

# *Проблема выбора в психиатрии*

В.И. Бородин

Для медицины в целом и психиатрии в частности понятие субъекта в аспекте лечебно-диагностического процесса за последние годы прочно заняло центральные позиции. Знаковыми в данном плане являются активные обсуждения на самых разных уровнях таких тем, как отношение больных к лекарственному, особенно, психофармакологическому лечению, переносимость этого лечения с акцентом на его субъективной составляющей (Бородин В.И., 2009), согласие с терапией (комплаенс), качество жизни больных и, наконец, проблема выбора лечения. Последнее подразумевает как само лечение, так и режим и условия, в которых оно может проводиться, выбор того или иного медицинского учреждения, конкретного врача и многое другое. При этом обязательно подчеркивается *свобода выбора*, неизбежно предполагающая реальность субъекта терапии и необходимость его «воскрешения», если уж он «умер...», как еще недавно считали признанные лидеры постмодернистской философии (Фуко М., Лакан Ж., Кристева Ю. и др.). Знаменательно и совершенно закономерно то, что современный философский постпостмодернизм (after postmodernism), сохраняя характерную для классического постмодернизма принципиально плюралистическую позицию в рассмотрении самых разных вопросов бытия и сознания, в отличие от последнего, со всей очевидностью нацелен на восстановление, «возвращение» (Турен А., 1998) и «выявление субъекта» («воскрешение субъекта») в тех или иных контекстах: вербальные практики современной социальной педагогики, контрнарративные, коммуникативные стратегии и т. д.

На наш взгляд, говоря о субъекте и неразрывно связанной с ним свободе выбора (вне этой связи говорить о свободе вообще бессмысленно), необходимо разделять два понятия: «субъект в узком смысле» и «субъект в широком смысле». *Субъект в узком смысле* – это то самое пресловутое «чистое Я», которое И. Фихте рассматривал в качестве некой самостоятельной субстанции, и которое К. Маркс, в свою очередь, определил как всего лишь чистую абстракцию, справедливо полагая, что реально мыслит и действует конкретный живой человек, а «чистое Я» является по своей сути своеобразной философской иллюзией. Примерно ту же позицию занимает известный швейцарский психиатр и психотерапевт Х. Шарфеттер (2011): «Сознание как субстанция – это абстракция, основанная на определенном жизненном опыте, который нельзя назвать

зрелым... Человек – это осознанное бытие, сопровождающееся знанием о себе самом и окружающем мире». Так вот, целостный, живой человек как осознанное бытие и есть реальный субъект или *субъект в широком смысле*. Благодаря этим понятиям – субъекта в узком и широком смысле – мы можем объединить, с одной стороны, фихтеанское «чистое Я» и, с другой, – человека как целостное осознанное бытие – в рамках широкого континуума, позволяющего уже не статическое, а *динамическое рассмотрение субъекта*, гораздо лучше объясняющее «непостоянство объема» данного понятия применительно к разным людям и к одному и тому же индивидууму в разные моменты времени. «Чистое Я» здесь уже не просто иллюзия или метафизическое заблуждение, как по существу утверждал К. Маркс, а *идеальный предел философской рефлексии*, то есть хотя и не живой человек, но и не совсем пустое и ненужное понятие. Образно выражаясь, это *клеймо свободы*, которым помечен каждый из нас от рождения, своего рода документ или паспорт, закрепляющий за нами как личное право, так и личную ответственность. Для вышеуказанного континуума: [конкретный индивидуум → «чистое Я»] – вполне уместна метафора *вектора свободы*. В направлении этого вектора индивидуальная свобода все более концентрируется, фокусируется, очищается, но одновременно и сужается в объеме и радиусе действия. Едва достигнув идеального предела самосознания, то есть «чистого Я», индивидуальная свобода превращается в чистую абстракцию, каковой является и само «чистое Я». Таким образом, с позиции реальности, как объективной, так и субъективной, то есть сугубо психической, чистая индивидуальная свобода в буквальном смысле слова есть фикция, а точнее, опять же клеймо... В реальности конкретного индивидуума возможна только относительная свобода, *свобода по мере осознания* (свобода как осознанная необходимость!), «загрязненная» или искаженная влиянием многочисленных внешних и внутренних детерминаций. И вот тут возникает соблазн отрицания индивидуальной свободы вообще. Поэтому реальное осуществление принципа свободы личности невозможно без превращения этого принципа в нравственный закон человеческого бытия, во всеобщую духовную ценность (Бердяев Н.А., 1994). Свобода личности, провозглашенная в качестве нравственного закона, дает каждому человеку *безоговорочное право на свободу выбора*, активно охраняемое и всесторонне обеспечиваемое в любом цивилизованном обществе.

В этом же контексте следует говорить и о *свободе выбора лечения*, в том числе, и психиатрического. Необходимо отметить, что свобода выбора психиатрического лечения,

как и любая свобода, определяется мерой осознания (или понимания) необходимости (конкретной ситуации, условий, ограничений). Мера осознания в психиатрии может быть ограничена психозом или слабоумием, но, тем не менее, в рамках индивидуальных возможностей осознания (пусть и ограниченных) принцип свободы выбора лечения должен соблюдаться безусловно и обеспечиваться активностью не только самого пациента, как главного субъекта лечебного процесса, но и другими его участниками, прежде всего, лечащим врачом. Учитывая сказанное, недопустимо нарушение принципа свободы выбора лечения, даже исходя из благих намерений, из соображений несомненной пользы психотропной лекарственной терапии, в том числе, для больных шизофренией, исключая естественно ситуации, связанные с невменяемостью и недееспособностью, определяемые законодательством. Помимо этого, становятся невозможными вообще директивные отношения с больным в пределах доступного ему осознания терапевтической ситуации. И даже более, сокрытие той или иной информации о лечении, а также ее искажение являются, в конечном счете, нарушением принципа свободы выбора. Таким образом, напрашивается вывод: традиционные основы гиппократовской этики устарели и требуют пересмотра.

Пиететное отношение к свободе выбора пациента касательно любых аспектов лечебно-диагностического процесса является определяющим в современной биоэтике. Биоэтика сейчас представляет собой важную точку роста философского знания, формирование и развитие которой, связано с процессом радикальной трансформации традиционной этики вообще и медицинской этики в частности. Оно обусловлено, прежде всего, резко усиливающимся вниманием к правам человека (в медицине — это права пациента, испытуемого) и созданием новых медицинских технологий, порождающих множество сложных и острых проблем, требующих юридического и морального регулирования. Существует целый ряд исследовательских центров по биоэтике. Среди них наиболее известны — Гастингс-центр под Нью-Йорком, Центр по биоэтике при медико-исследовательском институте Монреаля, Центр по биоэтике при Торонтском университете, Институт по этике, основанный Кеннеди, при Джорджтаунском университете. Издается ряд национальных и международных журналов. В 1978 г. начато издание «Энциклопедии по биоэтике». Выпущено 15 томов международной библиографии по биоэтике, подготовленной Гастингс-центром. Можно сказать, что это весьма интенсивно, развивающаяся исследовательская область, в которой сотрудничают

философы, биологи, медики, теологи США, Канады, Франции, Германии, Великобритании. В организационном плане для принятия решений в случае моральных конфликтов и коллизий изначально была создана система так называемых этических комитетов, которые существуют в подавляющем большинстве американских больниц, и эта система благодаря, прежде всего, бурному развитию международных клинических испытаний новых лекарственных препаратов в настоящее время достаточно широко распространена во всем цивилизованном мире.

Следует подчеркнуть, что формирование биоэтики в США совпало не только с движением за альтернативную науку и технологию, не только с критикой науки и научного истеблишмента, но и с осознанием опасностей технократического мышления в медицине. В связи с этим фундаментальные принципы биоэтики – **автономности индивида, свободы воли и выбора, информированного согласия** – не просто несут на себе отпечаток ценностей либерализма, но являются их выражением в конкретной области моральных решений и действий. И одновременно биоэтика является формой критического самосознания профессионального сообщества медиков, осознания ими тех угроз, которые связаны с профессиональной властью медиков. Учитывая это, при рассмотрении «основных вопросов» биоэтики необходимо одновременно осознавать **контекст интересубъективности и партнерства**, в котором располагаются (и которым объединяются!) психиатрия, психотерапия и медицинская психология, причем не только на этапе оказания помощи, но – как того требует современная методология наук о человеке – уже и в процессе диагностики, включающей в себя объективную (с точки зрения врача) и субъективную (с точки зрения пациента) оценки психического состояния субъекта (Бородин В.И., 2014).

В структуре собственных целей и задач биоэтика обращает пристальное внимание и исследует многообразные формы взаимоотношений «врач – пациент», исходя при этом из последовательной критики патернализма и активного поиска разнообразных альтернативных решений и моделей указанных взаимоотношений. На данный момент известны несколько таких моделей: 1) модель технического типа; 2) модель сакрального типа; 3) модель коллегиального типа; 4) контрактная модель. По мнению Р. Вич (1994), только последняя модель взаимоотношений «врач – пациент» соответствует реальным условиям, и только в ее рамках в полной мере востребованы «основные принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости».

Принцип доверия, что очень важно, является главной предпосылкой этой модели. И лишь в модели контрактного типа может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет также избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа.

Однако, применение контрактной модели взаимоотношений «врач – пациент» в психиатрии может быть связано с некоторыми трудностями. Прежде всего, это реализация основополагающего *принципа доверия*. Общеизвестно, что в медицине именно ситуация психиатрического лечения является одной из наиболее проблематичных в этом плане. Настороженное и подчас откровенно негативное отношение к психиатрии, психиатрам и психофармакологическому лечению (вплоть до последовательной антипсихиатрии!) пронизывает практически любое общество снизу доверху. К сожалению, для этого есть объективные причины не только внешнего, но и внутреннего плана, отсылающие нас не в область «карательной психиатрии», которая совсем недавно была у всех на устах, а гораздо дальше: клиническая психопатология родилась в свое время на отказе от рассмотрения психологически понятного содержания, выбрав в качестве основного предмета психопатологическую форму. Другими словами, она родилась на отказе от человека, и гуманизм был принесен в жертву ради большей научности психиатрии. Поэтому до сих пор рука об руку с психиатрической диагностикой и лечением идут такие явления, как стигматизация и самостигматизация пациентов. В наличной же ситуации при обследовании и назначении больному соответствующего лечения каждому психиатру приходится прикладывать дополнительные усилия для завоевания необходимого уровня доверия со стороны пациента, а иными словами, для повышения уровня комплаенса или согласия с лечением.

Понятие *комплаенса*, выражающее в общем виде степень соблюдения пациентом терапевтических рекомендаций лечащего врача, впервые появилось в Index Medicus в 1974 году. Основными его синонимами, в большей степени акцентирующими эмоциональный компонент взаимоотношений между врачом и пациентом, являются: adherence (приверженность) и concordance (согласованность, гармония). COMPLAINTное поведение может быть весьма разнообразным и оценивается по таким паттернам, как регулярность посещения лечащего врача, уровень включения и завершения пациентом лечебных

программ, адекватность приема назначенных врачом лекарственных препаратов, соблюдение рекомендуемых ограничений в диете и поведении. Об актуальности проблемы комплаенса у пациентов с психическими расстройствами свидетельствует простое сравнение: если в общей медицине примерно треть всех больных так или иначе становятся некомплаентными, то в психиатрии их доля может достигать 75-80%, особенно, при проведении длительного лечения (более года). Оценивая уровень согласия с терапией у каждого пациента, необходимо не просто учитывать основные подтипы некомплаентности (Gaebel W., 1997), но предельно дифференцировать наиболее тяжелые ее формы в виде отказов от лечения, которые бывают полными и частичными, первичными и вторичными, ранними и поздними, единичными и рецидивирующими, компетентными и некомпетентными, явными и скрытыми (Бородин В.И., Пучков И.И., 2005).

Уже на этой основе выстраивается специфическая психокоррекционная модель дополнительного мотивирования пациента к соблюдению режима лечения – **мотивационная** или **комплаенс-терапия**. Основными принципами этой методики являются рационально-терапевтическая или когнитивная стратегия, поддерживающая манера терапии, предельное информирование пациента, контроль ятрогений и отказ от решения других психологических проблем. Таким образом, указанный выше принцип **информированного согласия** выступает здесь в качестве облигатной составляющей. Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. В обязательном порядке врачу вменяется в обязанность информировать пациента о: а) характере и целях предлагаемого ему лечения; б) связанном с ним существенном риске; в) возможных альтернативах данному виду лечения. Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть несколько аспектов риска: его характер, серьезность, вероятность и внезапность его материализации. Ответ на вопрос: «В каком объеме информировать пациента?» – связан с проблемой стандартов информирования. В последнее время все большее влияние получает т. н. «субъективный стандарт», требующий, чтобы врачи, насколько возможно, приспособливали информацию к конкретным интересам отдельного пациента. И с точки зрения этики, «субъективный стандарт» является наиболее приемлемым, так как он опирается на принцип уважения автономии пациента. Таким образом, **добровольное**

*согласие* — принципиально важный момент в процессе принятия медицинского решения. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений. Можно говорить в связи с этим о расширении сферы применения морали, моральных оценок и требований по отношению к медицинской практике (Покуленко Т.А., 1994). Отказ от гиппократовской патерналистской этики с ее ненасильственным благодеянием сопровождается переоценкой ценностей традиционных принципов медицины. Теперь врачу вменяется в обязанность быть максимально честным со своими пациентами, с отказом от принципа «святой лжи».

Следует, однако, никогда не забывать, что полноценная реализация высшей на сегодня этической ценности – самоопределения пациента – напрямую зависит от уровня его *компетентности*, которая определяется по трем основным стандартам: 1) способность принять решение, основанное на рациональных мотивах; 2) способность прийти в результате решения к разумным целям; 3) способность принимать решения вообще. Таким образом, речь идет об индивидуально-личностном подходе к решению данной проблемы.

В психиатрии проблема компетентности актуальна, как нигде больше. При этом в современной правовой психиатрии лицо не считается некомпетентным только на основании факта психической болезни. С другой стороны, нельзя говорить о достаточной компетентности пациента с любой патологией, если качество и/или количество информации о лечении является недостаточным либо, выражаясь еще шире, неадекватным. В связи с этим и ранее сказанным представляется более правильным, на наш взгляд, сместить акцент в оценке компетентности пациента (в том числе, и страдающего психическим расстройством) с индивидуально-личностной сферы в область *интерсубъективности*, представленной диадными взаимоотношениями «врач-пациент», где вышеуказанное понятие приобретает не только теоретический, но и практический смысл. Дело в том, что при рассмотрении данной проблемы в контексте интерсубъективности становится актуальным упускаемый при индивидуально-личностном подходе весьма существенный момент, а именно – вклад врача в компетентность пациента. И здесь мы опять возвращаемся к проблеме информирования.

Надо сразу сказать, что индивидуально-личностные и когнитивные особенности конкретного пациента, определяющие уровень его компетентности, далеко не всегда

позволяют соблюсти требование максимального полного предоставления больному необходимой информации, исходя из т. н. субъективного стандарта информирования. Дело осложняется еще и объективными обстоятельствами: ежегодно накапливаемый объем информации практически в любой области современной медицины, по мнению ученых, давно уже невозможно «переварить» не только пациентам, но и специалистам. Современное разнообразие диагностических и терапевтических методов, постоянно растущий список лекарственных препаратов, психотерапевтических методик и других средств медицинской помощи, включая нетрадиционную медицину, крайне затрудняют принятие больным продуманного решения. Ответом на все это все чаще становится **«бунт субъекта»**, который, в первую очередь, связан с **тотальным отказом от всех предложений**. Образно говоря, человека тошнит от обилия этих предложений. Но лечиться все-таки приходится..., поэтому далее следует **хаотичный выбор терапии**, который никак не может рассматриваться в качестве свободного, поскольку не опирается на внутренне осознанное и продуманное убеждение.

В связи с этим **консультативная функция** врача в структуре контрактной модели взаимоотношений «врач-пациент», предполагающей участие двух свободных равноправных личностей, должна осуществляться в более активной манере, по сравнению с большинством рутинных ситуаций предоставления медицинских услуг, в которых психиатр, например, традиционно придерживается пассивной (недирективной) позиции. Возникающее противоречие, на наш взгляд, можно разрешить только на пути **«завоевания» доверия пациента**, путем его **активного консультирования** при обязательном уважении и соблюдении основных биоэтических принципов: автономности индивида, свободы воли и выбора предлагаемого врачом лечения. Активное консультирование отнюдь не исключает партнерских отношений между врачом и пациентом, а скорее наоборот, предполагает их. Здесь же подразумевается и полное информирование пациента обо всех возможных в данной ситуации видах медицинской помощи, и недирективная (но активная!) психологическая и психотерапевтическая поддержка его в плане осуществления свободного выбора лечения. Обязательное требование при этом: высокий уровень искренности и профессиональной честности со стороны врача, обуславливающий, соответственно, высокий уровень доверия со стороны пациента.



Кроме того, надо учитывать, что доверие психически больного, как и любого другого пациента, во многом зависит еще и от его личного окружения, а также все более и более растущего влияния средств массовой информации, особенно, интернета. Под их давлением личный опыт, который, казалось бы, должен выступать как своего рода **когнитивное ядро свободного личного выбора** больного, неуклонно теряет позиции, что обуславливает, в конце концов, и нарушение основных биоэтических принципов (как ни смешно и ни странно, плюралистская доктрина постмодернистской и постпостмодернистской философии играет здесь отрицательную роль). В итоге свобода выбора постепенно, но неуклонно заменяется довольно жесткой детерминацией личного пространства и поведения в русле т. н. общественной необходимости, прямо пропорциональной уровню индустриального развития, урбанизации и социальной дифференциации общества. Несмотря ни на какие демократические традиции и учреждения, ни на какой плюрализм, возникают условия для **системной опосредованной манипуляции личным выбором** со стороны многочисленных, в том числе и демократических государственных и общественных институтов, которые, не желая того, **«убивают» субъекта** отнюдь не только в философском смысле этого слова (см. «смерть субъекта» в философии постмодернизма, Heartfield J., 2002). И это понятно: **«мертвым субъектом»** легче манипулировать, скатываясь обратно к традиционному гиппократовскому патернализму...

В развитом, социально и технологически дифференцированном обществе выбор лечения, в особенности, больными с **пограничными психическими расстройствами, психосоматическими заболеваниями** напрямую связывается и с таким понятием как **качество жизни**. Прежде всего, это касается психиатрического лечения в амбулаторных условиях. Данные как отечественных, так и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что взаимосвязь между уровнем требований к качеству жизни в процессе терапии со стороны субъекта и выраженностью психического расстройства имеет обратно пропорциональный характер, то есть чем менее выражено расстройство, тем более высокий уровень вышеуказанных требований предъявляет пациент (Roberis H., 1985), реализуя свой собственный, свободный выбор касательно предложенного лечения.

В заключении хочется еще раз подчеркнуть, что свободный выбор лечения в психиатрии в большинстве случаев никак не ограничен, если исключить некоторые, не столь уж значительные ограничения, определяемые в законодательном порядке. Но даже в

рамках этих ограничений необходимо изо всех сил *бороться за сохранение личной свободы выбора*, ибо она есть *духовная ценность без каких-либо оговорок* (категорический императив), причем не только для конкретного субъекта, но и для всего общества. Практическое решение данной проблемы – в *развитии личных отношений между врачом и пациентом*. Только в структуре этих отношений, как *живого поля intersубъективности*, и возможна полноценная реализация свободного выбора субъектом необходимого ему лечения. При этом сохранение определенного *баланса партнерства и патернализма* в диадных отношениях врач-пациент может оказаться одним из возможных выходов из ситуаций, связанных с теми или иными законодательными ограничениями свободы выбора терапии для психически больных. Все иные решения: опирающиеся на интернет, другие сколь угодно независимые, официальные и неофициальные источники информации, ближайшее окружение пациента, его родственников, друзей и т.п. (то есть на *отчужденные источники информации*), неизбежно связаны с *объективацией и отчуждением субъекта от процесса живого, лично продумываемого принятия решения*. Учитывая все это, любому врачу, помимо собственно профессионального образования и развития, необходимо уделять особое внимание вопросам этики и деонтологии, которые в современных условиях требуют новых, неклассических подходов.

#### Литература:

Бердяев Н.А. Философия свободного духа. - М.: Республика, 1994. – 480 с.

Бородин В.И., Пучков И.И. Отказы от психофармакотерапии у больных с депрессивными расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 44-50.

Бородин В.И. Переносимость лечения у больных с депрессивными расстройствами (комплексный анализ) // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Москва, 2009. – 35 с.

Бородин В.И. Проблема реабилитации в пограничной психиатрии // В кн.: Пограничные психические расстройства: Сборник научных работ / Под ред. чл.-корр. РАН, профессора Ю.А. Александровского. – М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2014. – С. 175-198.

Вич Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений. // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67-73.

Кристева Ю. Знамена на пути к субъекту // Философская мысль Франции XX века. – Томск: Водолей, 1998. — С. 289—296

Лакан Ж. Семинары, Книга 2: «Я» в теории Фрейда и в технике психоанализа. Логос. – 1999. – 520 с.

Покуленко Т. А. Принцип информированного согласия. // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 73-76.

Фуко М. История безумия в классическую эпоху. М.: АСТ Москва, 2010. – 698 с.

Шарфетгер Х. Шизофренические личности. – М.: ФОРУМ, 2011. – 304 с.

Турен А. Возвращение человека действующего. Очерк социологии. — М.: Научный мир, 1998. — 204 с.

Gaebel, W. Towards the improvement of compliance: the significant psychoeducation and new antipsychotic drugs // International Clinical Psychopharmacology. – 1997. – 12 (suppl. 1). – S37-S42.

Heartfield J. Postmodernism and the «Death of the Subject» // Abstracted from The ‘Death of the Subject’ Explained, Sheffield Hallam UP, 2002. – 15 p.

Roberis H. Neurotic patients who terminate their own treatment. // Br. J. Psychiatry. – 1985. – Vol. 146, №4. – P. 443-445.