



**Г. В. Сериков
Т. А. Шкурко**

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА



**Татьяна Алексеевна Шкурко
Геннадий Витальевич Сериков
Этические проблемы в
деятельности психолога**

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42609622

Этические проблемы в деятельности психолога:

ISBN 978-5-9275-2763-2

Аннотация

В учебном пособии представлен анализ возникающих в практической работе психолога этических проблем, рассмотрены различные, в том числе и спорные, точки зрения на эти проблемы. Предложенный материал будет полезен для формирования этических установок студентов в их будущей профессиональной деятельности, а также понимания сложности и неоднозначности решения этических проблем. Предназначено для студентов бакалавриата по направлению 37.03.01 – «Психология», изучающих курс «Социальные и этические проблемы психологии», для студентов специалитета 37.05.01 – «Клиническая психология» и 37.05.02 – «Психология служебной деятельности», а также для профессиональных психологов и психотерапевтов.

Содержание

Введение	5
Глава 1	8
1.1. Этические проблемы в интерпретации психотерапевтов советского периода	10
1.2. Влияние идеологических установок на отношение к западной психотерапии и психологии в советский период	16
1.3. Деонтология, этика и экзистенциальные аспекты в работе с пациентами	21
Конец ознакомительного фрагмента.	30

**Геннадий Витальевич
Сериков, Татьяна
Алексеевна Шкурко
Этические проблемы в
деятельности психолога**

© Южный федеральный университет, 2018

© Сериков Г. В., Шкурко Т. А., 2018

© Оформление. Макет. Издательство Южного федераль-
ного университета, 2018

Введение

В учебном пособии представлен анализ возникающих в практической работе психолога этических проблем, рассмотрены различные, в том числе и спорные, точки зрения на эти проблемы. Представленный материал будет полезен для формирования этических установок студентов в их будущей профессиональной деятельности, а также понимания сложности и неоднозначности решения этических проблем. Учебное пособие не дублирует, а дополняет существующие на сегодняшний день известные учебные издания по профессиональной этике психолога: учебное пособие Е. С. Протанской «Профессиональная этика психолога» (СПб.: СПбГУ, 2008); учебное пособие В. А. Цвык «Профессиональная этика: основы общей теории» (М.: РУДН, 2010); учебник О. В. Одинцовой «Профессиональная этика» (М.: Академия, 2012). В вышеуказанных изданиях подробно освещены теоретико-методологические аспекты профессиональной этики, история ее становления, этические аспекты различных видов профессиональной деятельности психолога.

Данное пособие состоит из трех глав. Первая глава посвящена истории изучения этических проблем в отечественной психотерапии и психологии. Авторы рассматривают особенности понимания этих вопросов психотерапевтами советского периода в условиях жестких идеологических уста-

новок по отношению к западной психотерапии, а также раскрывают соотношение понятий «деонтология», «этика», их связь с экзистенциальными проблемами.

Во второй главе рассмотрены профессионально-этические принципы и нормы деятельности психолога. Значительная ее часть отводится анализу чрезвычайно важной для психологов проблемы границ. Кроме того, авторы обращаются к такому мало обсуждаемому в контексте профессиональной этики психолога виду деятельности, как консультирование клиентов по вопросам нарушений профессиональной этики другими специалистами. Анализируются этические проблемы при работе с клиентами с личностными расстройствами, в работе групповых консультантов и психотерапевтов, этические проблемы, возникающие в деятельности преподавателя психологии. Завершает вторую главу рассмотрение базовых этических принципов психолога, разработанных Российским психологическим обществом.

Третья глава посвящена анализу помогающего поведения как центральной характеристики субъекта помогающих профессий. Помогательное поведение психолога, его стремление контролировать свое окружение, принимать решения и брать на себя ответственность рассматриваются авторами как личностные факторы эмоционального выгорания. В качестве эффективных способов его профилактики и сохранения целостности личности психолога предлагаются танцевально-экспрессивные методы, в частности танцеваль-

но-экспрессивный тренинг.

Учебное пособие предназначено для студентов бакалавриата по направлению 37.03.01 – «Психология», изучающих курс «Социальные и этические проблемы психологии», для студентов специалитета 37.05.01 – «Клиническая психология» и 37.05.02 – «Психология служебной деятельности», а также для профессиональных психологов и психотерапевтов.

Глава 1

Из истории постановки этических проблем в отечественной психотерапии и психологии

Этические проблемы в работе психолога, который проводит консультационную, коррекционную, психотерапевтическую или преподавательскую работу, возникают по многим причинам: во-первых, в силу специфики такой работы, ее сложности, интенсивности, приводящей к эмоциональному выгоранию; непредсказуемости ее результатов; невозможности, да и опасности, оставаться исключительно в позиции «рассудочного профессионала» и в то же время сохранять свою профессиональную идентичность; во-вторых, в связи с личностными особенностями самого психолога и его квалификацией, поскольку работа затрагивает, актуализирует собственные «болевые точки» специалиста, что может приводить к негативным переживаниям, разочарованию, профессиональной деформации, соблазнам и т. п.; в-третьих, этические проблемы в работе с клиентом могут быть обусловлены изменением ситуации в обществе, повлекшим за собой изменение отношений клиент – терапевт; в-четвертых, это может быть связано с изменениями в жизни психолога или

психотерапевта (развод, смерть близких и т. п.); в-пятых, может повлиять непредвиденное, случайное стечение обстоятельств и т. п.

Все это задает обширное (в том числе историческое и социокультурное) поле рассмотрения этических проблем, в которое неизбежно входят различные, казалось бы, не связанные напрямую с этикой психолога или психотерапевта аспекты его работы и жизни в целом.

1.1. Этические проблемы в интерпретации психотерапевтов советского периода

Этические принципы в работах данного периода часто не формулируются в «чистом виде», как четкие правила или предостережения. Они находятся «внутри ситуаций», т. е. анализируются типичные, часто встречающиеся варианты взаимодействия психотерапевта и больного, при которых могут возникнуть этико-деонтологические проблемы. К примеру, проблема ответственности в работе психотерапевта рассматривается в связи с нежеланием больного «принять психогенную природу своего заболевания», с его представлением о себе как жертве, «пассивном продукте» воздействующих на него факторов, что приводит к уходу от ответственности, связанной с работой по его лечению, уходу от партнерства. В этом случае, по мнению Б. Д. Карвасарского [14], необходимо добиваться, чтобы больной осознал причинные связи между собственным заболеванием и жизненными ситуациями, в которые он попал, свою ответственность, свою роль в том, что с ним произошло, и участвовал в лечебном процессе.

В 80-е гг. прошлого столетия врачи-психотерапевты достаточно хорошо осознавали те социокультурные измене-

ния, которые происходили в нашей стране и которые обуславливали необходимость рефлексии по поводу состояния современной им психотерапии, реалистичной оценки ее потенциала, того, как должен вести себя психотерапевт в новой ситуации, и т. п.

Так, Б. Д. Карвасарский утверждал, что психосоматическая патология, сочетание биологических, психологических и социальных факторов, часто приводит к тому, что многие болезни, особенно хронические, сопровождаются «вторичными невротическими нарушениями». Эти факторы, полагал он, существенно изменили взаимоотношения врача и больного в этико-деонтологическом плане. Выросла осведомленность пациентов, медицинская эрудиция хронических больных («опытный пациент уже почти все знает наперед»). В этой ситуации то, что делает знахарь, его обещание быстрого исцеления привлекают пациента. «Механизм его “целительных” действий больному неизвестен. Он не знает ни методов, ни приемов, которыми тот пользуется, а знает только, что “кому-то помогло”. В этом его преимущество, и молва нередко склоняет чашу весов в его пользу, хотя очевидно, что в “терапии” современного знахаря в качестве основного фактора выступает эффект “вооруженного внушения”» [там же, с. 271–272]. Здесь, по мнению автора, и возникают этико-деонтологические вопросы. В связи с этим он призывает к более ясному осознанию возможностей психотерапии и ее ограничений, с тем чтобы избежать нереалисти-

ческих ожиданий, приводящих к психологическим травмам. Недопустимо использовать псевдонаучные методики, даже если они и дают временный эффект, поскольку, по убеждению Б. Д. Карвасарского, «это тормозит превращение психотерапии в подлинно научную дисциплину», он приводит слова Т. Кречмера, который писал, что «современному врачу отвратительна роль волшебника» [там же].

Одним из важнейших этических аспектов психотерапевтической работы Б. Д. Карвасарский считал поддержание уровня подготовки психотерапевта, его квалификации, для того чтобы он мог соответствовать уровню развития науки и практики.

Автор также ставил один из вечно актуальных этических вопросов, связанных с принципом «не навреди». С одной стороны, пропагандируемая им в то время личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия предполагала осознание больным в процессе его лечения психологических механизмов болезни. С другой стороны, возникает вопрос: стоит ли посредством такого осознания лишать пациента привычных форм защиты, разрушать их, или же следует сначала дать ему возможность обрести более продуктивные? Б. Д. Карвасарский склоняется к последнему варианту, приводя следующее высказывание В. Stokvis: «Больной по-своему как-то приспособился жить со своим заболеванием, и врачу не следует стремиться к тому, чтоб он отказался от своей формы приспособления, пока он не сумеет дать па-

циенту лучшую!» (Цит. по: [14, с. 272]).

В центре рассмотрения Б. Д. Карвасарским этических проблем – взаимоотношения больного и терапевта, влияние этих взаимоотношений на диагностику заболевания, ход его лечения, завершение работы. Так, негативное отношение к больному может подтолкнуть врача к постановке диагноза психопатии, а сочувствие к нему, его «эмоциональное принятие» – к диагнозу невроза. Такие отношения Б. Д. Карвасарский называет «неконгруэнтными», и, по его мнению, они могут отрицательно сказаться на результатах терапии. Проблема зависимости пациента от терапевта рассматривается в связи с появившейся возможностью оказывать более качественную психотерапевтическую помощь. Сама эта помощь может приводить к зависимости, подобно лекарственным препаратам (особенно на Западе, замечает автор, где она платная и есть опасность подобной «эксплуатации» больного). В процессе лечения психотерапевт может оказаться в определенной неосознанной зависимости от пациента, поскольку общение с ним может повышать его самооценку, способствовать самоутверждению. Все это может привести к тому, что Б. Д. Карвасарский называет «профессиональной болезнью психотерапевта», к его стремлению выступать в роли волшебника-пророка, желанию сохранить и повысить свой престиж. Последнее приводит к потере самостоятельности, инфантилизации больного, затягиванию лечения и укреплению его зависимости от терапевта, смеще-

нию акцента в работе психотерапевта со здоровых сторон личности пациента (которые могли бы послужить основой для лечения) на его болезненные проявления. «Идеал лечения не в предоставлении пациенту механических или психических протезов (Dobias J., 1975), а в обеспечении его к моменту окончания психотерапии средствами для самостоятельной борьбы с трудностями, реализации своих жизненных целей» [14, с. 276].

Приведем более конкретно сформулированное правило из цитируемой работы Б. Д. Карвасарского: «Психотерапевт не должен давать категорических указаний, рекомендаций, советов относительно реальных жизненных проблем своего пациента, так как такое поведение лишь подкрепляет имеющуюся у большинства больных тенденцию ухода от принятия решений и вместо желаемого результата (повышение самостоятельности и активности личности) ставит больного в зависимость от психотерапевта» [там же, с. 66].

Контрольные вопросы

1. К какому выводу склоняется Б. Д. Карвасарский, рассматривая проблему психологических защит пациента в связи с принципом «не навреди»? Какой этический аспект затрагивается в данной ситуации?
2. Какие отношения психотерапевта и больного Б. Д. Карвасарский называет «неконгруэнтными»? Как вы поняли, в

чем их опасность?

3. Какой этический аспект психотерапевтической работы Б. Д. Карвасарский считает одним из важнейших?

4. Как Б. Д. Карвасарский объяснял популярность, привлекательность «знахарства» для широкой публики? В какой степени вы согласны с его аргументами?

5. В чем, по вашему мнению, причины расцвета «знахарства» и мистицизма в настоящее время («колдуны», «экстрасенсы», «ясновидящие», «гадалки», «ведьмы» и проч.)?

6. Какие этические проблемы, на ваш взгляд, возникают в связи с этими явлениями?

7. Просмотрите посвященный данной теме документальный фильм «Идущие к черту». В какой степени приведенные автором истории иллюстрируют положение с оказанием психологической помощи в нашей стране на данный момент?

8. Как бы вы охарактеризовали деятельность показанных в фильме организаций и лиц с точки зрения этических норм?

9. Как бы вы отнеслись к тому, если бы вам предложили работу в такой организации в роли «целителя»?

10. Какое этическое правило формулирует Б. Д. Карвасарский?

1.2. Влияние идеологических установок на отношение к западной психотерапии и психологии в советский период

Происходившее в отечественной психотерапии в 1970–1980-е гг. было во многом обусловлено особенностями социокультурной ситуации в стране и являлось следствием мощного идеологического давления. Отсюда понятными становятся звучавшие в то время утверждения, что на Западе не все обстоит благополучно, что там, например, можно столкнуться с «односторонней психологизацией и социологизацией механизмов лечебного действия психотерапии» в результате «недооценки роли взаимодействия биологического и социального в развитии человека – краеугольного камня концепции человека в марксистской философии» [14, с. 66]. Подчеркивалась «зависимость основных принципов и содержания проблемы взаимоотношений врача и больного от общественного сознания, морально-этических норм общества», утверждалось, что «подлинно гуманистический характер они приобретают лишь в условиях социалистического здравоохранения при отсутствии материальной заинтересованности врача и больного» и т. п. [там же, с. 29]. В работах того периода можно было встретить высказыва-

ния о качественных отличиях морали и этики медработников капиталистического мира: «Многих из них характеризует бессовестная конкуренция, рекламный ажиотаж, аморальные формы лечения, а порой и недопустимые эксперименты на больных. Конечно, и в капиталистических странах есть врачи-энтузиасты, ревнители своего долга, врачи высокой моральной чистоты. Но как трудна их жизнь, связанная с риском» [32, с. 10].

Когда в январе 1969 г. состоялась I Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии, на ней говорилось лишь об отдельных медиках, нарушающих «законы медицинской этики и деонтологии», и о «нетерпимости таких фактов в среде советских медиков» [там же, с. 8]. Разумеется, в такой ситуации широкой огласки «порочащих образ советского психотерапевта» конкретных примеров недопустимого с точки зрения этики поведения просто не могло быть.

«Идеологически выверенная позиция» требовала от теоретиков и практиков советской психотерапии осторожного отношения к концепциям и методам, существовавшим в западной психотерапии.

Критике, часто стереотипной, поверхностной, вскользь, подвергались работы «буржуазных» психотерапевтов. Они обвинялись в механицизме, субъективизме или, скажем, в отсутствии (в ходе групповой психотерапии) «содержательного анализа взаимоотношений между членами группы» [14, с. 27].

Двойственное отношение было, например, к техникам поведенческой терапии. С одной стороны, в них находили полезное, применимое в практике советских специалистов. С другой – подчеркивался их манипулятивный характер, то, что они якобы направлены на регулирование поведения людей в угоду господствующим классам, и т. п. Иными словами, возможным было использование только лишь отдельных поведенческих техник, отдельных, не противоречащих основам марксистско-ленинского учения теоретических постулатов других подходов.

Не избежала искажений и умалчивания и психодрама. Так, Б. Д. Карвасарский приводит достаточно подробные описания базовых психодраматических техник «обмен ролями» и «дублирование» без какой-либо ссылки на источники. При этом сама психодрама обвинялась в близости к психоанализу (который, кстати сказать, отец психодрамы Я. Л. Морено вовсе не жаловал).

Самой суровой критике, обвинениям в несостоятельности, отсутствии новизны, чуждой идеологической направленности, противоречивости его постулатов и исходных принципов, ошибочности с точки зрения марксизма-ленинизма, диалектического материализма, принципа партийности и т. п. подвергался в советское время психоанализ (во всех его вариантах) и его адепты. Невозможность принять психоанализ, в русле которого именно в это время начали интенсивно исследоваться этические проблемы, озвучи-

вались громкие примеры нарушения врачебной этики, вынужденная ограниченность репертуара советского психотерапевта, политика отгораживания и умалчивания (типа «у нас, в отличие от них, такого не может быть») – все это не давало, на наш взгляд, в полной мере сформулировать и проанализировать причины этических нарушений с тем, чтобы выявлять их и бороться с ними в отечественной психотерапии и психиатрии.

Противоречивое, в основном негативное, отношение к психоанализу выражалось в различных стратегиях его презентации для широкой общественности. Это, на наш взгляд, требует отдельного рассмотрения, поскольку на примере истории с психоанализом наиболее четко прослеживается то, к чему привела односторонняя, идеологически заданная ориентация в науке. Попытка историко-психологического анализа эволюции отношения к психоанализу в нашей стране представлена в статье одного из авторов данного пособия [49].

В целом можно утверждать, что в рассматриваемый нами период времени, в условиях идеологического прессинга, в работах наиболее известных теоретиков и практиков психотерапии обозначались и обсуждались отдельные аспекты взаимоотношений врача и пациента, влияющие на ход лечения и его результаты. Подчеркивались важность осознания врачом своего высокого предназначения, необходимость его профессионального роста, повышения компе-

тентности, анализировалось влияние его личностных особенностей на ход психотерапии, констатировались неразрывная связь, единство врачебной этики и деонтологии. При этом зачастую проявлялись декларативность, неконкретность, морализаторство, звучали призывы следовать высоким образцам, приводились ссылки на высказывания русских писателей и отечественных врачей из прошлого, но отсутствовали четко сформулированные этические правила.

Контрольные вопросы

1. Почему, по мнению ряда исследователей, рассмотрение этических проблем в психотерапии и консультировании в советский период чаще всего ограничивалось лишь морализаторством и призывами?
2. Каково было отношение к теориям и методам западной психологии и психотерапии в 70–80-е гг. прошлого века?
3. Какая из западных теорий вызывала наибольшее неприятие и почему?
4. Как вы понимаете выражение «идеологически выверенная позиция»? Почему она была необходима в советское время? Как вы полагаете, к чему мог привести отход от такой позиции?
5. Какие обвинения звучали в адрес западных психотерапевтов и психиатров в советское время?

1.3. Деонтология, этика и экзистенциальные аспекты в работе с пациентами

В работах психотерапевтов советского периода неоднократно заявлялось о единстве, неразрывной связи этики и деонтологии, о неотделимости проблем медицинской деонтологии от врачебной этики, рассматривались «этико-деонтологические аспекты» [14; 32].

В. Е. Рожнов следующим образом раскрывает понятие «деонтология» и тот круг проблем, который оно охватывает: «Термин “деонтология” (от греческих слов *deon* – должное и *logos* – учение) введен в начале XIX века английским философом Бентамом для обозначения науки о профессиональном поведении человека. Частью общей деонтологии является медицинская, или врачебная, деонтология, изучающая принципы поведения медицинского персонала, направленные на максимальное повышение полезности лечения и устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы» [32, с. 7].

Как отмечает В. Е. Рожнов, вопросы, связанные с медицинской этикой и деонтологией, нормы поведения человека, занимающегося лечебной практикой, издревле были в поле внимания мыслителей и врачей, начиная с Гиппократов,

который призывал последних быть такими же, как мудрецы, т. е. презирать деньги, быть совестливыми, скромными, опрятными, вежливыми, уподоблял врача Богу. Автор приводит схожее по смыслу высказывание А. П. Чехова: «Профессия врача — это подвиг, она требует самоутверждения, чистоты души и помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически» (цит. по [32, с. 8]), а также цитирует основоположника русской классической медицины М. Я. Мудрова: «Главнейшее же наставление состоит в удалении больного от забот домашних и печалей житейских, кои сами по себе суть болезни. Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, резкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску и метание и которая самые болезни, например нервные, покоряет воле больного» [там же, с. 8–9].

В статьях и книгах отечественных терапевтов рассматриваемого нами периода часто звучали призывы следовать высоким образцам, приводились многочисленные ссылки на высказывания русских писателей и отечественных врачей из прошлого, при этом отсутствовали четко сформулирован-

ные этические правила, что, на наш взгляд, оказало влияние и на дальнейшее отношение к этическим проблемам.

В этой связи следует отметить, что ряд современных исследователей, в частности С. Ю. Мазур [30], В. Н. Цапкин [51] и др., считают, что понятия «этика» и «деонтология» в настоящее время рассматриваются как синонимы. Деонтология «поглотила» этику, поскольку именно она описывает то, как должен вести себя специалист при выполнении им своих обязанностей.

Так, В. Н. Цапкину принадлежит следующее высказывание: «Какой учебник по психотерапии обходится без главы о психотерапевтической этике? Однако что же рассматривается в этих главах? Ответ однозначен, в первую очередь вопросы, касающиеся того, что психотерапевту не следует делать (разглашать тайну пациентов, вступать с ними в интимные отношения и т. п.), то есть речь идет о психотерапевтической деонтологии, но не об этике. Такое неразличение практически равнозначно отождествлению действия, которое не переступает черту Уголовного кодекса, с этическим, нравственным поступком» [там же, с. 45].

Вполне понятно желание автора развести данные понятия, добиться терминологической чистоты, однако это вряд ли возможно в науках о человеке, особенно в тех сложных случаях, когда происходит оценка чьего-либо поступка на основе существующих в обществе и индивидуальном сознании моральных ценностей (часто требующих глубокого фи-

лософского осмысления) как принципов, которые задают поведение человека. Отождествление деонтологии и юридического кодекса можно рассматривать как проявление редукционизма – сведения сложного и неоднозначного явления к более простому и упорядоченному. Деонтология и этика в психотерапии – это не указания, не инструктаж по поводу того, что можно и чего нельзя делать. В ней присутствует анализ причин, приводящих к недопустимым поступкам, оценка тяжести того вреда, который они могут принести и клиенту, и психотерапевту, разбор ситуаций, в которых может произойти нарушение этики, и многое другое, чего мы и коснемся далее, и что получило наиболее полное рассмотрение в русле психоанализа.

Возвращаясь к постановке этических проблем в отечественной психотерапии советского периода, можно предположить, что в это время гораздо интереснее было читать работы известных психотерапевтов и психиатров из социалистических стран, в которых было меньше пафоса и можно было найти ценные высказывания, размышления, иногда, впрочем, не очень оптимистичные.

Одним из таких авторитетных ученых-практиков был Антони Кемпиньский [16] – знаменитый польский психиатр, который в 80-е гг. XX в. в своих книгах, пользовавшихся популярностью в СССР, затрагивал этико-деонтологические аспекты работы врача, часто в экзистенциальном плане. «Как в увлекательной повести, во время бесед перед пси-

хиатром проходит история жизни пациента. Врач видит его борьбу с судьбой, которая зачастую является не чем иным, как только закрепленным эмоциональным стереотипом, он видит главных актеров на сцене жизни больного и динамику развития эмоциональных связей между ними и больным. Врач наблюдает, как повторяются основные структуры этих связей, что облегчает ему задачу распознавания лейтмотива отношений с окружающими людьми, но не обедняет богатства самой картины, которую невозможно ограничить никакими схемами индивидуальной судьбы человека. Психиатры с психотерапевтическим подходом порой оправдывают свою неспособность проникнуть в мир переживаний больного его низким интеллектуальным уровнем. Это объяснение свидетельствует, скорее всего, о низком интеллектуальном уровне самих психиатров и их нетерпимом отношении к людям, которые пользуются иным языком и способом выражать свои мысли. Такие психиатры не в состоянии понять никакой другой язык, кроме того, которым пользуются сами. Если есть иной язык, попроще и менее изысканный, они относятся к его носителю пренебрежительно, смотрят на больного сверху вниз, что, естественно, прерывает всякий психиатрический контакт. Даже мир имбецила может быть богатым и представлять ценность для самого изощренного ума.

<...> Психиатр не должен поддаваться магии слова. Бывает, что больной не умеет выразить того, что в нем происходит и что он чувствует по отношению к значимым в его жизни

людям. То, что доходит к психиатру в форме словесных высказываний, – это всего лишь неуклюжие бедные формулировки всего богатства переживаний, которые язык выразить не в состоянии, поскольку служит для того, чтобы выражать общее и понятное всем людям, то, что касается вещей повседневных, обыденных. То, что является наиболее личным, а значит, максимально задевает человека эмоционально, не может быть в достаточной степени выражено словами. В этом смысле человек обречен на вечное молчание... Может быть, одна из самых важных задач психиатра – именно в том, чтобы прервать это молчание, когда речь идет об интимном и очень личном» [16, с. 173–174].

Ставил А. Кемпиньский и вопросы, связанные с автономией больного, с принятием им самостоятельного решения. При этом он рассматривал больного как «живой самоуправляемый организм», сложную систему и был против каких-либо форм принуждения.

Одной из трудноразрешимых проблем взаимоотношений больного и врача А. Кемпиньский [17] считал наличие в каждом человеке стремления давать оценку другим людям. По его мнению, сформулированное еще в Евангелии требование не судить другого, трудно осуществимо, поскольку люди очень часто прибегают к подобного рода оценкам своих «подсудимых»: добрые – злые, умные – глупые, симпатичные – неприятные и т. п. Благодаря этому, констатирует автор, «возможной становится основная ориентация в окружа-

ющем мире; по отношению к одним, обозначенным знаком плюс, можно приблизиться, а перед другими, со знаком минус, необходимо перейти на другую сторону при встрече с ними или же вести борьбу» [там же, с. 322].

Обосновывая неизбежность подобного рода оценочных суждений («трудно даже после многих лет психиатрической практики подавить в себе дремлющее глубоко в человеке стремление к осуждению»), А. Кемпиньский все же замечает, что «врач не судья и не его дело судить больного и его способы поведения и переживания и оценивать их как добрые или злые. Он может оценить их вредность для здоровья пациента, что, однако, мало помогает» [там же, с. 323–324]. По мнению автора, если в большой психиатрии врач понимает, что во всем виновата болезнь, и больной в этом случае не несет ответственности, то в работе с невротиками (в малой психиатрии) «с этим настроением надо бороться, не допускать к себе негативных оценок больного, несмотря на то что до некоторой степени он отвечает за появление своих патологических состояний. Эта борьба с поставлением оценки и осуждением, а потому и с негативным отношением к больному и приводит к утомлению, какое появляется при контактах с больными неврозами» [там же]. Автор считает, что уход от позиции судьи возможен лишь тогда, когда врач лучше ознакомится с историей жизни пациента, войдет в мир его переживаний.

А. Кемпиньский рассматривает и другие важные пробле-

мы этико-деонтологического характера. Это, например, проблема оптимального уровня активности специалиста в области психического здоровья (что связано, на наш взгляд, с его возможным профессиональным выгоранием). Автор утверждает, что слишком большая активность врача, его желание быстрее устранить симптомы болезни, изменить структуру личности больного не приводит к немедленным результатам. Чем более активен врач, тем сильнее растет сопротивление пациента, тем менее эффективным становится лечение. В результате специалист прилагает много усилий, а видимого результата не наблюдается, или улучшение может наступить вне зависимости от его стараний. А. Кемпиньский недвусмысленно высказывается о том, что врач должен трезво относиться к своим возможностям, понимать, что он не всесилен и что он не может изменить характер, внутренние переживания или внешнюю ситуацию больного. Единственное, что он может делать, по мнению автора, – это сочувствовать больному, понимать его переживания, пытаться их как-то рационально упорядочить. «Такой отказ от активности труден для каждого человека. Нужна большая внутренняя дисциплина, чтобы удержаться от охоты действия, хотя бы речевого, чтобы не судить больного, не давать ему советов, не осуждать его ни одним жестом нетерпения. Умение слушать – большое искусство. Нужно не только сдерживать охоту действия, но и напрягать внимание, чтобы суметь прочесть, что больной хочет сказать, чтобы все время создавать

образ его жизни, видеть его в прошлом и настоящем, а также и будущем времени» [17, с. 321].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.