

ЭТИКА В МИРОВОЙ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИИ

Adrian Sondheimer,
Joseph M Rey

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 глава, посвященная этике, обращена главным образом к практикующим врачам, большинство обсуждаемых здесь этических проблем применительно также и ко всем специалистам по охране психического здоровья и принимающим участие в процессе лечения детей и подростков (например, психологам, социальным работникам, среднему медицинскому персоналу, терапевтам). По умолчанию, понятие «ребенок» обозначает лиц моложе 18 лет, словом «родитель» обозначены родители или опекуны, «детский психиатр» – обозначает детских и подростковых психиатров, и понятие «детская психиатрия» – подразумевает детскую и подростковую психиатрию, как дисциплину.

Детская психиатрия представляет собой специализированное направление психиатрии, которая в свою очередь, является медицинской специальностью. Медицинская профессия, по своей сути, предназначена для борьбы с любыми недугами человеческого тела и разума, и привлекает этим практикующих врачей. Если определять этику, как интеллектуальную часть исследования, сфокусированного на правильности и неправильности поведения человека (American Heritage New Dictionary of Cultural Literacy, 2005), тогда медицина является той специальностью, профессиональным предназначением которой, является приносить пользу, как индивидууму, так и человечеству в целом, она создана и основана на принципе – стараться «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. Довольно редко этическое исследование предлагает абсолютно черные и белые контрасты. Все это делает интересным изучение этических вопросов.

Психиатрия, в большей степени, чем другие медицинские специальности, пытается сосредоточить внимание в равной мере как на разуме, так и на теле (Slavney, 1993). В идеале, эта специальность пытается интегрировать эти составляющие, так как их функции опосредованы 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 подраздел общей психиатрии, занимается индивидами от младенческого до подросткового возраста, 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 или 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 со взрослыми, которые заботятся о них и предоставляют информацию, которую ребенок не может или не хочет давать. Однако, работая с двумя поколениями и их взаимоотношениями, часто приходится быть свидетелем взаимных конфликтов, что в свою очередь может послужить поводом для возникновения этической дилеммы.

ЭТИКА В БОЛЕЕ ШИРОКОМ КОНТЕКСТЕ

Теоретически, отличить решения этических затруднений от других реакций на такие дилеммы можно по двум отчетливым признакам. Во-первых, предполагается, что эти решения будут унифицированными, т.е. приходят 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. К примеру, противопоставляя, окружающую среду, в которой живут граждане технологически развитых демократий и бедствующих, разоренных войнами, тоталитарных автократий, сложно себе представить, что и в тех и в других условиях можно использовать идентичные этически обоснованные подходы и приходиться 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 – назначать ли патентованное лекарство вместо препарата-генерика, когда коммерческие страховые компании или утвержденные государством формуляры оказывают давление на детского психиатра, заставляя выписывать последний, контрастирует с желанием детского психиатра назначить антидепрессант – хоть какой-нибудь антидепрессант – в стране, в которой недостает предметов первой необходимости, не говоря уже об адекватном снабжении психотропными препаратами. С одной стороны, этика сопротивления 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 – угроза со стороны государственной военной структуры лишить детского психиатра средств к существованию. Или что еще хуже – должен ли детский психиатр отказать в помещении психически здорового человека, на лечение в психиатрическую больницу, после того как тот вступил в конфликт с политическим или полицейским чиновничеством (La Franiere и Levin, 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; эти дети вынуждены находить приют и проживать все вместе в общежитии (Stoveri др., 2007; Williamson и др., 1987).

Писать об этике в детской психиатрии в международной перспективе – значит принимать во внимание широчайший диапазон административных, политических, религиозных, культуральных и экономических аспектов (Leckman и Leventhal, 2008). В свою очередь, действительно ли эти абсолютные различия означают, что этическая оценка должна проводиться по-разному в зависимости от контекста? Теоретически – ответ будет отрицательным. Может показаться, что одинаковые методы оценки следует использовать во всех контекстах. Тем не менее, в попытках прийти к наиболее успешному решению, необходимо непременно принимать в расчет окружающую обстановку, что в результате может привести к противоположным окончательным решениям в казалось бы схожих случаях.

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

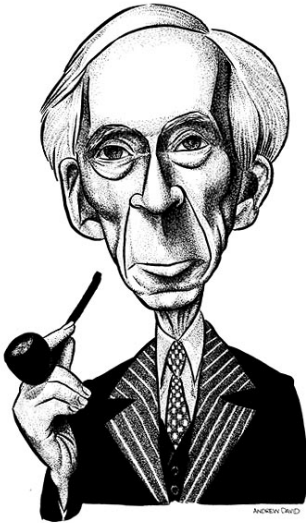


Томас Генри Хаксли (1825–1895). Карикатура работы Карло Пеллегрини (псевдоним «Обезьяна»). Дабнеровская библиотека истории науки и технологии Стетсоновского института

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 нести его традиции и ценности. В соответствии с доминировавшими на протяжении тысячелетий в западной истории взглядами, дети после завершения периода раннего детства воспринимались как маленькие взрослые (Aries, 1962; De Mause, 1974). Они считались собственностью своих родителей, которые обеспечивая их пищей и кровом взамен получали право продолжать свою работу. Первые намеки на необходимость образования, кроме профессионального обучения, начали появляться в XVII столетии. Этот

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



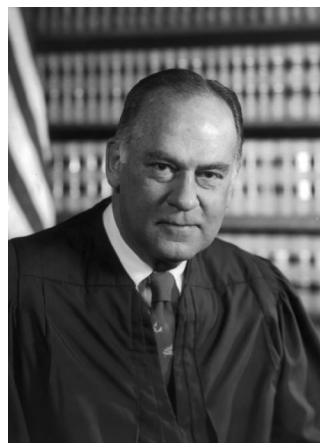
Бертран Рассел (1872 – 1970)

процесс сопровождался формированием концептуального представления о детстве, как человека, отделенного 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). Параллельно этому процессу, по мере того, как государства все больше и больше брали на себя ответственность за благополучие детей, эволюционировала и медицинская профессия. Педиатрия, как специальность, впервые появилась в конце XIX ст., 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 произошло более узкое разделение детства на отдельные стадии, и на сегодня включает 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 множество воззрений на медицинский профессионализм. Концепция профессионализма выходит далеко за пределы суждений, прямо связанных с оказанием помощи пациенту, и касается общей манеры поведения врача (Gabbard и др., 2011; Wynia и др., 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 им нравится работать с детьми, потому что они чувствуют уязвимость детей, которая позволяет реализовать свою потребность в том, чтобы опекать их, защищать и обучать. Несмотря на то, что эти факторы, несомненно, работают на пользу детям, обеспечивая установлению хороших отношений врач-пациент, такие взаимоотношения также таят в себе немало ловушек. Например, практикующие врачи могут оказаться физически или эмоционально привлекательными для опекунов, или же для самих пациентов; могут удовлетворять фантазии спасателя; могут ощущать потребность в оказании особой благосклонности к некоторым пациентам и их семьям; или желать от семей пациентов финансирования намеченных проектов. Понимая, что такие мысли и фантазии не свойственны врачебной практике, непрофессиональным следует считать реализацию их во вред пациенту. И напротив, кардинальным этическим принципом медицинской практики должна быть первоочередная 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 (Gabbard и Nadelson, 1995; Schetky, 1995). В свою очередь, дети и их опекуны в праве с уверенностью рассчитывать на то, что детский психиатр будет взаимодействовать честно, прозрачно, честно и преданно.

«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

ЭТИЧЕСКИЕ КОДЕКСЫ

Тысячелетиями, в каждом обществе определенным гражданам отводили роль целителей. С недавнего времени их стали называть врачами или докторами. За последние столетия практикующие врачи, обитавшие в различных обществах раскиданных по всему земному шару, создавали бесчисленное количество этических кодексов чтобы регулировать свое профессиональное поведение. Большая часть

этих кодексов, несмотря на то, что они пришли из обществ с этническими, религиозными и географическими различиями, касаются общих проблем и вопросов. Таким образом, в большинстве из них рассматриваются следующие принципы:

- Главенство уважения 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:

- Идентичный подход к оказанию помощи, независимо от финансового положения пациента
- Ожидание установления соответствующей оплаты
- Использование официально утвержденных методов диагностики, включая клиническое обследование и здравое рассуждение
- Принятие решения о проведении лечения, и когда его осуществлять; если проводить лечение, то только с использованием официально утвержденных методов
- Конфиденциальность взаимоотношений врач-пациент
- Запрет на сексуальные контакты между врачом и пациентом, и
- Назначение наказания или санкций в случае ненадлежащего выполнения работы, или нарушения этического кодекса.

Международные этические кодексы, принятые медицинскими организациями, впервые официально 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 (World Medical Association, 2006). Акцент сделан на необходимости компетентности, честности, преданности, избегании предвзятости и/или использования в личных целях, соблюдении конфиденциальности, сотрудничестве, и, что интересно, обязанности обращения за помощью для самих врачей, в том случае, если у них возникнет психическое или соматическое заболевание. Результатом подобной глобальной концепции стало принятие нескольких касающихся психиатрии кодексов и деклараций международного уровня. В Мадридской декларации Всемирной психиатрической ассоциации (1996), разработанной на основе Гавайской (1977) и Венской (1983) деклараций, изложены международные этические стандарты и нормы психиатрической практики (World Psychiatric Association, 1996). Кроме обсуждения таких базовых элементов, как ответственность врача перед пациентом, потребность в постоянном пополнении знаний о современных научных достижениях, защита участников научных исследований, конфиденциальность, и соблюдение профессиональных границ, особое внимание уделено также запрету на участие в пытках, смертной казни, выборе пола будущего ребенка, культурной или этнической дискриминации; избеганию про-

мысленно – 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 (United Nations, Centre for Human Rights, 1990) (см. главу J.7). 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 (United Nations, 2007; Steini др., 2009). В документе подчеркивается отсутствие дискриминации 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. Учитывая существенные отличия государственных систем, этого следовало ожидать. Тем не менее, утешением может быть то, что в глобальном масштабе сохраняется этически обоснованное движение по защите детей и инвалидов, и приходит все большее понимание тех сил, что способствуют или препятствуют реализации этих конвенций. В 2006 году Международная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных специальностей (IASCAP) разработала рекомендации и руководящие принципы для практикующих врачей и опубликовала их в документе под названием «Этика в детской и подростковой психиатрии» (Ethics in Child and Adolescent Psychiatry), который, в свою очередь, является производным от резолюции IASCAP «Гарантирование охраны психического здоровья детей», провозглашенной в 1992 году и пересмотренной в 1996 и 2004 гг. (IASCAP, 2006). В документе, обнародованном IASCAP, по пунктам перечисляются основные этические принципы; рассматриваются права детей и их родителей/законных опекунов; дается обзор согласий и разрешений; и обращается внимание на такие темы, как конфиденциальность, потенциальная эксплуатация, сексуальные контакты, честность, принудительное лечение, подарки от пациентов или 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 пересмотры, отмеченные в этих разнообразных декларациях и рекомендациях, являются следствием меняющихся



Клятва Гиппократова – клятва в течение 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)

со временем обстоятельств и влияний. Примером может быть Этический кодекс Американской академии детской и подростковой психиатрии (ААСАР). Первоначально обнародованный в 1980 году, незначительно исправленный в 2007 году и существенно пересмотренный 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 (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2009). Последние изменения всесторонне и непосредственно касаются таких проблем, как: влияние третьей стороны; ожидания, что будут публиковаться все результаты научных исследований, как положительные, так и отрицательные; конфликт интересов; вовлечение в романтические и/или сексуальные связи с пациентами и их семьями; риск исследований с участием детей; стремление практикующих врачей к самовозвеличиванию; ожидания, что врачи будут знать законы, преобладающие 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, предоставляя большую гибкость, и более широкий выбор действий. Кодексы содержат в себе стандарты профессионального поведения, и нынешний кодекс ААСАР может быть примером такого документа, в котором ясно, а не расплывчато, указано на предпочтительное поведение. Для врачей, имеющих вопросы по поводу себя или сотрудников относительно 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 непрерывном процессе быстрого развития и созревания, и нуждаются в защите и опеке со стороны других людей. Однако, дети – это не монолитная группа – так, например, дети дошкольного возраста значительно отличаются от детей позднего подросткового возраста по многим указанным выше параметрам, даже когда имеют общие характеристики. Тем не менее, вследствие их постоянной зависимости от взрослых, с юридической точки зрения к ним обычно относятся, как несовершеннолетним. Таким образом, согласно закону в руках родителей/опекунов полностью находятся 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. В странах с эффективным законодательством, государство имеет законное пра-

во вмешиваться в процесс принятия таких решений, только в тех случаях, когда опекуны уклоняются от обеспечения базовых потребностей детей, т.е. пищей, кровом и образованием, или когда возникают злоупотребления относительно детей, находящихся под опекой. 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 клиницист будет: работать над достижением наилучших для ребенка целей (доброжелательность), избегать подходов, которые могут причинить вред ребенку (безопасность), уважать выбор и пожелания каждого пациента (автономность) и относиться ко всем пациентам честно, беспристрастно и с почтением (справедливость). Такую же этическую структуру следует использовать и при разработке административных подходов, предназначенных для оказания помощи и защиты больших групп детей (Sondheimer, 2010). Например, при планировании мероприятий, направленных на поощрение в школах усовершенствованных методик сохранения психического здоровья (Bostici Bagnell, 2001; Breneri и др., 2007), оказании помощи детям, травмированным войной (Betancourt, 2011; Panter-Brick и др., 2011) или инновационных программ для малолетних преступников (Holden и др., 2003) разумным будет ожидать, что власти так спланируют свои усилия, что дети извлекут из этого только пользу, их действия не причинят 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 нельзя оценить однозначно. 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 неопорного семилетнего ребенка. В большинстве случаев уверенно заявляют о себе и другие неоднозначные дилеммы. 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, используемые для получения ответа на такие клинические или административные вопросы, противоречат между собой, и для получения желаемого решения следует использовать аргументированный подход.

ЭТИЧЕСКОЕ АРГУМЕНТИРОВАНИЕ

Обычно во время работы со своими пациентами клиницисты не сомневаются в этической основе своих действий. Это не лишено смысла. Детский психиатр – это добросовестный, достаточно образованный врач, приобретший, со временем, клинический опыт. Все это способствует детскому психиатру оказывать качественную помощь в относительно рутинном порядке. Однако, время от времени такой специалист сталкивается с запутанными или тревожащими ситуациями, которые заставляют его испытывать неуверенность или неловкость относительно того, что следует делать дальше (Sondheimer, 2011). Сомнения или дискомфорт у детского психиатра могут быть связаны 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 неопределенно сообщает о самоповреждении, заставляя детского психиатра сомневаться относительно потенциальной безопасности пациента; или когда какие-либо учреждения требуют сообщить о ребенке информацию, которая в случае разглашения может ему навредить. Если детский психиатр сознательно сосредоточен на собственном дискомфорте и не игнорирует его, то для психиатра такое чувство беспокойства служит характерным сигналом о наличии этической дилеммы, и необходимости в ясном и проницательном решении.

Процесс этического аргументирования следует определенному паттерну. Если считать этику «деятельностью, проявляющуюся упорядоченным размышлением над моральной интуицией и моральным выбором» (Veatch, 1989), наиболее важным шагом в этом процессе будет вначале осознание наличия этического конфликта и признание необходимости в ответной реакции. Обычно такое осознание у детского психиатра следует за почти мгновенной аффективной реакцией тревоги или страха, с последующим желанием уйти 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 существенно не превосходит другие варианты, и любой из подходов по сути лишь усугубляет проблему. По мере того как проходят эти «незрелые» реакции, детский психиатр обязан рассудительно изучить ситуацию. Здесь могут оказаться полезными несколько подходов. Во-первых, если ситуация не экстренная и не требует незамедлительных мер, детскому психиатру следует 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 самопознание может привести к пониманию, какую роль играют воспитание, образование, и непрофессиональный личный опыт детского психиатра, а также будут ли они способствовать благоприятному исходу или нет. В-третьих, часто помогают консультации коллег. Несмотря на то, что проблемный вопрос может оказаться новым для детского психиатра, весьма вероятно, что он уже был ре-

шен 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 несли свою часть ответственности в принятии решения. И наконец, используя вышеупомянутые стратегии, проводя анализ соотношения между риском и пользой, детский психиатр должен рассмотреть значимые варианты решений и возможные последствия. Помочь в окончательном выборе действий помогут вышеупомянутые четыре основных этических принципа, и рекомендации в национальных и международных этических кодексах по детской психиатрии. Это решение часто оказывается наименее вредным, но не обязательно выглядит оптимальным.

БЕЗОПАСНОСТЬ

Primum non nocere – прежде всего не навреди – кардинальный принцип надлежащей медицинской практики (Smith, 2005). Применительно к психиатрии это фундаментальное правило требует, чтобы детский психиатр в первую очередь беспокоился о безопасности ребенка (пациента). К примеру, если у депрессивного ребенка с суицидальным поведением в недавнем прошлом, сохраняются идеи о самоповреждении, то помощь лучше всего оказать в психиатрическом учреждении, обеспечивающем близкое и постоянное наблюдение, несмотря на фактическое нарушение его прав на самостоятельность и свободу перемещения. Для другого ребенка с депрессией, но без суицидальности, пользу принесет лечение в амбулаторных условиях, с проживанием дома в окружении своей семьи. В обоих этих случаях безопасность пациентов должна быть на первом месте. Но поскольку потенциальная угроза их благополучию неодинакова, то в результате лечение осуществляется в различных условиях. Чтобы свести к минимуму нарушение прав ребенка, с этической точки зрения детский психиатр должен быть полностью осведомлен о правовой защите ребенка в рамках действующей врачебной юрисдикции.

КОНТЕКСТ – КУЛЬТУРА, ИСТОРИЯ И ЭКОНОМИКА

В этических рассуждениях важную роль может играть контекст, так как одно и то же поведение в различных культурах может оцениваться по-разному. Например, в США если у взрослой женщины из среднего класса, проживающей в пригороде, появится путанная и бессвязная речь, а предыдущие подобные эпизоды заканчивались помещением в психиатрический стационар, то по настоянию семьи ее снова госпитализируют. Если женщина того же возраста, с подобным состоянием в деревенской фундаменталистской церкви «заговорит на двенадцати языках», то вероятнее всего будет окружена заботой и поддержкой прихожан. Аналогично, если в «прогрессивной» школе индустриального общества

ученица вступит в дискуссию с учителем в ответ на его спорное утверждение, то, скорее всего, заслужит аплодисменты; и наоборот, если в традиционной семье племенного уклада школьница заявит о желании получить образование, обычно не разрешаемое девочкам, то это скорее воспримут как беспокойное поведение, проблему 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, 2000; 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 помощь ограничена 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 сфокусировались на изменениях молекулярного уровня и характер их взаимодействия с окружающей средой (Rutter, 2010). Изменились также национальные экономические системы. Как на внутригосударственном, так и на международном 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 ресурсов, доступных для детской психиатрии, что в свою очередь оказывает влияние на принятие этических решений. Ни постепенные, ни внезапные экономические изменения не изменяют фундаментальных подходов в принятии этических решений, но оказывают сильное воздействие на широту и объем доступных клинических решений и альтернатив.

ЭТИКА – ОБЩАЯ И ЧАСТНАЯ

Обсуждение этических дилемм обычно сосредоточено на ситуациях, с которыми приходится сталкиваться клиницистам при лечении отдельных пациентов и/или их семей. Практикующему врачу легче осмыслить и сконцентрироваться одновременно на одном случае. Однако, использование этического мышления воплощает общий подход, и 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), бездомных (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 страдают от 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 педагогов и врачей первичного звена оказания психиатрической помощи, проводимое консультантами по детской психиатрии, с этической точки зрения, 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 большинство людей испытывают потребность во многом. Тем не менее, в соответствии с мировой тенденцией детские психиатры чаще отдают предпочтение окружению с богатыми ресурсами. Чаще всего они сталкиваются с этическими дилеммами, 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 разрешения/согласия/несогласия; конфликтов между детьми и родителями; конфиденциальности; посредничества; ответственности врача; границ и защиты.

ОЦЕНКА И ДИАГНОСТИКА

До появления в 1980 году третьей редакции руководства по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации (DSM-III), психиатрическая диагностика в США часто основывалась на психоаналитических размышлениях приписывавших этиологию расстройствам, которые, как подразумевалось, происходили из нарушенных подсознательных интрапсихических процессов. поскольку эти диагнозы основывались на теоретических построениях, а не на наблюдаемых консенсусных проявлениях, поэто-

му возникали противоречия между диагнозами практиков того времени. 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, сердечных энзимов и специфических изменениях на ЭКГ при инфаркте миокарда) подняла проблему – «у каждого свое представление». Например, недисциплинированное поведение ребенка разные наблюдатели могут расценивать как вариант нормы, либо как симптоматика оппозиционного расстройства или расстройства поведения, или как реакция на стресс. Даже при хорошо очерченных диагностических критериях, вполне вероятно, что между клиницистами может возникнуть диагностическое несогласие, поднимающее вопросы об основных принципах диагностического процесса и точном определении «заболеваний» (Pies, 2007). Недостаток достоверности в психиатрических диагнозах и плохая диагностическая согласованность до 1980 г., в сочетании со страхом «навешивания ярлыков» и распространением стигмы ассоциированной с психическим заболеванием, породили большое число крикливых поборников диагностического нигилизма. Кроме того, позорение, 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 более точном диагностическом консенсусе на международном уровне (Wilkinson, 1986).

За последние тридцать лет исследователи в области психиатрии пришли к всеобщему согласию в отношении более тщательных подходов в группировании наблюдаемых феноменов. Это в свою очередь привело к более осторожному определению диагностических категорий. Правилom стало 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 международным исследователям с большей уверенностью предполагать, что субъекты исследований из других стран отвечают тем же критериям включения и исключения. Однако сохраняется осторожность касательно неадекватной чувствительности к культурно-обусловленным переменным (Belfer и Eisenburch, 2007; Van Ommeren, 2003).

Строгие диагностические критерии позволяют разрабатывать методы лечения, адаптированные к определенным диагнозам. Если диагностический процесс используется на благо пациента, то в таком случае он соответствует основному этическому принципу. 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 остерегаться 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. Поскольку считают, что в обоих случаях этот рост связан с более тщательным обследованием в сочетании с широким применением диагностических определений этих расстройств, эта динамика напоминает нам о том, что нет научного прогресса без борьбы, разногласий, конфликтов и ошибок (Angell, 2011; CArey, 2007; Kim и др., 2011; Moreno и др., 2007). В процессе предложения и пересмотра определений некоторым детям могут установить ошибочный диагноз, тогда как другие могут извлечь выгоду из расширенных критериев. Кроме того, возросшая на международном уровне информированность в отношении диагностики ADHD (расстройства дефицита внимания и гиперактивности) и биполярного расстройства может быть связана с повышением уровня профессиональной подготовки и повышенным вниманием практикующих врачей к этим расстройствам, отчасти продвигаемых 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 работу точно и аккуратно. 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.



Когда в декабре 2006 года умерла Ребекка 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 от лекарств 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 у детей младше 6 лет». (Goldberg, 2007).

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ – СОМАТИЧЕСКИЕ И ВЕРБАЛЬНЫЕ

Лечению каждого отдельного ребенка при наличии показаний 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 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. Врач обязан знать о доступных ресурсах, осознавать степень психологической гибкости или ригидности пациентов, которым он оказывает помощь, вред, который может быть причинен

ребенку, 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.

Главным основанием для назначения лечения должна служить доказательная медицина, но ее возможности ограничены из-за недостатка обширных исследований у детей. Исследования показывают, что некоторые химические группы лекарств эффективны при специфических расстройствах – например, стимуляторы при ADHD; стабилизаторы настроения при биполярном расстройстве; ингибиторы обратного захвата серотонина при депрессии и обсессивно-компульсивных расстройствах. Подобные парные сочетания 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. Также методы лечения часто оказываются зависимыми от культурных или местных особенностей. Хорошим примером служит недавно проведенное исследование ADHD в трех богатых ресурсами странах,

которое выявило существенные различия между нациями относительно распространенности, взглядов на тяжесть заболевания и методов лечения (Hinshaw и др., 2011). Результаты других исследований свидетельствуют, что более эффективно лечение психотропными препаратами в тандеме с психотерапией, в противоположность использованию одного из этих подходов по отдельности, хотя возможность одновременно реализовать оба подхода зависит от наличия доступных 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, или обоих должен предшествовать анализ соотношения между риском и пользой; потенциал необоснованного

НАЗНАЧЕНИЕ ВНЕ ПОКАЗАНИЙ

Назначение вне показаний означает назначение лекарственных препаратов для лечения заболеваний, или возрастным группам, или использование пути введения (например, перорально или парентерально), не утвержденных органами государственного регулирования (например, Управлением по контролю за продуктами питания и лекарствами США (FDA) или Европейским медицинским агентством (EMA)). Оно может отличаться в разных странах.

Назначение вне показаний лекарственных препаратов встречается достаточно часто в практике детской психиатрии, в связи с малочисленностью релевантных исследований у детей. Потенциальные последствия такого лечения в плане пользы или вреда неопределенны и имеют переменный характер

возвеличивания врача присущ обоим направлениям; и некомпетентное применение каждого из них может легко причинить вред. Психотропные препараты, 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, эффективное или же недостаточное психотерапевтическое воздействие вероятнее всего будет иметь очевидные ближайшие положительные или отрицательные психологические последствия, тогда как отдаленные последствия на психологическое функционирование трудно определить из-за когнитивного инкорпорирования опыта.

Назначение вне показаний лекарственных препаратов встречается достаточно часто в практике детской психиатрии, в связи с малочисленностью релевантных исследований у детей (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 непостоянны. В качестве примера можно привести применение альфа-агонистов в качестве препаратов второй линии лечения 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. То же касается применения одной психотерапевтической методики для целого ряда расстройств; трудностей осуществления психотерапии из-за уменьшения акцента на обучении (Tucker и др., 2009); сфокусированность внимания лишь на пациенте в ущерб семье или наоборот; и введение телесных, а не структурных методов сдерживания (даже при культуральном одобрении последних). Всё это примеры вербально-опосредованных или обусловленных средой терапевтических затруднений или подходов, которые могут оказывать вредное воздействие на одних детей, при этом принося пользу другим. Эти инновации и обязательства вносят вклад в развитие профессии, дополняя базу знаний, так как они подчеркивают необходимость в постоянном обучении и расширении лечебного арсенала. Одновременно они демонстрируют ограниченность профессиональных знаний и необходимость в контроле над диагностическим и терапевтическим высокомерием.

Кроме лекарственных средств, используемых в лечении диагностированных психических заболеваний, следует 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 профилактики против стресса был разработан для блокировки посттравматических стрессовых реакций путем своевременной проработки ожидаемой стрессовой ситуации. В исследованиях описаны групповые занятия, проводимые учителями, под руководством детских психиатров и других специалистов в области психиатрии. Во время таких групповых занятий формулируются цели тренинга профилактики против стресса с тем,

чтобы способствовать гибкости и психологической устойчивости в группах детей, которые ранее 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 детям, прошедшим лечение. Если профилактические и 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 пользу приносят одновременно многим в равных условиях. В условиях детства он также контрастирует с этическими соображениями, 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, в разных странах может быть различным. 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 Centre for Human Rights, 1990), хотя открытым остается вопрос о том, как следует оценивать значимость этого согласия (Koelsch и Fegert, 2010). Если родители хотят лечить своего ребенка, и тот 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. Общеизвестно, что безопасность ребенка важнее всех других соображений, и это дает право профессионалу принимать решение, которое может отвергать право ребенка на самостоятельность. Типичными сценариями могут быть случаи у детей с суицидальными тенденциями, или намеренно доведшими себя до физического истощения подростками, страдающими анорексией, госпитализированными в психиатрический стационар против их воли.

На детском психиатре всегда лежит обязанность установить степень эмоционального развития и когнитивной зрелости ребенка. 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, огорчивший своих родителей тем, что отказывается посещать богослужения, требует психиатрической помощи, и его несогласие участвовать в предложенном психиатрическом обследовании нужно уважать и защищать. Итак, хронологический возраст ребенка, степень когнитивной и эмоциональной зрелости, и забота о его/ее безопасности следует оценить при определении той степени уважения к способности ребенка независимо принимать решения. Эти соображения в свою очередь способствуют достижению детским психиатром цели в выборе наиболее эффективного подхода к клинической ситуации. (В скобках необходимо отметить, что подобные размышления преобладают 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. Каждый из них будет иметь разные и часто противоположные цели и намерения. 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 диктуют, 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 обеспечивать коммуникацию разных заинтересованных сторон и, возможно, выступать в роли посредника. Однако главной этической обязанностью детского психиатра должна быть защита интересов пациента.

Родители и государства часто занимают 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 высылает 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 относитель-

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, Великобритании), 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 J.3.

но беззащитных индивидуумов. Конечно, существуют силы, которые детский психиатр не в состоянии контролировать, но как защитник он может сделать профессиональный выбор в пользу вмешательства, которое вероятнее всего будет уважать личный выбор и даст лучший клинический эффект как в малых так и в больших группах пациентов.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Обычно индивидуумам предоставляются права на неприкосновенность частной жизни, при этом предполагается, что они контролируют личную информацию. 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, которая не может быть открыта кому-либо без разрешения пациента, т.е. владельца. Такое профессиональное поведение уважительно по отношению к независимости пациента, и позволяет избежать причинения вреда (не причинение зла), напрямую пациенту и опосредовано терапевтическим взаимоотношениям, даже если возникнут непреднамеренные нарушения.

Однако, сохранение конфиденциальности при любых обстоятельствах, не обязательно будет самым лучшим решением. Существует вероятность, что такое строгое следование этой концепции может причинить вред. Во-первых, различия между когнитивными возможностями 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 свойственной взрослым. В данном случае, глубокого понимания права на конфиденциальность и его возможных ограничений. Следовательно, точно так же дети, по тем же причинам не могут давать законного согласия на лечение, точно также взрослые опекуны могут давать согласие на передачу их конфиденциальной информации третьим лицам. Во-вторых, как правило, психиатрическое лечение детей инициируют их родители или опекуны, и предположительно из лучших намерений. Родители естественно хотят получить от врача отзывы относительно своих детей, и могут сами напрямую участвовать в лечении, и часто заявляют свои права на информацию о 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 самостоятельности. Ребенок дошкольного и младшего школьного возраста, скорее всего, будет шокирован, если врач не предоставит относящуюся к делу информацию его родителям, опираясь на сохранении конфиденциальности. Если врач поступит подобным образом, то это может нарушить эмоциональную стабильность пациента. Только по мере того как ребенок созревает, возрастает вероятность того, что детский или подростковый психиатр прислушается к просьбе пациента, о том, чтобы некоторые сведения не разглашались 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 противоречат господствующим родительским или общественным позициям и нравам или нарушают безопасность. 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 независимости пациента занимает центральное место.

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 необходимо информированы опекуны или другие защитные организации, чтобы гарантировать сохранение жизни и безопасности пациента и окружающих. Недостаточно открытое выражение суицидальных или гомицидальных тенденций, является ситуацией из скрытой зоны, и потенциально приводит к разной степени риска (Ponton, 1997). Такая ситуация требует внимательного изучения обстоятельств и, в лучшем случае, рассмотрения необходимости сохранения или нарушения права на конфиденциальность.

Кроме того, врач может лучше помочь своим пациентам, если попытается обойти ловушки строгих правил, касающихся соблюдения права на конфиденциальность. Преимущественное использование 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 определить степень возможного раскрытия конфиденциальной информации. 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. Рекомендуются проявлять осторожность исходя из потенциальной долговечности таких материалов (Alessi, 2001), а также из-за того, что она может быть случайно раскрыта неуполномоченным лицам (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 уделяют меньше внимания самостоятельности ребенка, так как основной 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 испытаниям. Например: «Все, что хочет сказать мой ребенок, может быть и должно

быть сказано в моем присутствии – нам нечего скрывать 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, в отличие от реакций, что наблюдается в семьях.

НАУЧНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Поскольку дети сами не могут выразить 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 недостатке научно обоснованных данных об эффективности тех или иных методов лечения у детей. Экстраполяция на детей результатов, полученных в научных исследованиях, проведенных во взрослой популяции не всегда достоверна. В некоторых странах (например, в США), чтобы избежать подобных проблем используется финансовое стимулирование (например, путем продления периода патентования лекарственного препарата), если исследования проводятся у детей. 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 исследований у людей, сформулированные в результате Нюрнбергского процесса после окончания Второй мировой войны) и Хельсинской декларацией 1974 года. В главе J.7 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 базироваться на следующих принципах:

- Необходимо, чтобы исследование с вовлечением испытуемых людей было посвящено улучшению здоровья
- Благополучие субъекта исследования приоритетно 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 следует получить их 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 испытание является научным исследованием, а также информацию о целях, продолжительности и процедурах исследования. Оно должно включать в себя описание возможных рисков и неудобств, а также ожидаемой пользы от результатов лечения. Должны быть также обсуждены альтернативные методы лечения.
- Сегодня в большинстве случаев в отношении детей практикуется назначение психотропных препаратов вне показаний. Существует неотложная необходимость в фармакологических исследованиях с участием детей. Именно этические нормы предписывают, чтобы лекарственный препарат до того, как он будет широко использован, прошел тщательное клиническое испытание, и его эффективность была доказана опытным путем. Результаты клинических испытаний должны быть доступны общественности, даже если в исследовании не удалось установить эффективность препарата. «Ни одно клиническое испытание не может считаться завершенным до тех пор, пока его результаты не стали доступными».

Научные исследования 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 Федеральным правом и включают следующее:

- Предполагает риск не превышающий минимальный
- Предполагает риск, превышающий минимальный, но при этом существует вероятность получения прямой пользы для отдельного 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 существует возможности прямой пользы для индивидуального субъекта, но есть

вероятность, что оно будет способствовать получению более широких знаний о заболевании, 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
 - 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
 - исследование будет проведено в соответствии со строгими этическими принципами.
 - Использование плацебо у детей более противоречиво, чем у взрослых. Несмотря на то, что необходимость в плацебо контролируемых исследованиях общепризнана, 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 участия 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 общепризнана. Этическая концепция согласия служит основой, чтобы помочь исследователям и родителям в их попытках принять во внимание точку зрения детей, вовлеченных как субъектов исследований. Согласие ребенка является аналогом информированного согласия, когда ограничена способность субъектов исследования понимать значение того, на что они дают согласие.

Несмотря на то, что общие принципы 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 в 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 лишь неудобствами, 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 может давать согласие. Более того, согласие родителей требуется не всегда, например, в таких ситуациях, когда его получение нецелесообразно (например, когда родители не заботятся 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 проблема – допустимо ли предлагать детям деньги или вознаграждения 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 в разных странах, но вознаграждение считается неэтичным, если приводит к тому, что участник исследования (или тот, кто за него принимает решение) игнорирует или значительно недооценивает серьезность риска.

СБОРНЫЕ ДАННЫЕ

Так как основой структуры и практики детской и подростковой психиатрии служит этическое мышление, диапазон вопросов доступных для обсуждения, огромен. Наиболее яркие из них уже рассмотрены. Проблемы, которые будут упомянуты далее, обсуждены кратко, и открыты для дальнейшего более подробного 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 поощрения (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 приверженностей 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

СОГЛАСИЕ

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

- Помочь детям достичь понимания природы их заболевания соответственно их уровню развития
- 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 которым ребенок выражает желание принять лечение

В случае участия в исследовании, если у ребенка нет выбора, и его отказ или несогласие не принимается в расчет, нет необходимости создавать видимость, что было требование получения согласия представляло возможность выбора. Дети должны знать – есть у них возможность выбирать, или нет. Необходимо получить согласие защищает детей от психологического и другого вида вреда. Дети извлекают пользу из 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 самостоятельности. 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 значимо не только в момент включения в исследование. Несогласие может быть желанием ребенка отказаться от дальнейшего участия в исследовании.

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 «подаренное» 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 приходится 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?

такого рода конфликты возникают в контексте научных исследований, публикаций, а также в межличностном аспекте. В любом случае, детский психиатр должен отдавать предпочтение благополучию пациента, а не иным привлекающим 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 позиции 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/разрешение, 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. Детский психиатр, столкнувшийся с этической дилеммой, может обратиться к следующим источникам: 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 дальнейшие шаги следует предпринять.

Администрирование

Детские и подростковые психиатры занимаются лечением 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 демогра-

фических популяций существенно 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 ответственность за: финансирование; определение потребностей разнообразных служб; определение уровня квалификации и предоставление привилегий подчиненным; организацию налаженного контроля с четкой линией руководства; гарантирование ведения документации, как медицинской, так и административной; осуществление контроля за всем диапазоном проведения научного исследования, включая отбор субъектов, получение согласия, сохранение конфиденциальности, сбор данных и их анализ, а также информирование о результатах (Sondheimer, 2010). В этих сферах деятельности очень часто возникают этические проблемы. Как профинансировать новую клиническую службу, если это может отрицательно повлиять на другие службы перед лицом ограниченных ресурсов учреждения или государства; как отреагировать на ситуацию, когда сотрудники по разному толкуют организационные протоколы; как строить взаимоотношения с наблюдательным советом организации, если кто-то из его членов может быть более дружелюбно настроенным к предложенному исследованию, чем другие? Отсортировать конфликты может помочь процесс этических рассуждений. Состредоточившись на принципе справедливости (разделения) часто можно решить сложные конфликты (Sabin и Daniels, 1994).

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 на 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)

СОВРЕМЕННЫЕ И ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРОБЛЕМЫ

Геномика

За последние два десятилетия мы стали свидетелями информационного взрыва в области знаний о генетических данных, результатом которого может стать полная расшифровка 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 принесут практическую пользу, что, возможно, приведет к изменению диагностической номенклатуры и внедрению методов геномной 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 рас-

стройств; 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 возникновения психических заболеваний, изучение родословной и клиническое наблюдение привели к исследованиям методов лечения в популяции подростков с риском возникновения шизофрении (McGorry и др., 2009). Подобным образом расширенное определение биполярного расстройства привело к назначению в раннем детском возрасте лекарственных препаратов, стабилизирующих настроение. Несмотря на то, что такие превентивные усилия внешне выглядят замечательно, 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 незнания (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 (особенно если они назначаются индивидам, которые могли бы без них и обойтись), и лица с непсихотическими расстройствами могут быть стигматизированы.

Нейростимулирование

Фармакологическое усиление нормальной функции поднимает близкие, но в то же время различные проблемы. Детские психиатры чувствуют себя комфортно, занимаясь лечением заболеваний или дистрессов (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 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., 2004)? 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)? Нейростимулирование выдвигает на передний план вопросы, касающиеся проблем идентичности, собственного «я», свободной воли и ответственности, и эти вопросы все чаще и чаще возникают у родителей, которые заботятся 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, назначения 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 отрицательного, так и положительного 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 лёгкими расстройствами аутистического спектра, боязливым и чувствующим себя неловко в обществе, дают возможность поддерживать социальные контакты с другими детьми не лицом к лицу, а с помощью электронных средств общения (Рапуан, 1984). Для многих детей, такое общение дает ощущения комфортных встреч, и в некоторых случаях в последующем 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, также могут использоваться неправильно. Проблема запугивания детей 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 Marwick, 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 день насчитывает 800 миллионов пользователей социальной сети Facebook. Психиатрическая этика требует, чтобы

детские психиатры осознавали 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, осведомляли общество относительно потенциальной пользы и угрозы. Практикующие детские психиатры также должны способствовать внедрению соответствующих школьных коррекционных программ.

ВЫВОДЫ

Специалисты 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 того, где они находятся. Этические решения, принципы и мнения по поводу дилемм остаются теми же, независимо от того, возникают ли они в клиническом, административном или исследовательском контексте, а также от места. Однако, доступные ресурсы в этих местах действия существенно отличаются, что приводит к разным решениям этих дилемм в разных географических зонах. В первую очередь общественными и профессиональными ожиданиями относительно детских психиатров являются фундаментальные этические цели – предоставление детям защиты и лечебной помощи. В данной главе внимание сосредоточено на таких основных темах, как согласие, несогласие, диагностика, лечение, конфиденциальность и научные исследования вместе со 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.