказанную помощь, понимании психологической динамики, и в деятельности фармацевтической индустрии и промышленности (AmericanAcademyofChildandAdolescentPsychiatry, 2009). Последние изменения всесторонне и прямо касаются таких проблем, как: влияние третьей стороны; ожидания, что будут публиковаться все результаты научных исследований, как положительные, так и отрицательные; конфликт интересов; втягивание в романтические и/или сексуальные связи с пациентами и их семьями; риск исследований с участием детей; стремление практикующих врачей к власти и богатству; ожидания, что врачи будут знать законы, превалирующие в профессиональной юрисдикции, а также противоречия, которые могут существовать между этическими соображениями и законами. Как отмечает Beauchamp (2009), «закон – это не хранилище наших моральных стандартов и ценностей». Наоборот, этические кодексы представляют собой руководства по профессиональному поведению, и этим они отличаются от законов, предоставляющих большую гибкость, и более широкий выбор действий. Кодексы содержат в себе стандарты профессионального поведения, и нынешний кодекс AACAP может быть примером такого документа, в котором скорее ясно, а не расплывчато, указано на предпочтительное поведение. Для тех врачей, у которых возникают вопросы по поводу их, или работающих с ними сотрудников,профессиональной мотивации, намерений и поступков, возможно наиболее полезными будут консультации с коллегами и обращение к рекомендациям, изложенным в кодексах.

ДЕТИ, ЭТИКА И ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ

Дети и взрослые существенно отличаются друг от друга по многим параметрам. Дети обычно меньше взрослых, они имеют более узкое представление об истории и происходящих вокруг них событиях, находятся в беспрерывном процессе быстрого развития и созревания, и нуждаются в защите и опеке со стороны других людей. Однако, дети – это не монолитная группа – так, например, дети преддошкольного возраста значительно отличаются от детей позднего подросткового возраста по многим отмеченным выше областям, даже когда имеют общие характеристики. Тем не мене, вследствие их постоянной зависимости от взрослых, к ним, с юридической точки зрения, обычно относятся, как несовершеннолетним. Таким образом, такие важные решения по таким значимым вопросам, как, например, где и с кем они будут жить, имеют ли они возможность странствовать или путешествовать, места светского и характер религиозного обучения, доступ к медицинской помощи по закону полностью находятся в руках их родителей/опекунов. В странах с эффективным законодательством, государство имеет законное право вмешиваться в процесс принятия таких решений, только в тех случаях, когда опекуны уклоняются от обеспечения детей предметами первой необходимости, т.е. пищей, кровом и образованием, или проявляют жестокость в их воспитании. Эти казалось бы «само собой разумеющиеся» и общепринятые законные правила в действительности основаны на использовании важнейших этических принципов, которые в свою очередь сочетаются с обширными знаниями из области развития детей. Несмотря на то, что за верховенство борются разные подходы в морали (Bloch, 2007), этика действий по отношению к детям базируется на фундаментальных принципах. Таким образом, ожидается, что каждый клиницистбудет: работать над достижением наилучших для ребенка целей (доброжелательность), избегать практик, которые могут причинить вред ребенку (не зловредность), уважать

выбор и пожелания каждого пациента (автономность) и относиться ко всем пациентам одинаково, беспристрастно и с почтением (справедливость). Такая же этическая структура должна использоваться и при разработке административных подходов, предназначенных для оказания помощи и защиты больших групп детей (Sondheimer, 2010). Например, при планировании мероприятий, направленных на поощрение применения в школах усовершенствованных методик сохранения психического здоровья (Bostici Bagnell, 2001; Breneri др, 2007), оказании помощи детям, травмированным войной (Betancourt, 2011; Panter-Bricki др., 2011) или инновационных программ для малолетних преступников (Holdeni др, 2003) разумным будет ожидать, что власти так спланируют свои усилия, что дети извлекут из этого только пользу, их действия не причинит вреда детям, они будут чувствовать уважение по отношению к себе, и все получат одинаковую помощь и защиту.

Эти мнения и подходы предполагают идеальные условия, когда клиническую ситуацию или административную проблему можно четко и ясно подвести под правильный или неправильный выбор. Но в реальности обычно возникают конфликты, которые существуют в градациях серого. Одним из хороших примеров может быть рассмотрение детей в континууме созревания. Соответственно то, что может быть полезно для шестнадцатилетнего подростка (например, уважение его независимого права отказаться от лечения), не может быть полезным для непокорного семилетнего ребенка. В большинстве случаев уверенно заявляют о себе и другие дилеммы из области серого. Например, с чьим мнением должен считаться детский психиатр, при условии, что взгляды на события у ребенка и его опекуна отличаются? Когда группа (например, семья) хочет следовать плану, поддерживаемому большинством ее членов, нужно ли относиться с должным уважением к инакомыслию меньшинства (нередко это мнение пациента-ребенка), и как? В каком случае детский психиатр действительно должен отдавать предпочтение потребностям отдельного пациента в условиях ограниченных ресурсов, если с позиции здравоохранения, внимание к потребностям сообщества принесло бы пользу большему числу пациентов. Часто этические принципы, использующиеся для того, чтобы добиться ответа на такие клинические или административные вопросы, конфликтуют друг с другом, и для получения желаемого решения должен быть использован обоснованный подход.

Этический процесс рассуждения преследует закономерность ... Решение часто оказывается наименее вредным, но не обязательно, кажется, оптимальным.

ЭТИЧЕСКИЕ РАССУЖДЕНИЯ

Обычно, клиницисты, работая со своими пациентами, не сомневаются в этической основе своих действий. Это не лишено смысла. Средний детский психиатр – это добросовестный, достаточно образованный врач, приобретший, со временем, клинический опыт, что позволяет ему повседневно оказывать помощь на высоком уровне. Однако, время от времени такой специалист сталкивается с запутанными и вызывающими тревогу ситуациями, которые заставляют его испытывать неуверенность или неловкость, относительно того, что следует делать дальше (Sondheimer, 2011). Колебания или дискомфорт у детского психиатра могут быть связаны, например, с тем, что он не знает как поступить, когда родители просят назначить подростку токсикологический анализ мочи одновременно требуя не информировать его с какой целью этот анализ проводится; как поступить в ситуации, когда ребенок неясно и двусмысленно говорит о нанесении себе вреда, заставляя детского психиатра сомневаться относительно потенциальной безопасности пациента; или когда какие-либо учреждения требуют сообщить о ребенке информацию, которая в случае, если будет разглашена, может ему навредить.

Если детский психиатр сознательно фокусирует свое внимание на собственном дискомфорте и не игнорирует его, то может использовать такое чувство беспокойства как молчаливый сигнал о том, что имеет место этическая дилемма, и существует необходимость в ясном и проницательном решении.

Процесс этических рассуждений протекает по последовательному паттерну. Если считать этику «деятельностью, проявляющуюся дисциплинированным размышлением над моральной интуицией и моральным выбором» (Veatch, 1989), то, возможно, наиболее важным шагом в этом процессе будет осознание наличия этического конфликта и признание необходимости в ответной реакции. Обычно такое осознание следует за почти мгновенной аффективной реакцией детского психиатра в виде тревоги или страха, за которой следует быстрое желание убежать от этой проблемы или переложить ответственность за ее решение на кого-нибудь из коллег. Эта реакция появляется вслед за осознанием, что ни один из возможных вариантов вмешательства не выделяется среди других как наиболее подходящий, и любой из подходов по сути лишь усугубляет проблему. Как только «незрелые» реакции проходят, детский психиатр обязан рассудительно изучить ситуацию. Здесь могут оказаться полезными несколько подходов. Во-первых, если ситуация не экстремальная и не требует немедленных действий, детский психиатр должен выждать какое-то время, задать дополнительные вопросы, собрать информацию, и отложить выбор окончательного клинического или административного решения. Во-вторых, психиатру следует подумать о том, какие его или ее личностные ценности задействованы в процессе рассуждения. При обдумывании этической дилеммы само-исследование может привести к пониманию, какую роль играют воспитание, образование, и непрофессиональный личный опыт детского психиатра, и будут ли они способствовать благоприятному или неблагоприятному результату. В-третьих, часто помогают консультации с коллегами. Несмотря на то, что проблемный вопрос может оказаться новым для детского психиатра, весьма вероятно, что он уже был решен кем-то из его коллег или описан в профессиональной литературе. Кроме того, может помочь вовлечение пациента в обсуждение этического конфликта, а также имеющих к нему отношение представителей руководства, для того чтобы они также внесли свой вклад в достижение цели. И наконец, после применения указанных выше стратагем, психиатр должен рассмотреть значимые варианты и возможные последствия, используя при этом анализ соотношения между риском и пользой. Прийти к окончательному выбору действий могут помочь вышеупомянутые четыре основные этические принципы, и рекомендации, содержащиеся в национальных и международных этических кодексах по детской психиатрии. Это решение часто оказывается наименее вредным, но не обязательно выглядит оптимальным.

БЕЗОПАСНОСТЬ

Premium non nocere – прежде всего не навреди – кардинальный принцип соответствующей всем правилам медицинской помощи (Smith, 205). Применительно к психиатрии это фундаментальное правило требует, чтобы детский психиатр в первую очередь беспокоился о безопасности ребенка (пациента). Так, например, если у депрессивного ребенка с суицидальным поведением в недавнем прошлом, продолжают оставаться актуальными идеи о самоповреждении, то его лучше всего лечить в стационарных условиях, где можно осуществить над ним строгий и постоянный надзор, несмотря на фактическое нарушение его прав на автономность и свободу перемещения. Другой, страдающий депрессией, но не имеющий

суицидальных тенденций, ребенок извлечет большую пользу из лечения в амбулаторных условиях, проживая дома в окружении своей семьи. В обоих этих случаях на первом месте, безусловно, должна быть безопасность пациентов, но поскольку потенциальная угроза их благополучию неодинакова, то в результате лечение осуществляться в разных условиях. Следует отметить, что с этической точки зрения детский психиатр должен быть полностью осведомлен о правовой защите ребенка в рамках действующей врачебной юрисдикции, с тем, чтобы свести к минимуму нарушение его прав.

КОНТЕКСТ – КУЛЬТУРА, ИСТОРИЯ И ЭКОНОМИКА

В этических рассуждениях важную роль может играть контекст, так как одно и то же поведение в разных культурах может оцениваться по-разному. Например, если в США у проживающей в среднего класса пригородном доме взрослой женщины появиться путанная и бессвязная речь, а предыдущие подобные эпизоды заканчивались помещением в психиатрический стационар, то она будет снова госпитализирована, по настоянию семьи; если женщина того же возраста, с подобным состоянием в деревенской фундаменталистской церкви «в состоянии религиозного экстаза заговорит на непонятном языке», то вероятнее всего будет окружена заботой и поддержкой прихожан. Аналогично, если в индустриальном обществе в «прогрессивной» школе ученик вступит в дискуссию с учителем в ответ на его провокационное утверждение, то, скорее всего, заслужит аплодисменты; и наоборот, если проживающая в традиционной семье школьница заявит родителям, что хочет получить образование, обычно не разрешаемое девочкам, то это может быть воспринято как беспокойное поведение, проблема с дисциплиной или душевное расстройство (Robertson и др., 2004). Эти примеры свидетельствуют о том, что с этической точки зрения детские психиатры в клинических рассуждениях обязаны прийти к пониманию контекста, или «культуральной компетентности» (Bass и др., 2007; DeJog и Van Ommeren, 200; Kirmayer и Minas, 2000). Также важную роль часто играет доступность ресурсов. Например, там, где они ограничены, роскошью может казаться помещение психически больного ребенка в учреждение закрытого типа, несмотря на то, что такая помощь может быть всего лишь попечением в условиях лишения свободы. Более богатая среда имеет возможность предложить целый ряд образовательных, рекреационных и стимулирующих межличностные взаимоотношения ресурсов, одновременно предоставляя ребенку возможность оставаться дома со своей семьей. В каждом случае используются оптимальные с этической точки зрения вмешательства, но доступные ресурсы диктуют разный выбор.

Другим все еще важным фактором в этических размышлениях является знание истории психиатрии. На протяжении последних ста лет в специальности господствовали разные масштабные движения. В разное время боролись друг с другом за право на существование и превосходство над другими: психоаналитическая теория, соматические методы лечения (например, электрошоковая терапия, инсулинотерапия, психохирургия), фармакотерапия, коммунальная психиатрия, теория систем, институционализация, деинституционализация, а также, как общепринятые, так и скоротечные методы психотерапии (например, групповая, семейная, когнитивно-поведенческая, терапия первичного крика, терапия средой). Часто наиболее эффективной оказывалась интеграция нескольких предлагаемых одновременно модальностей (The MTA Cooperative Group, 1999), несмотря на мнения приверженцев применения только одного вида терапии. Последние достижения научных исследований в области детской и

взрослой психиатрии сместили фокус внимания на изменения на молекулярном уровне и характер их взаимодействия с окружающей средой (Rutter, 2010). Изменились также национальные экономические системы. Как на внутригосударственном, так и на межнациональном уровнях, менялось со временем государственное и частное финансирование медицинской помощи, включая страхование здоровья, финансирование клиник и оплату программ, предоставляемых обоими секторами. Эти изменения постоянно влияют на объем доступных детской психиатрии ресурсов, что в свою очередь оказывает влияние на принятие этических решений. Ни постепенные, ни внезапные экономические изменения не меняют фундаментальные подходы при принятии этических решений, но оказывают сильное воздействие на широту и пределы доступных клинических решений и альтернатив.

ЭТИКА – ГЛОБАЛЬНАЯ И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ

Обсуждение этических дилемм обычно сосредоточено на ситуациях, с которыми приходится сталкиваться врачам клиницистам при лечении отдельных пациентов и/или их семей. Для врача практика легче осмыслить и сконцентрироваться одновременно на одном случае. Однако, использование этического мышления, универсально, следовательно, первоначально уместно будет рассмотреть ребенка в глобальной перспективе. Исследования, проведенные в различных странах, свидетельствуют о том, что распространенность психических расстройств в детской популяции колеблется от 5 до 20% (Giel и др., 1981; Malhotra, 1995; Patel и др., 2007). Большое количество детей проживают в лагерях для перемещенных беженцев (Forbes, 1992), бездомны (Raffaelli и Larson, 1999), стали сиротами, вследствие того, что их родители умерли от СПИДа (UNICEF, 2000), и являются жертвами физического или сексуального насилия. После изучения всех этих случаев в рамках хорошо структурированных эпидемиологических исследований оказалось, что значительное число этих детей имеют признаки связанной со стрессом, депрессивной и тревожной симптоматики. Большинство из этих детей проживают в странах с бедными ресурсами, располагающими небольшим количеством обученного психиатрического персонала. Помимо удовлетворения потребностей этих детей в пище, практическое обучение основам оказания психиатрической помощи педагогов и врачей первичного звена, проводимое консультативным персоналом детской психиатрии, с этической точки зрения, вероятно, будет наиболее благотворным подходом для детей и их часто клинически депрессивных матерей (Fombonne, 2005; Gracham и Orley, 1999; Lewis и др., 2001; Omigbodun, 2008).

Очевидно, что в странах с бедными ресурсами у большинства людей огромные потребности. Тем не менее, в соответствии с мировой тенденцией детские психиатры оказываются преимущественно в богатой ресурсами среде. Чаще всего они сталкиваются с этическими дилеммами, возникающими в контексте оказания помощи одному ребенку, хотя дилеммы сами по себе универсальны и выходят за пределы национальных границ. Среди прочих требуют изучения проблемы оценки; диагностики и лечения; информированного согласия/согласия/несогласия; конфликтов между детьми и родителями; конфиденциальности; посредничества; ответственности врача; границ и отстаивания позиций.

ОЦЕНКА И ДИАГНОСТИКА

До появления в 1980 году третьей редакции Руководство по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатри-

ческой ассоциации (DSM –III), психиатрическая диагностика в США часто основывалась на психоаналитических размышлениях приписывавших этиологию расстройствам, которые, как подразумевалось, происходили из нарушенных подсознательных интрапсихичесих процессов. Поскольку эти диагнозы основывались на теоретических концепциях, а не на наблюдаемых феноменах, они, сформулированные практикующими врачами той эпохи, часто конфликтовали. Более того, сама по себе концепция «расстройства», при отсутствии биологических тестов, которые могли бы подтвердить диагноз (по сравнению с высоким уровнем содержания глюкозы в крови при сахарном диабете; повышенным уровнем тропонинов, кардиальных энзимов и специфических изменениях на ЭКГ при инфаркте миокарда) подняла проблему – «у каждого свое представление». Например, недисциплинированное поведение ребенка разными наблюдателями может расцениваться как вариант нормального, либо как симптоматика оппозиционного расстройства или расстройства поведения, или как реакция на стресс. Даже при хорошо очерченных диагностических критериях, вполне вероятно, что между добросовестными клиницистами может существовать диагностическое несогласие, поднимающее вопросы об основных принципах диагностического процесса и точном определении «заболеваний» (Pies,2007). Недостаток уверенности в психиатрических диагнозах и слабая диагностическая согласованность до 1980 г., сочетавшиеся со страхом «навешивания ярлыков» и распространением стигмы ассоциированной с психическим заболеванием, привели к значительному количеству крикливых поборников диагностического нигилизма. Кроме того, посрамление, вызванное злоупотреблениями психиатрическими диагнозами в политических целях (например, изобретение и применение нового диагноза «вялотекущая шизофрения» в бывшем Советском Союзе с целью принудительной госпитализации и лечения политических оппонентов режима, против их воли) высветило необходимость в относительно более доскональном диагностическом консенсусе на международном уровне (Wilkinson, 1986).

За последние тридцать лет исследователи в области психиатрии пришли к всеобщему согласию относительно прогрессивно более тща-

Когда в декабре 2006 года умерла Ребека Рилли, между психиатрами в США и во всем мире уже шли дискуссии, по поводу того, можно ли ставить диагноз биполярного расстройства и расстройства гиперактивности и дефицита внимания таким детям, как эта четырехлетняя девочка из города Халл (Lambert, 2010). По судебному соглашению адвокат Медицинского центра согласился выплатить 2,5 миллиона долларов в пользу четырехлетней Ребекки, которая умерла от передозировки медикаментов, выписанных психиатром, а также отпускаемых без рецепта (Baker, 2011).

‘Рилли … была слишком маленькой, когда ей поставили диагноз (биполярное расстройство), ей было всего лишь два с половиной года». «Ребекке назначили антипсихотические медикаменты, лекарства, которые используются при лечении биполярного расстройства у взрослых, а также медикаменты, снижающие артериальное давление, которые иногда используются для того, чтобы помочь гиперактивным детям уснуть». «Психиатрический спор касается диагностики расстройств у детей до подросткового возраста. Фактически нет исследований, проведенных на детях младше 6 лет». (Goldberg, 2007).

тельных подходов в группировании наблюдаемых феноменов. Это в свою очередь привело к более осторожному определению диагностических категорий. За правило было принято тесное сотрудничество между консультантами, работавшими над версиями Международной классификации болезней (ICD) и последующими редакциями DSM, что привело к значительной совместимости этих двух «официальных» версий психиатрических диагнозов (Sartorius и др., 1993). Таким образом, диагностический процесс претерпел трансформацию, давая возможность лицам, совместно участвующим в транснациональных исследованиях, с большей уверенностью предполагать, что субъекты исследований из других стран отвечают тем же критериям включение и исключения. Однако сохраняется осторожность относительно неадекватной чувствительности к культурно-обусловленным переменным (Belfer и Eisenburch, 2007; Van Ommeren, 2003)/

Строгие диагностические критерии позволяют разрабатывать методы лечения, адаптированные к специфическим диагнозам. Если диагностический процесс используется на благо пациента, то в таком случае он удовлетворяет кардинальный этический принцип. Однако, такие потенциальные проблемы, как «навешивание ярлыков» и стигматизация все еще могут нанести вред пациенту (Pescosolido и др., 2007). Практикующий врач не может полностью проконтролировать или повлиять на то, как другие люди - не близкие родственники, могут злоупотребить этой информацией. В особенности в современную эру электронной передачи информации диагноз теоретически может приклеится к человеку «навсегда», и в относительно малообразованном обществе люди будут бояться психически больного ребенка и относиться к нему как к неполноценному. В конечном счете, именно на детском психиатре лежит ответственность за точность оценки и диагностики, с тем, которая не навредила бы ребенку; за следование процедуре, защищающей конфиденциальность текстовых материалов; а также за информирование местного сообщества по вопросам распространенности психических заболеваний, точности прогноза, эффективности лечения и необходимости поддержки со стороны семьи и сообщества (Rosen и др., 2000; Thara и др., 2001).

За последние годы в США наблюдается поразительный рост распространенности детского аутизма и биполярного расстройства. Несмотря на то, что может показаться, что в обоих случаях этот рост связан с более тщательным обследованием в сочетании с расширением диагностических определений этих расстройств, эта динамика напоминает нам о том, что научный прогресс не происходит без борьбы, разногласий, конфликтов и ошибок (Angell, 2011; CArey, 2007; Kim и др., 2011; Moreno и др, 2007). В процессе предложения и пересмотра определений некоторые дети могут получить ошибочный диагноз, тогда как другие могут извлечь выгоду из расширенных критериев. Кроме того, возросшая информированность в отношении диагностики ADHD (расстройства дефицита внимания и гиперактивности) и биполярного расстройства на международном уровне может быть связана с усиленной профессиональной подготовкой и активизацией практикующих врачей, продвигаемой отчасти фармацевтическими компаниями. Их усилия могут быть мотивированы желанием помочь значительному числу детей, у которых расстройства ранее не распознавались; к этой ситуации имеет отношение и тот факт, что фармацевтические компании могут извлекать дополнительную финансовую выгоду от продажи соответствующих медикаментов за счет появляющихся новых рынков сбыта. И наконец, на детских психиатров возложена обязанность выполнять диагностическую

Недокументированное назначение

Недокументированное назначение означает назначение лекарственных препаратов для лечения заболеваний, или возрастным группам, или использование способов употребления (например, перорально, парентерально) не утвержденных органами государственного регулирования (например ,Управлением по контролю за продуктами питания и лекарствами США (FDA) или Европейским медицинским агентством EMEA. Оно может отличаться от страны к стране. Недокументированное назначение лекарственных препаратов встречается достаточно часто в практике детской психиатрии, в связи с малочисленностью релевантных исследований, проводимых на детях. Потенциальные последствия такого лечения в плане пользы или вреда неопределенны и имеют переменный характер

работу аккуратно и заботливо. Они должны принимать во внимание целый ряд факторов, которые могут играть определенную роль в диагностическом процессе, одновременно осознавая, что их действия могут оказать значительное влияние на ближайшее и отдаленное будущее их пациентов – детей.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ – СОМАТИЧЕСКИЕ И ВЕРБАЛЬНЫЕ

Лечению каждого отдельного ребенка, в тех случаях, когда оно показано, должен предшествовать адекватный диагностический процесс. Если на мгновение не принимать во внимание достижения в области профилактики, современная база психиатрических знаний ограничена терапевтическими мероприятиями с использованием химических и физических методов и психотерапией, или в идеале сочетанием обоих подходов. Обеспечение лечением, тем не менее, часто ограничено регионом, окружающей культурой, доступностью ресурсов и уровнем знаний врача-практика. Врач обязан знать о доступных ресурсах, осознавать степень психологической гибкости или ригидности пациентов, которым он оказывает помощь, степень вреда, который может быть причинен ребенку в том случае, если ему не будет оказана помощь, а также ограниченность собственных знаний. С последним фактором проще всего справиться с помощью консультаций и возможного сотрудничества с коллегами врачами.

Главным основанием для назначения лечения должна служить доказательная медицина, но из-за ограниченного количества обширных исследований сфокусированных на детях, ее возможности ограничены. Исследования показывают, что некоторые химические группы медикаментов эффективны при специфических расстройствах – например, стимуляторы при ADHD; стабилизаторы настроения при биполярном расстройстве; ингибиторы обратного захвата серотонина при большой депрессии и обсессивно-компульсивных расстройствах. Подобные парные согласования характерны и для некоторых методов психотерапии: например, когнитивно-поведенческая терапия при фобических расстройствах; терапия средой в психиатрическом стационаре в тяжелых случаях суицидальных мыслей или поведения. Методы лечения часто оказываются зависимыми от культурных или местных особенностей. Хорошим примером служит недавно проведенное исследование ADHD в трех богатых ресурсами странах, которое продемонстрировало большие различия между нациями относительно распространенности, взглядов на тяжесть заболевания и методов лечения (Hinshaw и др., 2011). Другие исследования пришли к результатам, которые доказывают, что более эффективно сочетание лечения психотропными препаратами в тандеме с психотерапией, в противоположность использованию одного из этих подходов отдельно, хотя возможность одновременно реализовать оба подхода обусловлена наличием и доступностью ресурсов и персонала (The MTA Cooperative Group, 1999; March и др., 2004).

Нередко, к этическим проблемам, связанным с физическими методами лечения и вербально опосредованными методами подходят так, как если бы они представляли разные дилеммы, когда на самом деле к обоим из этих подходов применимы одинаковые принципы. Каждый из них обладает потенциалом приносить пользу или вред; применению каждого из них, или обоих должен предшествовать анализ соотношения между риском и выгодами; потенциал необоснованного возвеличивания врача присущ обоим направлениям; и некомпетентное применение каждого из них может легко причинить вред. Психотропные медикаменты, электросудорожная терапия

и дополнительные или «натуральные» препараты, все они могут оказывать прямое влияние на развивающиеся мозговые структуры, комплексы церебральных нейромедиаторов и другие системы органов тела. Возникающие сразу после начала применения препарата потенциальные побочные эффекты распознаются легко, но вероятность появления отдаленных последствий вредного воздействия неясна. Точно также, благотворное или недостаточное психотерапевтическое воздействие вероятнее всего будет иметь очевидные ближайшие положительные или негативные психологические последствия, тогда как отдаленные эффекты психологического функционирования, через когнитивное включение или опыт сложно определить.

Недокументированное назначение лекарственных препаратов встречается достаточно часто в практике детской психиатрии, в связи с малочисленностью релевантных исследований, проводимых на детях (Baldwin и Kosky, 2007; Bucheler и др., 2002; Efron и др., 2003; Hugtenburg и др., 2005). Потенциальные последствия такого лечения в плане пользы или вреда неопределенны и имеют переменный характер. В качестве примера можно привести применение альфа-агонистов в лечении ADHD; использование нейролептиков при тяжелых вариантах нарушения поведения; а также назначение лития, противосудорожных препаратов и нейролептиков при лечении чрезвычайно увеличившегося в последнее время количества пациентов с диагностированным в детстве биполярным расстройством. Тоже самое касается применения одной психотерапевтической методики для целого ряда расстройств; трудностей осуществления психотерапии из-за снижения акцента на обучении (Tucker и др., 2009); сосредоточение внимание только на пациенте в ущерб семье или наоборот; и введение телесных а не структурных методов сдерживания (даже при культуральном одобрении последних), все это примеры вербально- или средово - обусловленных терапевтических затруднений или подходов, которые могут оказывать вредное воздействие на одних детей при этом принося пользу другим. Эти инновации и долговые обязательства вносят вклад в развитие области дополняя базу знаний, так как они подчеркивают необходимость в постоянно усовершенствующемся обучении и увеличении объемов снабжения медицинским оборудованием. Одновременно они демонстрируют ограниченность профессиональных знаний и необходимость в контроле над диагностическим и терапевтическим высокомерием.

Кроме лекарственных средств, используемых в лечении диагностированных психических заболеваний, стоит прокомментировать также и методы профилактики (Layne и др., 2008; Sanders, 2002; Silverman и др., 2008). В то время как в многочисленных исследованиях описаны методики лечения посттравматического стрессового расстройства у детей, тренинг вакцинации против стресса был разработан для блокировки посттравматических стрессовых реакций путем заблаговременной проработки ожидаемой стрессовой ситуации. В исследованиях описаны проводимые учителями групповые занятия, под руководством детских психиатров и других профессионалов в области психиатрии. Во время таких групповых занятий формулируются цели тренинга вакцинации против стресса с тем, чтобы способствовать эластичности и психологической устойчивости в группах детей, которые ранее вместе пережили травму (Wolmer и др., 2003). Несмотря на то, что эти исследования поднимают этическую проблему, т.е. отказ от мнимого терапевтического вмешательства для контрольной сравнительной группы школьников, очевидным является то, что участие детских психиатров в подготовке педагогов приносит явную пользу прошедшим лечение

Возраст согласия

В большинстве стран совершеннолетие наступает в возрасте 18 лет (хотя этот возраст может колебаться от 14 до 21 года). Совершеннолетие наступает тогда, когда в соответствии с законом несовершеннолетнего перестают считать ребенком (когда ответственность лежит на родителях) и он/она берет на себя контроль над своей личностью и действиями. Однако, в некоторых странах (например, в Австралии, СК), несовершеннолетние (лица моложе 18 лет) могут давать согласие на лечение и участие в научных исследованиях с 16 лет или даже раньше («зрелые несовершеннолетние»). См. также главу J3.

детям. Если потенциально терапевтические мероприятия осуществляются таким способом, то существует вероятность что пользу извлечет большее количество детей, чем если бы помощь оказывалась по принципу –каждому ребенку отдельно после случившегося. Такой подход соответствует этическому принципу социальной справедливости, т.е. когда польза приносится одновременно многим в равных условиях. Он также противоречит, в условиях детства, этическим соображениям, на которых основаны модели лечения с более традиционной перспективой оказания помощи индивиду.

УСТНОЕ СОГЛАСИЕ, СОГЛАСИЕ, НЕСОГЛАСИЕ И СОДЕЙСТВИЕ

Осмотр, диагностика и лечение, кроме случаев неотложной помощи, должны проводиться с согласия ребенка и с разрешения родителей/опекунов. В законодательстве большинства стран проводятся различия между психическими способностями детей и взрослых, хотя хронологический возраст, законодательно определенный, как разделяющий эти стадии друг от друга, может отличаться в разных странах. Взрослыми считаются индивиды способные принимать решения в отношении себя самих и на которых может быть возложена первичная опекунская ответственность. Следовательно, только они могут дать согласие на лечение их ребенка (Macbeth, 2002). Дети, по юридическому определению, не обладают необходимой компетентностью для дачи согласия, но они имеют психологические способности для того, чтобы выражать свое согласие или несогласие на словах (United Nations Centremfor Human Rights, 1990), хотя вопрос о том, как это многозначительное согласие оценивать остается открытым (Koelsch и Fegert, 2010). Если родители хотят лечить своего ребенка, и последний соглашается, психиатрическая помощь оказывается беспрепятственно. Однако, достаточно часто между родителями/опекуном и ребенком возникает конфликт по поводу необходимости лечения, при этом родители чаще всего настаивают на таком лечении, тогда как ребенок сопротивляется или открыто отказывается. Общепризнанно, что безопасность ребенка важнее всех других соображений, и это дает право профессионалу принимать решение, которое может отвергать право ребенка на автономность. Типичными сценариями могут быть случаи с детьми с суицидальными тенденциями, или намеренно доведшими себя до физического истощения подростками, страдающими анорексией, госпитализированными в психиатрический стационар против их желания.

На детском психиатре всегда лежит обязанность установить степень эмоционального развития и когнитивной зрелости ребенка, всякий раз, когда у него возникают сомнения. Например, на осмотр к психиатру, против его воли может быть доставлен восьмилетний ребенок с оппозиционным расстройством, у которого в школе часто наблюдается агрессивное поведение с нападением на одноклассников. И наоборот, 17-летний подросток, расстраивающий своих родителей тем, что отказывается посещать религиозные обряды, не будет производить впечатление нуждающегося в психиатрической помощи, и его несогласие участвовать в предложенном психиатрическом обследовании на первый взгляд заслуживает уважения и защиты. Итак, хронологический возраст ребенка, степень когнитивной и эмоциональной зрелости, и забота о его/ее безопасности требуют оценки, при взвешивании степени уважения к способности ребенка автономно принимать решения. Эти рассуждения в свою очередь способствуют достижению детским психиатром цели в выборе наиболее эффективного подхо-

да к клинической ситуации. (В скобках необходимо отметить, что подобные размышления превалируют в отношении детей, которые могут быть включены как субъекты в научные исследования по психиатрии. Эта тема обсуждается в приведенном ниже разделе, посвященном исследованиям).

Детским психиатрам часто приходится иметь дело с запросами или требованиями от разнообразных игроков, ставящих на клинический результат. Например, детский психиатр может заниматься лечением малолетнего преступника, который до помещения его судебной системой в психиатрическое учреждение, проживал в приемной семье. В этом случае с высокой долей вероятности у него будут наводить справки и присылать запросы суды, учреждения социальной службы, больницы и организации, занимающиеся лечением по месту жительства, проблемные дети, их биологические и приемные семьи. Часто, каждый из них будет иметь разные и противоположные цели и намерения. Очень вероятно, что детский психиатр будет испытывать определенную степень обязанности перед каждым из них, выражаясь этическими терминами психиатр будет испытывать кризис содействия т.е. к кому из них он должен проявить лояльность? В конечном счете, принцип и концепция преданности диктует, чтобы главным долгом и обязанностью детского психиатра была защита пациента, посредством достижения наилучшего или наименее пагубного для ребенка результата. Очень часто для достижения такого результата детскому психиатру приходится способствовать коммуникации между разными заинтересованными сторонами и, возможно, выступать в роли посредника. Однако, главной этической обязанностью детского психиатра должна быть защита интересов пациента.

Родители и страны часто становятся на чрезвычайно авторитарную позицию. Примером такого поведения на семейном уровне могут быть родители, которые обвиняют своего ребенка в дисфункции семьи, отказываются посещать семейную терапию и, в конце концов, «решают проблему» и смягчают ситуацию, отсылая ребенка в школу-интернат (Salinger, 1951). Примером на макроуровне может быть городская администрация, которая отсылает большое количество своих жителей, включая и «неустойчивых» психически больных в неизвестность, ссылаясь на то, что эти граждане представляют угрозу для общественной безопасности (Spegele, 2011). В обоих случаях игнорируются права относительно беззащитных индивидуумов. Конечно, существуют силы, которые детский психиатр не в состоянии контролировать, но как защитник он может выразить профессиональную точку зрения, предлагая вмешательства, которые уважительно отнесутся к индивидуальному выбору и приведут к наилучшему клиническому результату, как для маленьких, так и больших групп пациентов.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Обычно индивидуумам предоставляются права на неприкосновенность частной жизни, при этом предполагается, что они контролируют владение их персональной информацией. Когда такие материалы передаются врачу в ходе обследования или лечения, то врач из этических соображений (Winslade, 1978) и юридически (Simon, 1987) обязан рассматривать такую информацию как конфиденциальную, т.е. как такую, которая не может быть открыта кому-либо без разрешения пациента, т.е. владельца. Такое профессиональное поведение уважительно по отношению к автономности пациента, и позволяет, что можно легко гарантировать, избежать причинения вреда (не зловредность), напрямую пациенту и опосредовано терапевтическим взаимоотношениям.

Однако, сохранение конфиденциальности при любых обстоятельствах, не обязательно будет самым лучшим решением. Существует вероятность, что такое ригидное следование этой концепции может причинить вред. Во-первых, различия между когнитивными способностями детей и взрослых предполагают, что взрослые достигли когнитивной зрелости, которую дети приобретут вследствие непрерывного процесса созревания в подростковом возрасте. Таким образом, считается, что детям не хватает широты понимания предположительно свойственной взрослым . В данном случае, глубокого понимания права конфиденциальности и его возможных ограничений. Следовательно, точно так же как дети, исходя из тех же причин, не могут давать законного согласия на лечение, точно также только их взрослые опекуны могут давать согласие на передачу их конфиденциальной информации третьим лицам. Во-вторых, как правило, психиатрическое лечение детей инициируется их родителями или опекунами, и предположительно из лучших намерений. Родители естественно хотят получить от врача обратную связь относительно своих детей, могут сами напрямую участвовать в лечении, и часто выражают свои права на информацию об их детях, в том числе это касается и возможных конфиденциальных материалов. В-третьих, понимание конфиденциальности, ее желательности и преимуществ, формируется постепенно, сопровождая развитие у ребенка чувства автономности. Ребенок дошкольного и младшего школьного возраста, скорее всего, будет шокирован, если врач не предоставит относящуюся к делу информацию его родителям, основываясь на сохранении конфиденциальности. Если врач поступит подобным образом, то это может нарушить эмоциональную стабильность пациента. Только по мере того как ребенок созревает, для него будет лучше если детский или подростковый психиатр прислушается к просьбе пациента, чтобы некоторые материалы не открывались его родителям

Чаще всего такая борьба между родителями и детьми за контроль над информацией выходит на передний план в подростковом возрасте. Подростки часто поднимают вопросы, которые вступают в конфликт с господствующими родительскими или общественными позициями и нравами или провоцируют проблемы безопасности. Риторически, как должен поступать детский и подростковый психиатр с информацией о том, что ребенок намерен проникнуть в компьютерную систему школы; вступить в запрещенную сексуальную связь; экспериментировать с наркотиками; нарушить комендантский час; отважиться отправиться с друзьями в опасный район; или заняться потенциально опасной политической активностью? Такие проблемы болезненно проверяют на крепость клиническую мускулатуру врача, и внутренний конфликт между уважением и нарушением автономности пациента занимает лучшие, самые дорогие места в зрительном зале.

Нажмите на картинку для доступа к IACAPAP декларации по этике

Некоторые принципы остаются главенствующими. Прежде всего - соображения безопасности. Если психиатр замечает у подростка надвигающуюся угрозу опасности для него самого или других людей, приверженность конфиденциальности должна быть нарушена и должны быть информированы опекуны или другие защитные организации, для того, чтобы гарантировать сохранение жизни и безопасности пациента и окружающих. Недостаточно открытое выражение суицидальных или гомицидальных тенденций, является ситуацией из серой зоны, и потенциально приводит к разной степени риска (Ponton, 1997). Такая ситуация требует внимательного изучения обстоятельств и, в лучшем случае, рассмотрения без сомнений необходимости сохранения или нарушения права на конфиденциальность.

Кроме того, врач может лучше помочь своим пациентам, если будет стараться обойти ловушки ригидных правил, касающихся соблюдения права на конфиденциальность. Преимущественное использование с самого начала семейно-ориентированного, а не индивидуального подхода в лечении, с «взаимным доверием», а не использованием отеческих советов, направленных на укрепление терапевтических взаимоотношений, будет способствовать обращению к разуму, использованию убеждения, такта, и клинических рассуждений для того, чтобы диктовать степень, до которой может быть открыта конфиденциальная информация. Такой же тип сотрудничества с детьми и их родителями требуется и в тех случаях, когда нужно определить характер и содержание документированной информации, которую нужно передать в другие учреждения и организации, предоставляющие медицинские услуги. Рекомендуется проявлять осторожность исходя из потенциальной долговечности такой информации (Alessi, 2001), а также из-за того, что она может быть случайно раскрыта перед непредвиденными реципиентами (например, Conn, 2001). Обе эти возможные проблемы необходимо обсудить с пациентом и его опекуном.

В традиционных семьях, проживающих в условиях с ограниченными ресурсами или эмигрировавших в страны богатые ресурсами, в отличие от семей из развитых стран, часто значительно меньше уделяют внимания автономности ребенка, так как, главный акцент наоборот делается на том, что ребенку необходимо отвечать целям и желаниям взрослых членов его семьи или всего клана. В таких семьях понятие права ребенка на конфиденциальность может подвергаться серьезным модификациям. Например, можно столкнуться с такой позицией: «Все, что хочет сказать мой ребенок, может быть и должно быть сказано в моем присутствии – нам нечего срывать друг от друга». Попытки решительно отстоять право ребенка на конфиденциальность, прибегая к убеждениям, в подобных случаях вероятнее всего закончатся неудачей. Скорее признание права родителей на получение относящейся к делу информации, одновременно способствуя потенциальной пользе, возникающей из уважения индивидуальной автономии, в рамках модели, которая строится на включении всех членов семьи, с большей вероятностью приведет к наиболее эффективному и результативному лечению ребенка. Соответствующее исследование реакции психиатров на ситуации, требующие сохранения конфиденциальности, проведенное в трех разных странах, не выявило значимой разницы среди практикующих врачей, подобной той, что наблюдается в семьях.

НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Поскольку дети сами не могут выражать согласие, исследования с участием молодых людей связаны со специфическими этическими проблемами. Все больше растет понимание того, что проведение исследований высокого качества в первую очередь в интересах детей. Уже делался акцент на том, что не достает научно обоснованных данных об эффективности тех или иных методов лечения среди детей. Экстраполяция на детей результатов, полученных в научных исследованиях, проведенных во взрослой популяции не всегда правильна. В некоторых странах (например, в США), чтобы избежать подобных проблем используется финансовое стимулирование исследований (например, через продление периода патентования лекарственного препарата), если они проводятся на детях. Несмотря на это, если исследование проводится с вовлечением детей, оно

должно полностью соответствовать этическим принципам и требованиям, из-за риска эксплуатации. Эти принципы изложены в целом ряде документов, закрепленных Нюрнбергским кодексом (который содержит этические принципы проведения медицинских опытов на людях, сформулированные результате Нюрнбергского процесса после окончания Второй мировой войны) и Хельсинской декларацией 1974 года. В главе J7 этой книги детально описаны результаты применения положений Конвенции ООН о правах ребенка, в частности в странах с низким уровнем экономического развития, и в обществах переживающих войны или гражданские конфликты.

В Берлинской декларации IACAPAP (2004) – Этические принципы в детской и подростковой психиатрии (пересмотренной в Мельбурне, 2006) – утверждается, что «информированное согласие стать субъектом исследования должно основываться на следующих принципах:

- Очень важно, чтобы исследование с вовлечением испытуемых людей было посвящено улучшения здоровья
- Благополучие субъекта исследования имеет приоритет перед интересами науки и общества
- Реализация проекта исследования с участием людей в качестве испытуемых должна основываться на ясном письменном предложении, одобренном независимым этическим комитетом, в состав которого входят родители и законные представители
- Участие в исследовании добровольно. Каждый субъект может отказаться или прекратить участие без давления, штрафных санкций или потери дохода
- Дети и подростки могут не обладать способностью давать информированное согласие на то, чтобы стать субъектом исследования. Однако от них должно быть получено устное согласие. При получении устного согласия необходимо принимать в расчет возраст, степень зрелости и психологическое состояние ребенка. Если ребенок не в состоянии дать согласие, требуется “полномочное согласие» кого-либо из родителей или законного опекуна.
- Информированное согласие должно содержать утверждение, что клиническое исследование включает проведение испытания, а также информацию о целях, продолжительности и процедурах исследования. Оно должно включать в себя описание возможных рисков и дискомфорта, а также ожидаемой пользы от результатов лечения. Должны быть также обсуждены альтернативные методы лечения.
- На сегодня в большинстве случаев в отношении детей практикуется «недокументированное использование» психотропных препаратов. Существует срочная необходимость в фармакологических исследованиях с участием детей. Именно этические

Нажмите на картинку для доступа к IACAPAP facebook page

нормы предписывают, чтобы лекарственный препарат до того, как он будет широко использован, прошел тщательное кли.

Согласие

Согласие означает (Commitee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics, 1995):

•Помощь детям достичь соответствующего их стадии развития понимания природы их заболевания

•Объяснение, чего они могут ожидать (хорошего или плохого) от лечения

•Оценку понимания детьми ситуации, включая выяснение, не было ли на них оказано нецелесообразное давление

•Поиск способа выражения ребенком готовности принять лечение

В случае участия в исследовании, если у ребенка нет выбора и его отказ или несогласие не принимается в рассчет, нет необходимости создавать видимость, что было соблюдено требование получения согласия. Дети должны знать - есть у них возможность выбирать, или нет. Требование получение согласия защищает детей от психолгического и другого вида вреда. Дети извлекают пользу от понимания того, что произойдет, от возможности высказаться и быть выслушанными, даже если они не могут принимать окончательное решение. Получение согласия – это проявление уважения к ребенку как к личности. Отчасти это предоставляет детям возможность формирования автономности. Тем не менее, самого по себе согласия ребенка недостаточно для разрешения его участия в исследовании.

Несогласие

Означает, что приняты во внимание возражения и нужды ребенка, даже если он не способен участвовать в обсуждении и принятии решения. В случае участия в клинических испытаниях, несогласие играет роль не только в момент включения в исследование. Несогласие может также касаться желания ребенка отказаться от дальнейшего участия в исследовании

Нажмите на картинку для доступа к "Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues"

ническое испытание, и его эффективность была доказана опытным путем. Результаты клинических испытаний должны быть доступны общественности, даже если в исследовании не удалось установить эмпирическим путем эффективность препарата. «Ни одно клиническое испытание не может считаться завершенным до тех пор, пока его результаты не стали доступными».

Научные исследование с привлечением детей в качестве испытуемых всегда должны быть одобрены и проводиться под наблюдением подобранного надлежащим образом этического комитета; такое же требование касается и публикаций в большинстве научных журналов. В США обстоятельства, при которых могут быть одобрены исследования с участием детей, определены Федеральное правом; т.е., если исследование:

•Предполагает риск не превышающий минимальный

•Предполагает риск, превышающий минимальный, но при этом существует вероятность получения прямой пользы для индивидуального субъекта. В таком случае риск оправдывается ожидаемой пользой, и соотношение ожидаемая польза/риск более благоприятно, чем у существующих альтернативных методов лечения

•Предполагает риск, превышающий минимальный, но не суще-

ствует возможности прямой пользы для индивидуального субъекта, но есть вероятность, что оно будет способствовать получению более широких сведений относительно заболевания субъекта, если:

- риск незначительно превышает минимальный

- вмешательство вызывает у субъекта переживания обоснованно соизмеримые с переживаниями, испытываемыми им в его актуальных или ожидаемых медицинских, психологических, социальных или связанных с обучением ситуациях, и

- вмешательство способствует получению более широких сведений относительно заболевания субъекта, и эти сведения имеют жизненно важное значение для понимания или улучшения состояния пациента.

•Исследование предоставляет благоприятную возможность понять, предупредить или облегчить серьезную проблему, влияющую на здоровье детей если:

- исследование предоставляет обоснованную возможность более глубокого понимания, предупреждения или облегчения серьезной проблемы, влияющей на здоровье или благополучие детей, и

- исследование будет проведено в соответствии со строгими этическими принципами.

Применение плацебо у детей более спорно, чем у взрослых. Несмотря на то, что необходимость в плацебо контролируемых исследованиях общепризнанна, плацебо не может быть использовано, если существует риск причинения вреда участникам исследования или если доступен в равной степени безопасный общепринятый метод лечения Главными лицами, принимающими решение в отношении детей, являются их родители, в том числе и в вопросе участие в исследовании. Принятие решения родителями – это ключевой фактор в изучении этических аспектов проведения клинических исследований в педиатрии, даже если общепризнано, что у родителей, равно как и у исследователей могут быть интересы, которые конфликтуют с наилучшими интересами ребенка. Законная роль ребенка в принятии решения об участии в исследовании также признана. Этическая концепция согласия служит основой, помогающей исследователям и родителям в их попытках принять во внимание точку зрения детей, отобранных для участия в научных исследованиях. Согласие ребенка является аналогом информированного согласия, когда участники исследований обладают ограниченными возможностями понимать значение того, на что они соглашаются.

Несмотря на то, что общие принципы, касающееся информированного согласия, являются общепринятыми, все же существуют различия между странами и в особых ситуациях эти проблемы становятся более сложными. Например, в Австралии и Соединенном Королевстве при некоторых обстоятельствах несовершеннолетние могут давать информированное согласие на участие в исследовании без дополнительного согласия со стороны родителей, если они «достаточно зрелые, чтобы понимать». Если молодой человек достаточно зрелый и риск исследования ограничен только дискомфортом, а его целью является польза для молодых людей и существуют также дополнительные веские причины, чтобы не вовлекать родителей (например, некоторые интернет-исследования), то такой несовершеннолетний также может давать согласие. Более того, согласие родителей требуется не всегда, например, в таких ситуациях, когда его по-

Авторство
Международный комитет редакторов медицинских журналов (ICMJE 2006), объяснил, что авторство должно основываться на следующих критериях:
• значительном вкладе в концепцию и структуру исследования или в анализ и интерпретацию данных
• написании текста статьи или внесении принципиальных изменений, и
• одобрении окончательной версии, которая сдается в печать.
«Гостевое», «почетное» или «подарочное» авторство считается неэтичным. Приглашенный автор – это человек намеренно включенный в список авторов с тем, чтобы произвести впечатление на рецензентов, либо для того чтобы извлечь другую выгоду или профессиональное одобрение.

Конфликт интересов

Из-за того, что неотъемлемой частью медицинской практики являются взаимоотношения со многими людьми и взятие на себя ответственности во многих сферах, врачу-клиницисту так или иначе приходиться испытывать конфликт интересов. Но то, что врач становится субъектом конкурирующих интересов, не обязательно неэтично. Этичность практики определяется тем, как он с ними справляется. Ключевыми элементами в этом процессе являются: знание профессиональных стандартов, осознание потенциальных конфликтов и соответствующая открытость.

Постоянно растет количество исследований, финансируемых фармацевтическими компаниями и публикуемых в психиатрических журналах. Кроме того, значительно чаще публикуются положительные результаты именно оплачиваемых фармацевтической индустрией исследований (78%), а не тех, которые осуществляются без спонсорской поддержки этой индустрии (48%), или финансируются конкурентами (28%) (Kelly и др., 2006). Возникает очевидный вопрос – до какой степени финансирование исследований индустрией влияет на их результаты, и в какой мере можно доверять такой работе?

Конфликты интересов не ограничиваются только лишь клиническими испытаниями лекарственных препаратов. Например, в журнале «The Lancet» в 1998 году было опубликовано исследование, выдвинувшее предположение о наличии связи между аутизмом и вакциной против кори-паротита-краснухи (КПК). Эта публикация произвела эффект ударной волны по всему миру и напугала как родителей так и врачей. В результате, в течение последующих пяти лет уровень вакцинации КПК в Англии снизился до 10%, при этом заболеваемость корью увеличилась в четыре раза. Журналистам позже удалось выяснить, что ведущий автор скрыл тот факт, что адвокатская коллегия поручила ему (за высокое материальное вознаграждение) определить достаточно ли будет этих данных для того, чтобы поддержать обращение в суд родителей детей, якобы пострадавших от вакцинации. The Lancet позже опубликовал опровержение этой статьи, а Генеральный медицинский совет Соединенного Королевства признал автора непригодным для занятия медицинской практикой. Проведенное позже исследование опровергло наличие какой-либо связи между вакцинацией и аутизмом (Demicheli и др., 2005)

лучение нецелесообразно (например, когда родители не забоятся о своих детях, или жестоко к ним относятся), или не способствует защите ребенка (однако, может быть необходимо согласие от другого взрослого, если он несет ответственность за безопасность и благополучие этого ребенка).

Другая потенциально тревожная проблема – допустимо ли предлагать детям деньги или пособия за участие в исследовании, и если да, то при каких условиях (эта проблема возникает только тогда, когда сумма выплачиваемых наличных или предоставляемых ценностей превышают размер возмещения расходов). Политика относительно вознаграждения варьирует между странами, но вознаграждение считается неэтичным, если приводит к тому, что участник исследования (или тот, кто за него принимает решение) игнорирует или значительно недооценивает серьезность риска.

ПОПУРРИ

Так как основой структуры и практики детской и подростковой психиатрии служит этическое мышление, диапазон тем, потенциально доступных для обсуждения, огромен. Наиболее яркие из них уже рассмотрены. Проблемы, которые будут упомянуты дальше, обсужде-

ны кратко, и открыты для дальнейшего более детального исследования.

Конфликт интересов

Влияние третьей стороны в последнее время привлекло значительное внимание со стороны средств массовой информации, главным образом из-за стремления фармацевтической индустрии увеличить продажи своей продукции, путем, как явного, так и скрытого субсидирования врачей и использования других методов их стимулирования (Schowalter, 2008). Такие попытки оказания внешнего влияния наблюдаются также со стороны страховых компаний, персонала системы школьного образования, правительственных учреждений, опекунов, коллег и финансовых инвесторов. Источником внутренних конкурирующих привязанностей может быть межличностное соперничество, взаимоотношения и интеллектуальные предпочтения, что может привести скорее к предвзятым, а не к объективным суждениям (Walter и др., 2010). Чаще всего такого рода конфликты возникают в контексте научных исследований, публикаций, а также в межличностном. В любом случае, детский психиатр должен отдавать предпочтение благополучию пациента, а не другим борющимся за привлечение внимание интересам. Детский психиатр лучше всего может справиться со своими внутренними конфликтующими импульсами с помощью прозрачности, честности, открытости, предупредительности, самонаблюдения и исследования самого себя. Серьезной проверкой является помещение себя на место пациента и рассмотрение проблемы с этой перспективы (Brewin, 1993).

Обучение, подготовка и принуждение

Обучение этике осуществляется в аккредитованных организациях, занимающихся вторичной подготовкой врачей–специалистов (Dingle и Stuber, 2008). Обычно рассматриваются такие темы как защита, информированное согласие/согласие, представительство, автономность, проблемы, связанные с проведением исследований, соблюдение границ, конфиденциальность, взаимоотношения практикующего врача со службами здравоохранения и индустрией, а также отношения и отличия между этикой и законом (Sondheimer, 1998).

Рекомендуется изучить национальные этические кодексы для детских и подростковых психиатров. К ресурсам, к которым может обратиться детский психиатр, столкнувшийся с этической дилеммой, относятся: этические комитеты, наблюдательные советы, государственные или национальные аккредитационные советы, а также лица, известные как эксперты по вопросам этики. Периодически появляются жалобы этического характера на действия практикующего врача со стороны членов семьи пациента или, реже, со стороны коллег. Такие жалобы необходимо направлять экспертам и в комитеты, которые могут дать наиболее квалифицированные рекомендации в отношении того, какие необходимо предпринять дальнейшие шаги.

Администрирование

Детские и подростковые психиатры занимаются лечением индивидуальных пациентов. Они также руководят амбулаторными и стационарными учреждениями, больницами, и реабилитационными структурами; несут ответственность за большие и малые исследовательские учреждения; и планируют оказание медицинской помощи для определенных демографических популяций сильно отличающихся по своим размерам. Невозможно напрямую посчитать какой вклад они вносят в благополучие пациентов и создание рабочих условий для персонала, выполняя все эти роли. В разной степени эти администраторы в области детской психиатрии несут ответ-

ственность за: финансирование; определение потребностей разнообразных служб; определение уровня квалификации и предоставление привилегий подчиненным; организацию спокойного процесса контроля с четкой линией руководства; гарантирование ведения документации, как медицинской, так и имеющей отношение к администрированию; осуществление контроля за весь диапазон проведения научного исследования, включая отбор субъектов, получение согласия, сохранение конфиденциальности, сбор данных и их анализ, а также распространение результатов (Sondheimer, 2010). В этих сферах деятельности очень часто возникают этические проблемы. Как профинансировать новую клиническую службу, если очень вероятно, что это повлияет негативно на состояние остальных перед лицом ограниченных ресурсов учреждения или государства; как отреагировать на ситуацию, когда сотрудники совершенно по разному выполняют шаги, изложенные в организационном протоколе; как строить взаимоотношения с наблюдательным советом организации, если кто-то из его членов может быть более дружески настроенным к исследовательскому предложению, чем другие? Отсортировать конфликты может помочь процесс этических рассуждений. Часто помогает решить конфликты между сложным выбором концентрация на принципе справедливости (разделения) (Sabin и Daniels, 1994).

СОВРЕМЕННЫЕ И ПОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ

Геномика

За последние два десятилетия мы стали свидетелями информационного взрыва в области знаний о генетических данных, результатом которого может стать полное декодирование последовательности ДНК ребенка. Много усилий было направлено на установление связи между последовательностью генов и психическими расстройствами. Несмотря на то, что на сегодняшний день не удалось получить согласующихся данных, существует высокая вероятность, что продолжающиеся исследования в будущем получат полезные результаты, что, возможно, приведет к изменению диагностической номенклатуры и внедрению методов генной терапии. Новые технологии поднимают такие этические проблемы, как: конфиденциальность; согласие/информированное согласие; право знать или не знать о наличии болезни; разрешать или запрещать скрининг на наличие расстройств; а также предупреждение начала заболевания. Все эти проблемы будут требовать в будущем более тщательного изучения (Appelbaum, 2004).

Предвестники **психических** расстройств

Аналогично тому, как достижения молекулярной генетике позволяют утверждать о потенциальной возможности предупреждения развитие психических заболеваний, изучение родословной и клиническое наблюдение привели к исследованиям методов лечения в популяции подростков с риском проявления шизофрении (McGorry и др., 2009). Подобным образом, как уже было отмечено выше, расширенное определение биполярного расстройства привело к назначению в раннем детском возрасте лекарственных препаратов, стабилизирующих настроение. Несмотря на то, что такие превентивные усилия внешне выглядят восхитительно, так как теоретически обладают потенциалом предотвращать развитие серьезных психических расстройств и связанных с ними страданий, эти усилия вызывают много вопросов, учитывая текущую стадию относительного профессионального невежества (Cornblatt et al, 2001). Испытанные средства предупреждения развития заболеваний недоступны; определение превентивной терапевтической эффективности невозможно; методы лечения с использованием медикаментов (нейролептиков) предположительно могут причинить больше вреда, чем пользы (особен-

но если они назначаются индивидам, которые могли бы без них и обойтись), и лица с непсихотическими расстройствами могут быть стигматизированы.

Нейро-стимулирование

Фармакологическое усиление нормальной функции поднимает близкие, но вместе с тем разные проблемы. Детские психиатры чувствуют себя комфортно, занимаясь лечением заболеваний или недомоганий (например, назначая антидепрессанты при депрессии, нейролептики при тяжелых психических расстройствах) улучшая при этом настроение, когнитивные способности и межличностные связи. Хотя обычно диагнозы основаны на соответствии диагностическим критериям, иногда они используются, потому что симптомы указывают на возможное наличие расстройства. Например, родители желающие добиться лучших успехов в учебе их ребенка, могут обращаться за лечением (с использованием стимуляторов, для того чтобы помочь их ребенку более сосредоточенно фиксироваться на выполнении задач), ссылаясь на нарушение у него внимания. Не ищут ли эти родители несправедливого преимущества? Действительно ли такие манипуляции преуменьшают значение добросовестной работы и самоусовершенствования? Будет ли учтен психиатром потенциальный вред, например, побочные эффекты или способствование тому, что в качестве помощи предпочтение отдается лекарственным средствам? Принесет ли такое улучшение успеваемости общую пользу, как самому ребенку, так и обществу в целом (Farach и др., 20040)? Отличается ли улучшение настроения и когнитивных способностей с помощью назначенных медикаментов от улучшения эмоционального и физического функционирования вследствие пластической хирургии, инъекции ботокса или утренней чашки кофе, содержащего кофеин. Действительно ли общество проводит различия между телом и разумом, чувствуя себя более комфортно стимулируя первое и тревожась относительно последнего (хотя большинство людей наоборот испытывает неприязнь по отношению к использованию стероидов и допинга в спортивных состязаниях)? Нейро-стимулирование выдвигает на передний план вопросы, касающиеся проблем идентичности, собственного «я», свободной воли и ответственности, и эти вопросы все чаще и чаще возникают у родителей, заботящихся о своих детях (Cheung, 2010)

Электроника, социальные медиа и запугивание

Психиатрия, преодолев некоторую начальную тревогу, погрузилась в мир электроники (Huang и Alessi, 1996). Практические врачи и учреждения используют компьютеры для ведения записей, выписывания медикаментов, выставления счетов, составления графика приема и общения; профессия реагирует в электронном виде на публикации в средствах массовой информации; практикующие врачи разрабатывают персональные веб-страницы, ведут блоги, и имеют дело с использованием пациентами электронных инструментов и злоупотреблением ими. Эти новые достижения в технологии, как это было во все предыдущие эпохи, когда достигали широкого распространения технологические инновации, обладают потенциалом, как негативного, так и позитивного влияния на их потребителей. Лучше всего их оценивать, пользуясь старыми этическими критериями. Дилеммы, поднимаемые новыми технологиями, остаются прежними, они просто одеваются в новые модные одежды. Кроме своей эвристической роли в ежедневной административной, образовательной, исследовательской и клинической практике детских психиатров, они приносят специфическую пользу пациентам, например, детям с расстройствами спектра задержки общего развития, боязливым и чувствующим себя неловко в обществе, дают возможность поддерживать социальные контакты с другими детьми не лицом к лицу, а с помощью электронных средств коммуникации

(Panyan, 1984). Для многих таких детей, такое общение дает ощущения комфортных встреч, и в некоторых случаях в дальнейшем приводят к личным встречам с человеком, с которым они начали общаться электронным путем. Подобным образом, некоторые компьютерные программы помогают детям с расстройствами обучения и коммуникативными расстройствами.

Однако, как и всякие новые технологии, те, что мы имеем на сегодняшний день, также могут использоваться неправильно. Проблема запугивание детей их сверстниками стара как мир, однако, в прошлом злоумышленника можно было легко идентифицировать. С приходом новых технологий, наоборот, кибер-запугивание позволяет анонимное оскорбление доверчивых и ранимых сверстников, часто приводя к тяжелому дистрессу и, как следствие, напечатанному на первой странице газеты сообщению о суициде затравленного или доведенного до отчаяния молодого человека (Boyd и Marwik, 2011). В ответ на эту проблему были разработаны превентивные вмешательства и методы острого реагирования на ситуацию, но из-за незрелого понимания детьми возможных последствий и анонимности, предлагаемой электронными средствами коммуникации, существует очень высокая вероятность, что такое злонамеренное поведение будет продолжаться в мире, который на сегодняшний дней насчитывает 800 миллионов пользователей социальной сети Facebook. Психиатрическая этика требует, чтобы детские психиатры имели в виду эти современные достижения, были осведомлены о потенциале использования электроники, как на пользу, так и во вред, о необходимости защиты и оказания помощи тем, кто пострадал, обучения сообщества относительно потенциальной пользы и угрозы. Практикующие детские психиатры также должны способствовать внедрению соответствующих школьных коррекционных программ.

ВЫВОДЫ

Профессионалы в области детской и подростковой психиатрии, независимо от того работают ли они в богатых, бедствующих или среднего класса регионах и странах, разделяют общую ответственность – защищать и оказывать помощь детям, часто наименее защищенной и наиболее уязвимой группе, независимо от местонахождения. Этические рассуждения, принципы и взгляды по отношению к дилеммам, возникают ли они в клиническом, административном или исследовательском контексте, остаются одинаковыми, и также не зависят от месторасположения. Однако, доступные ресурсы в этих местах действия существенно отличаются, что приводит к разным решениям этих дилемм в разных географических зонах. Фундаментальные этические цели - предоставление детям защиты и полезных вмешательств остаются общими общественными и профессиональными ожиданиями относительно детских психиатров. В данной главе внимание сосредоточено на таких основных темах, как согласие, несогласие, диагностика, лечение, конфиденциальность и научные исследования вместе с взглядом на последние достижения в этой области. Будем надеяться, что изложенная здесь информация послужит полезной пищей к размышлению об этических проблемах, с которыми приходится иметь дело детским и подростковым психиатрам, независимо от страны проживания и гражданства.

Литература

Alessi N (2001). Information technology and child and adolescent psychiatry. *Behavioral Health Trends*, 13:24-29.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2009). *Code of Ethics*.

American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 3rd edition (2005). New York: Houghton Mifflin.

Angell M (2011). The illusions of psychiatry. *New York Review of Books*, 14 July.

Appelbaum P (2004). Ethical issues in psychiatric genetics. *Journal of Psychiatric Practice*, 10:343-351.

Aries P (1962). *Centuries of Childhood*. New York: Random House.

Baker E (2011). Rebecca Riley's estate receives $2.5M. *Weymouth News*, January 25.

Baldwin D, Kosky N (2007). Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:414-422.

Bass J, Bolton P, Murray L (2007). Do not forget culture when studying mental health. *Lancet*, 369:1302-1313.

Beauchamp T (2009). The philosophical basis of psychiatric ethics. In S Bloch, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 4th edition. Oxford: Oxford University Press, pp25-48.

Belfer M, Eisenbruch M (2007). International child and adolescent mental health. In A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp87-101.

Betancourt T (2011). Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50:323-325.

Bloch S (2007). Care ethics: what psychiatrists have been waiting for to make sound ethical decisions. *Psychiatric Annals*, 37:787-791.

Bostic J, Bagnell A (2001). School psychiatric consultation: an organizing framework and empowering techniques. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:1-12.

Boyd D, Marwick A (2011). Bullying as true drama. *New York Times*, 23 September, pA35.

Brener N, Weist M, Adelman H et al (2007). Mental health and social services: results from the school health policies and programs study. *Journal of School Health*, 77:486-499.

Brewin T (1993). How much ethics is needed to make a good doctor? *Lancet,* 341:161-163.

Bucheler R, Schwab M, Morike K et al (2002). Off label prescribing to children in primary care in Germany: retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 324:1311-1312.

Carey B (2007). Bipolar illness soars as a diagnosis for the young. *New York Times*, 4 September.

Cheung E (2010). Psychiatry in the era of neuroethics. *Psychiatric Times,* 37:35-38.

Committee on Bioethics of the American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Pediatrics, 95:314-317.

Conn J (2001). Jackson Health reports inappropriate access of patient records. 14 June. http://www.modernhealthcare.com/article/20110614/NEWS

Cornblatt B, Lencz T, Kane J (2001). Treatment of the schizophrenia prodrome: is it presently ethical? *Schizophrenia Research*, 51:31-38.

DeJong J, Van Ommeren M (2005). Mental health services in a multicultural society: interculturalization and its quality surveillance. *Transcultural Psychiatry*, 42:437-456.

DeMause L (1974). The evolution of childhood. In L DeMause (ed) *The History of Childhood*. New York: Harper & Row.

Demicheli V, Jefferson T, Rivetti A et al (2005). Vaccines for measles, mumps and rubella in children Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub2

Dingle A, Stuber M (2008). Ethics education. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17:187-207.

Efron D, Hiscock H, Sewell J et al (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian paediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111:372-375.

Enzer N (1985). Ethics in child psychiatry – an overview. In D Schetky, E Benedek (eds) *Emerging Issues in Child Psychiatry and the Law*. New York: Brunner/Mazel.

Farah M, Illes J, Cook-Deegan R, et al (2004). Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? *Nature Reviews Neuroscience*, 5:421-425.

Fombonne E (2005). Developing modern child psychiatry. *World Psychiatry*, 4:156.

Forbes M (1992). *Refugee Women*. London: Zed Press.

Frances A (2011). Australia's reckless experiment in early intervention. *Psychiatric Times,* June 8.

Gabbard G, Nadelson C (1995). Professional boundaries in the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association*, 273:1445-1449.

Gabbard G, Weiss L, Roberts L et al (2011). *Professionalism in Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Giel R, Arango M, Clement C et al (1981). Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683.

Goldberg C (2007). Bipolar labels for children stir concern. *Boston Globe*, February 15.

Graham P (1999). Ethics and child psychiatry. In S Bloch, P Chodoff, S Green (eds) *Psychiatric Ethics*, 3rd edition. Oxford: Oxford University Press, pp301-315.

Graham P, Orley J (1999). WHO's activities related to psychosocial aspects of health (including child and adolescent health and development). In G de Girolamo, N Sartorius (eds) *Promoting Mental Health Internationally*. London: Gaskell, pp117-131.

Hinshaw S, Scheffler R, Fulton B et al (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62:459-464.

Holden E, Santiago R, Manteuffel B et al (2003). Systems of care model demonstration projects: innovation, evaluation, and sustainability. In A Pumariega, N Winters (eds) *Handbook of Child and Adolescent Systems of Care: the New Community Psychiatry*. San Francisco: Jossey-Bass, pp432-459.

Huang M, Alessi N (1996). The Internet and the future of psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 153:861-869.

Hugtenburg J, Heerdink E, Tso Y (2005). Psychoactive drug prescribing by Dutch child and adolescent psychiatrists. *Acta Paediatrica*, 94:1484-1487.

IACAPAP (2006). *Ethics in Child and Adolescent Mental Health*.

Kelly R, Cohen L, Semple R et al (2006). Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric research. *Psychological Medicine*, 36:1647-1656.

Kim Y-S, Leventhal B, Koh Y-J et al (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *American Journal of Psychiatry*, 168:904-912.

Kirmayer L, Minas H (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:438-446.

Koelsch M, Fegert J (2010). Ethics in child and adolescent psychiatric care: an international perspective. *International Review of Psychiatry*, 22:258-266.

LaFraniere S, Levin D (2010). Assertive Chinese held in mental wards. *New York Times*. November 11.

Lambert L (2010). Rebecca Riley murder case puts focus on bipolar disorder and kids. *Patriot Ledger.com*. February 20.

Layne C, Saltzman W, Poppleton L et al (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 45:1048-1062.

Leckman J, Leventhal B (2008). A global perspective on child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 49:221-225.

Lewis O, Sargent J, Friedrich W et al (2001). The impact of social change on child mental health in Eastern Europe. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:815-824.

Lindenthal J, Thomas C, Ghali A (1985). A cross-cultural study of confidentiality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 20:140-144.

Macbeth J (2002). Legal issues in the treatment of minors. In D Schetky, E Benedek (eds) *Principles and Practice of Child and Adolescent Forensic Psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, pp309-323.

Malhotra S (1995). *Study of Psychosocial Correlates of Developmental Psychopathology in School Children: Report to Indian Council for Medical Research*. New Delhi: Indian Council for Medical Research.

March J, Silva S, Petrycri S et al (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomized control trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:807-827.

McGorry P, Nelson B, Amminger G et al (2009). Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70:1206-1212.

Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.

Musto D (2007). Prevailing and shifting paradigms: a historical perspective. In: A Martin, F Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp11-17.

Omigbodun O (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *International Review of Psychiatry*, 20:225-235.

Panter-Brick C, Goodman A, Tol W et al (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 50:349-363.

Panyan M (1984). Computer technology for autistic students. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 14:375-382.

Patel V, Flisher A, Hetrick S et al (2007). Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet*, 369:1302-1313

Pescosolido B, Perry B, Martin J et al (2007). Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. *Psychiatric Services*, 58:613-618.

Pies R (2007). How "objective" are psychiatric diagnoses? *Psychiatry*, 4:18-22.

Ponton L (1997). *The Romance of Risk: Why Teenagers Do The Things They Do*. New York: Basic Books.

Raffaelli M, Larson R (1999). *Homeless and Working Youth Around the World – Exploring Developmental Issues*. San Francisco: Jossey-Bass.

Robertson B, Mandlhate C, Seif El Din A, et al (2004). Systems of care in Africa. In H Remschmidt, M Belfer, I Goodyer (eds) *Facilitating Pathways: Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health*. Berlin: Springer, pp71-78.

Rosen A, Walter G, Casey D et al (2000). Combating psychiatric stigma: an overview of contemporary initiatives. *Australasian Psychiatry*, 8:19-26.

Rutter M (2010). Child and adolescent psychiatry: past scientific achievements and challenges for the future. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19:689-703.

Sabin J, Daniels N (1994). Determining medical necessity in mental health practice. *Hastings Centre Report*, 24:5-14.

Salinger J (1951). *Catcher in the Rye*. Little, Brown & Co.

Sanders M (2002). Parenting interventions and the prevention of serious mental health problems in children. *Medical Journal of Australia*, 177:S87-S92.

Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al (1993). Progress towards achieving a common language in psychiatry. Results from the ICD-10 clinical field trial of mental and behavioural disorders. *Archives of General Psychiatry,* 50:115-124.

Schetky D (1995). Boundaries in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4:769-778.

Schowalter J (2008). How to manage conflicts of interest with industry? *International Review of Psychiatry*, 20:127-133.

Silverman W, Ortiz C, Viswesvaran C et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 37:156-183.

Simon R (1987). *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Slavney P (1993). The mind-brain problem, epistemology, and psychiatric education. *Academic Psychiatry*, 17:59-66.

Smith C (2005). Origin and uses of *primum non nocere* – above all, do no harm! *Journal of Clinical Pharmacology*, 45:371-377.

Sondheimer A (1998). Teaching ethics and forensic psychiatry: a national survey of child and adolescent psychiatry training programs. *Academic Psychiatry*, 22:240-252.

Sondheimer A (2010). Ethics and risk management in administrative child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19:115-129.

Sondheimer A (2011). Because something is happening here but you don't know what it is – do you, Mr. Jones? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry News,* 42:129-130.

Spegele B (2011). Shenzen expels 80,000 mentally ill and other "threats". *Wall Street Journal*. 12 April.

Spriggs M (2010). *Understanding Consent in Research Involving Children: The ethical Issues*. Melbourne: Children's Bioethics Centre.

Stein M, Stein P, Weiss D et al (2009). Health care and the UN disability rights convention. *Lancet*, 374:1796-1798.

Stover J, Bollinger L, Walker N et al (2007). Resource needs to support orphans and vulnerable children in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*, 22:21-27.

Thara R, Srivanasan T, Sadana R et al (2001). Highlights from the CAR study in India, Cambodia and Nigeria. In T Ustun, S Chaterji et al (eds) *Disability and Culture, Universalism and Diversity,* ICIDH-2 series. Geneva: World Health Organization, chapters 4,13.

The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56:1073-1086.

Tucker P, Garton T, Foote A et al (2009). In support of early psychotherapy training. *Psychiatric Times*, 1 December.

UNICEF (2000). *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.

United Nations (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *European Journal of Health Law* 14:281-298.

United Nations Centre for Human Rights (1990). *The Convention on the Rights of the Child*. London: UNICEF.

Van Ommeren M (2003). Validity issues in transcultural epidemiology. *British Journal of Psychiatry*, 182:376-378.

Veatch R (1989). Medical ethics: an introduction. In R Veatch (ed) *Medical Ethics*. Boston: Jones and Bartlett, pp1-26.

Walter G, Rey J, Thomas C et al (2010). Conflict of interest. In A Martin, L Scahill, C Kratochvil (eds) *Pediatric Psychopharmacology*. Oxford: Oxford University Press, pp752-762.

Wilkinson G (1986). Political dissent and "sluggish" schizophrenia in the Soviet Union. *British Medical Journal*, 293:641-642.

Williamson J, Moser A, Ford Foundation, International Committee of the Red Cross, Office of the United Nations High Commissioner for Refugees et al (1987). *Unaccompanied Children in Emergencies – A Field Guide for their Care and Protection.* Geneva: International Social Service.

Winslade W (1978). Confidentiality. In W Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, pp184-200.

Wolmer L, Laor N, Yazgan Y (2003). School reactivation programs after disaster: could teachers serve as clinical mediators? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12:363-381.

World Medical Association (2006). *WMA International Code of Medical Ethics*.

World Psychiatric Association (1996). *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice*. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48

Wynia M, Latham S, Kao A et al (1999). Medical professionalism in society. New England Journal of Medicine, 341:1612-1616.

Отдельное спасибо Soft Tulip за финансовую поддержку.