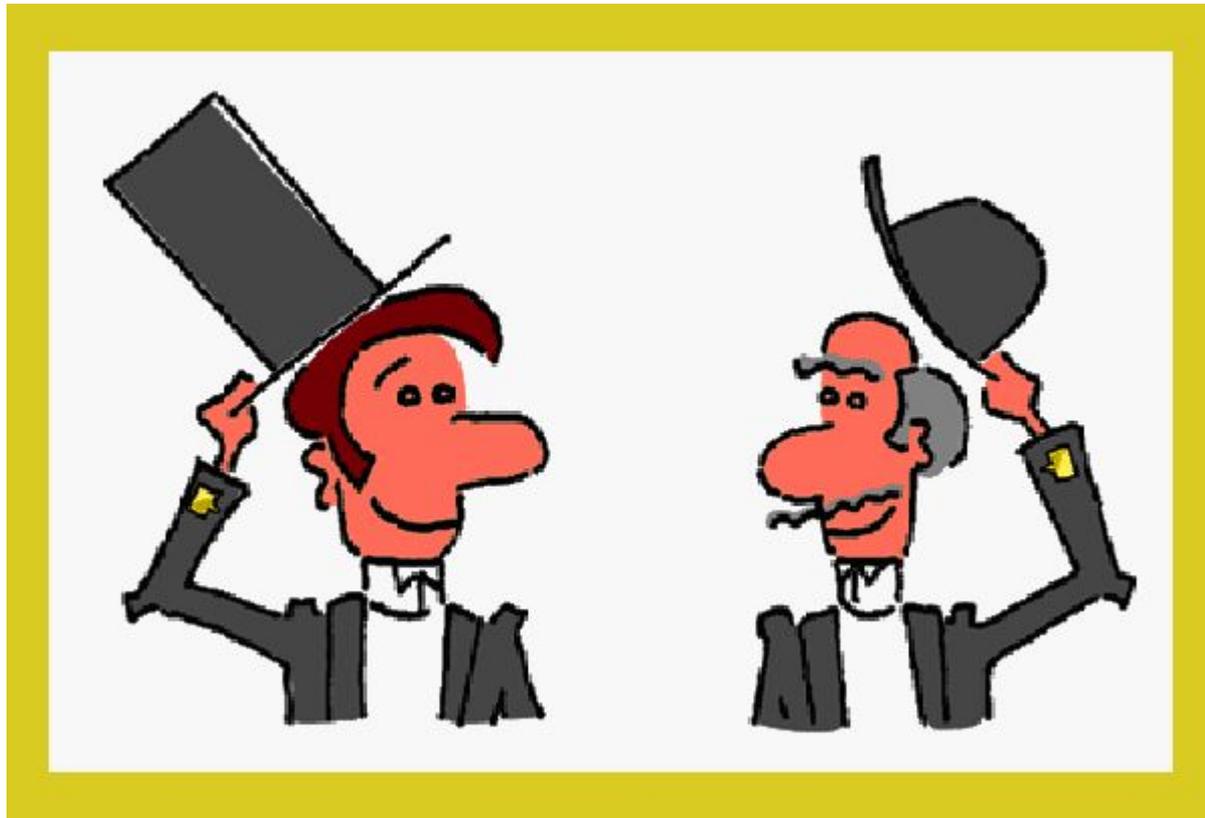


# Этика в клинической психологии

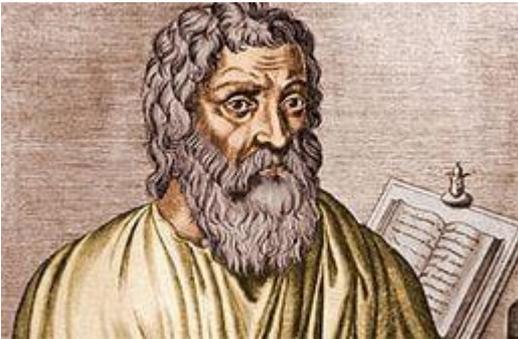


Учитывая все многообразие врачебного нравственного опыта, можно выделить 4 сосуществующие модели:

1. Модель Гиппократ (принцип «не навреди»).
2. Модель Парацельса (принцип «делай добро»).
3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»).
4. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства личности»).

# Модель Гиппократа

Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократа (460-377 г. до н. э.), изложенные им в «Клятве», а также в книгах «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления»



Речь шла о гарантиях непричинения вреда («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от всякого вреда и несправедливости»), оказания помощи, проявления уважения, об отрицательном отношении к убийству и эвтаназии («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла»), абортam («Я не вручу никакой женщине абортивного пессария»), об отказе от интимных связей с пациентами («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»), «У врача с больными немало отношений: ведь они отдают себя в распоряжение врачам, и врачи во всякое время имеют дело с женщинами, с девицами и с имуществом весьма большой цены, следовательно, в отношении всего этого врач должен быть воздержанным»), о врачебной тайне («Что бы при лечении — а также и без лечения я ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»).

Основополагающим среди перечисленных принципов для модели Гиппократа является принцип «не навреди», который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия.

# Модель Парацельса

Второй исторической формой врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Выразить ее особенно четко удалось Парацельсу (1493-1541 гг.).



«Модель Парацельса» — это учет индивидуальных особенностей личности, признание глубины ее душевных контактов с врачом и включенности этих контактов в лечебный процесс.

«В Парацельсе мы видим родоначальника не только в области создания химических лекарств, но также и в области эмпирического психического лечения» (Юнг). В границах «модели Парацельса» в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента. Медицинская культура использует латинское понятие *pater* — «отец».

Основной моральный принцип, является принцип «делай добро», благо, или «твори любовь», благодеяние, милосердие. Врачевание — это организованное осуществление добра. Парацельс писал: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства — любовь».

Считается, что христианское понимание души способствовало становлению суггестивной терапии, которую активно применял выдающийся врач XVI в. Кардано, рассматривая ее как необходимую и эффективную составляющую любого терапевтического воздействия. Кардано понял роль фактора доверия и утверждал, что успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше».

# Деонтологическая модель

Впервые термин «деонтология» («deontos» — должное, «logos» — учение) ввел английский философ Бентам (1748-1832), обозначая этим понятием науку о долге, моральной обязанности, нравственного совершенства и безупречности.

Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе.

Деонтологическая модель врачебной этики — это совокупность «должных» правил (соизмерение, соблюдение себя с «должным» и осуществление оценки действия не только по результатам, но и по помыслам), соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики.

# Биоэтика.

В 60-70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека.

Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности».

Начиная с 60-70-х гг. XX в., как альтернатива патернализму, все большее распространение приобретает автономная модель, когда пациент оставляет за собой право принимать решения, связанные с его здоровьем и медицинским лечением. В этом случае врач и пациент совместно разрабатывают стратегию и методы лечения. Врач применяет свой медицинский опыт и дает разъяснения относительно прогнозов лечения, включая альтернативу нелечения; пациент, зная свои цели и ценности, определяет вариант, который больше всего соответствует его интересам и планам на будущее. Таким образом, вместо патерналистской модели защиты и сохранения жизни пациента, в настоящее время на первый план выходит принцип благополучия пациента, который реализуется доктриной информированного согласия — самоопределение пациента зависит от степени его информированности.

Большое значение приобретает также вопрос об определении начала и конца жизни. Конфликт «прав», «принципов», «ценностей», а по сути человеческих жизней и судеб культуры — реальность современного общества. Конфликт «права плода на жизнь» и «права женщины на аборт», или правовое сознание пациента, восходящее до осознания «права на достойную смерть», вступающее в противоречие с правом врача исполнить не только профессиональное правило «не навреди», но и заповедь — «не убий».

Исторический и логический анализ развития этики врачевания приводит к следующему выводу. Современной формой медицинской этики является биомедицинская этика, работающая ныне в режиме всех четырех исторических моделей — модели Гиппократ и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики. Связь научно-практической деятельности и нравственности — одно из условий существования и выживания современной цивилизации.

Современная клиническая психология во всех своих разделах опирается на общемедицинские этические принципы. Вместе с тем, клинический психолог в своей деятельности сталкивается со специфическими этическими вопросами.

Во-первых, это вопрос о необходимости информирования испытуемого о целях и содержании психологического обследования перед его проведением. Клинический психолог обязан соблюдать конфиденциальность при обсуждении результатов исследования, получить согласие пациента при целесообразности ознакомления с его результатами других специалистов, помимо лечащего врача, проявлять корректность при проведении исследования либо в случае отказа от последнего.

Во-вторых, должно соблюдаться правило «границ» (граница как предел приемлемого поведения). Учитывая специфику межличностного взаимодействия между клиническим психологом и пациентом, необходимо четко определять профессиональные границы общения при психологическом консультировании и во время психотерапевтических встреч, так как «пересечение» границы может привести к деструкции лечебного процесса и нанести вред пациенту. Диапазон нарушения границ профессионального взаимодействия весьма широк: от сексуального контакта с больным до советов, рекомендаций и вопросов, выходящих за рамки терапевтического контакта.

В-третьих, сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к клиническому психологу, являющейся одной из характеристик профессионального межличностного взаимодействия. Эта форма привязанности часто является основой сдерживания аффективных нарушений, сопровождающих заболевание. Однако привязанность, превращаясь в зависимость, вызывает негативные реакции у пациента, ведущие к деструктивным формам поведения. Поэтому клинический психолог должен тщательно контролировать взаимодействие с пациентом, осознавая свои профессиональные действия, чтобы эмоциональная поддержка не препятствовала обеспечению пациента средствами для самостоятельной борьбы с трудностями и реализации своих жизненных целей.