

Профессиональная деятельность музыкального психолога интегрирована во все основные сферы медицинской науки и практики. Истоки музыкальной психологии и ее развитие как специальности неразрывно связаны с медициной, особенно с психиатрией и психотерапией. Поэтому, обращаясь к этическим аспектам этой сравнительно молодой специальности, нельзя не остановиться на современных моделях медицинской этики.

Более 25 веков в европейской культуре формировались, изменялись различные моральные принципы и правила, сопровождавшие многовековое существование медицины. Различные нравственные регуляторы, функционировавшие на разных этапах развития общества, – религиозные, культурные, этнические, социально-экономические – влияли на формирование этических моделей и в медицине. 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”).

Исторические особенности и логические основания каждой из моделей определяли становление тех моральных принципов, которые составляют сегодня ценностно-нормативное содержание современной биомедицинской этики.

Модель Гиппократ. Первой формой врачебной этики были моральные принципы врачевания Гиппократ (460-377 гг. до н. э.), изложенные им в “Клятве”, а также в книгах “О законе”, “О врачах”, “О благоприличном поведении”, “Наставления” и др. В древних культурах – вавилонской, египетской, иудейской, персидской, индийской, греческой – способность врачевать свидетельствовала о “божественной” избранности и определяла элитное, как правило, жреческое положение в обществе. Считается, что Гиппократ был сыном одного из жрецов бога Асклепия – Гераклида, который дал ему первоначальное медицинское образование. Становление светской медицины в Древней Греции связано с принципами демократии городов-государств, и освященные права врачующих жрецов неизбежно сменялись моральными профессиональными гарантиями и обязательствами лекарей перед страждущими. Помимо этого этика

Гиппократ, что хорошо иллюстрируется “Клятвой”, была вызвана необходимостью отмежеваться от врачей-одиночек, разных шарлатанов, которых и в те времена было немало, и обеспечить доверие общества к врачам определенной школы или корпорации асклепиадов.

Практическое отношение врача к больному и здоровому человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку является основной чертой профессиональной врачебной этики. Ту часть врачебной этики, которая рассматривает проблему взаимоотношения врача и пациента под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества, можно назвать “моделью Гиппократов”. Речь шла об обязательствах перед учителями, коллегами и учениками, 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 никакому просимому у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла”), абортам (“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 Гиппократов является принцип “не навреди”, который фокусирует в себе гражданское кредо врачебного сословия. Этот принцип формирует исходную профессиональную гарантию, которая может рассматриваться как условие и основание его признания обществом в целом и каждым человеком отдельно, который доверяет врачу свое здоровье и жизнь. Большое внимание Гиппократ уделял облику врача, не только моральной, но и внешней (одежда, опрятность) респектабельности, что было связано с необходимостью

формирования доверия обращающихся к врачебной касте в период перехода от жреческой медицины к светской. Жрецы, за всю историю развития религии, приобрели статус приближенных к богам, считалось, что от них получали они мудрость и наставления, знания и навыки. Врачи же, преодолевшие храмовость, должны были приобретать и обладать такими качествами, которые способствовали бы формированию облика всего врачебного профессионального сообщества того времени. Гиппократ определял эти качества, отталкиваясь от обобщенных ценностей Древней Греции. В книге “О благоприличном поведении” наиболее полно отражено представление об идеале врача, сложившемся в недрах медицинских школ в эпоху греческого “просвещения”: “Каковы они по внешнему виду, таковы и в действительности: врач-философ равен богу”.

Гиппократом были определены общие правила взаимодействия врача с пациентом, при этом акцент ставился на поведении врача у постели больного. При контакте с больным предлагалась такая форма общения, которая способствовала бы ориентации пациента на выздоровление: “Очевидным и великим доказательством существования искусства будет, если кто, устанавливая правильное лечение, не перестанет ободрять больных, чтобы они не слишком волновались духом, стараясь приблизить к себе время выздоровления”.

Немаловажным и сложным в этическом отношении был вопрос о вознаграждении врача за оказанную помощь и лечение. В условиях жреческой медицины дары и подношения вручались не самому жрецу, а храму, в котором он служил. При переходе к светской медицине, когда гонораром обеспечивается непосредственно врач, необходимы были соответствующие правила, не нарушающие общую архитектуру врачебной этики: “Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности”.

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.). Эта форма врачебной этики, в рамках которой нравственные отношения с пациентом понимаются как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в гиппократовской модели завоевывается социальное доверие личности пациента, то “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”, распространяемое христианством не только на священника, но и на Бога. Смысл слова “отец” в патернализме фиксирует, что “образцом” связей между врачом и пациентом являются не только кровнородственные отношения, для которых характерны положительные психоэмоциональные привязанности и социально-моральная ответственность, но и “целебность”, “божественность” самого контакта врача и больного. Неудивительно, что основным моральным принципом, формирующимся в границах данной модели, 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 опытностью; важнейшая основа лекарства – любовь”. Под влиянием христианской антропологии Парацельс рассматривал физическое тело человека “лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома”. 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”. Важность доверительных отношений между врачом и пациентом неоднократно подчеркивалась выдающимися врачами прошлого, еще в VIII в. Абу-ль-Фарадж писал: “Нас трое – ты, болезнь и я; если ты будешь с болезнью, вас будет двое, я останусь один – вы меня одолеете; если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна – мы ее одолеем”.

В конце XIX – начале XX вв. Фрейд десакрализировал патернализм, констатировав либидинозный характер взаимоотношения врача и пациента. Его понятия переноса и контрпереноса являются средством теоретического осмысления сложного межличностного отношения между врачом и пациентом в психотерапевтической практике. Фрейд полагал, что всякий психотерапевт, а деятельность врача любой специальности включает в себя психотерапевтическую компоненту, “должен быть

безупречным, особенно в нравственном отношении”. Фрейд писал не только о “безупречности” как теоретически выверенной стратегии терапевтического поведения, основывающегося на особенностях природы лечебной деятельности, но и “безупречности” как почти механической точности соответствия поведения врача тем или иным нормативам этических требований.

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. Деонтология особенно важна в той профессиональной деятельности, где широко используются сложные межличностные взаимовлияния и ответственные взаимодействия. В медицине это соответствие поведения врача определенным этическим нормативам. Это деонтологический уровень медицинской этики, или “деонтологическая модель”, опирающаяся на принцип “соблюдения долга”. Основой деонтологии является отношение к больному таким образом, каким бы в аналогичной ситуации хотелось, чтобы относились к тебе. Глубокую сущность деонтологии врачевания раскрывает символическое высказывание голландского врача XVII в. ван Туль-Пси: “Светя другим, сгораю сам”.

Термин “деонтология” ввел в советскую медицинскую науку в 40-х годах XX в. Петров для обозначения реально существующей области медицинской практики – врачебной этики, – которая была “отменена” в России после революции 1917 г. за ее связь с религиозной культурой. 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. Деонтология включает в себя вопросы соблюдения врачебной тайны, меры ответственности за жизнь и здоровье больных, проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе, взаимоотношений с больными и их родственниками. Так, примером этой модели являются правила относительно интимных связей между врачом и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации (JAMA, 1992, № 2):

– интимные контакты между врачом и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;

- интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
- вопрос об интимных отношениях между врачом и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;
- врачи должны непременно докладывать о нарушении врачебной этики своими коллегами.

Как видно, характер рекомендаций достаточно жесткий, и очевидно, что их нарушение может повлечь за собой дисциплинарные и правовые последствия для врачей, которых объединяет данная Ассоциация.

“Соблюдать долг” – это значит выполнять определенные требования. Недолжный поступок – тот, который противоречит требованиям, предъявляемым врачу со стороны медицинского сообщества, общества, собственной воли и разума. Когда правила поведения открыты и точно сформулированы для каждой медицинской специальности, принцип “соблюдения долга” не признает оправданий при уклонении от его выполнения. Идея долга является определяющим, необходимым и достаточным основанием действий врача. Если человек способен действовать по безусловному требованию “долга”, то такой человек соответствует избранной им профессии, если нет, то он должен покинуть данное профессиональное сообщество.

Наборы “точно сформулированных правил поведения” разработаны практически для каждой медицинской специальности и представляют собой перечень и характеристику этих правил по всем медицинским областям. К середине XX в. медицинская деонтология становится интернациональной – появляются международные документы, регламентирующие поведение врача: Женевская декларация (1948), Международный кодекс медицинской этики (Лондон, 1949), Хельсинская декларация (1964), Токийская декларация (1975) и др.

Биоэтика. В 60-70-х гг. XX в. формируется новая модель медицинской этики, которая рассматривает медицину в контексте прав человека. Термин “биоэтика” (этика жизни), который был предложен Ван Ренселлером Поттером в 1969 г., который раскрывается как “систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете

моральных ценностей и принципов”. Основным моральным принципом биоэтики становится принцип “уважения прав и достоинства личности”. Под влиянием этого принципа меняется решение “основного вопроса” медицинской этики – вопроса об отношении врача и пациента. Сегодня остро стоит вопрос об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не “вторичное” участие оформляется в новых типах взаимоотношения врача и больного – информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по своему формой защиты прав и достоинства человека. В современной медицине обсуждают не только помощь больному, но и возможности управления процессами патологии, зачатия и умирания с весьма проблематичными физическими и метафизическими (нравственными) последствиями этого для человеческой популяции в целом. Медицина, работающая сегодня на молекулярном уровне, становится более “прогностической”. Доссе (французский иммунолог и генетик) считает, что прогностическая медицина “поможет сделать жизнь человека долгой, счастливой и лишенной болезней”. Только одно “но” стоит на пути этой светлой перспективы: “лицо или группа лиц, движимых жаждой власти и нередко зараженных тоталитарной идеологией”. Прогностическую медицину еще можно определить как бессубъектную, безличностную, то есть способную к диагностированию без субъективных показателей, жалоб и пациента. И это действительно реальный и беспрецедентный рычаг контроля и власти как над отдельным человеческим организмом, так и над человеческой популяцией в целом.

Биоэтика – это современная форма традиционной профессиональной биомедицинской этики, в которой регулирование человеческих отношений подчиняется сверхзадаче сохранения жизни человеческого рода. Регулирование отношений со сверхзадачей сохранения жизни непосредственно связано с самой сутью и назначением морали вообще. Сегодня “этическое” становится формой защиты “природно-биологического” от чрезмерных притязаний культуры к своим естественно-природным основаниям. Биоэтика (этика жизни) как конкретная форма “этического” возникает из потребности природы защитить себя от мощи культуры в лице ее крайних претензий на преобразование и изменение “природно-биологического”.

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. Врач обязан снабдить больного не только всей интересующей его информацией, но и той, о которой, в силу своей некомпетентности, пациент может не подозревать. При этом решения пациента носят добровольный характер и соответствуют его собственным ценностям. Из этого и вытекает нравственный стержень взаимоотношений “врач-пациент” в биоэтике – принцип уважения личности. 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”. В отношении аборта как уничтожения того, что может стать личностью, существует три нравственных позиции: консервативная – аборты всегда аморальны и могут быть разрешены лишь при угрозе жизни женщины; либеральная – умеренная – абсолютное право женщины на аборт, безотносительно к возрасту плода и умеренная – оправдание аборта до наступления определенного развития эмбриона (до стадии развивающегося плода – 12 недель, когда ткань мозга становится электрически активной).

Активность мозга служит также и критерием смерти. Современная интенсивная терапия способна поддерживать жизнь пациентов, не способных ни к самостоятельному дыханию, ни к мыслительным процессам. Поэтому возникают новые нравственные проблемы, связанные с пациентами, находящимися на грани жизни и смерти. Вопрос об эвтаназии обычно возникает, когда пациент необратимо утратил сознание; умирая, испытывает интенсивные непереносимые страдания, вынуждающие медиков поддерживать пациента в полубессознательном состоянии или когда

новорожденный имеет анатомические и физиологические дефекты, несовместимые с жизнью. Существует большой диапазон мнений: от полной легализации права врача прерывать жизнь больного с его согласия (“активная эвтаназия”), до полного неприятия эвтанази как акта, противоречащего человеческой морали. Существует вариант так называемой “пассивной эвтаназии”, когда используется принцип нелечения, исключаящий сам акт умерщвления (отключение искусственных систем, обеспечивающих жизнедеятельность, прекращение введения лекарственных препаратов и т. д.).

Этические проблемы аборта и эвтаназии связаны с моральными аспектами репродукции и трансплантации. Современная технология репродукции жизни определяет качественно новые формы взаимоотношений между супругами, родителями и детьми, биологическими и социальными родителями. Трансплантология открывает новые проблемы определения грани жизни и смерти из-за моральной альтернативы спасения жизни реципиенту и ответственностью за возможное убийство обреченного на смерть донора.

В 90-х гг. XX в. биоэтика стала понятием, включающем всю совокупность социально-этических проблем современной медицины, среди которых одной из ведущих оказывается проблема социальной защиты права человека не только на самоопределение, но и на жизнь. Биоэтика играет важную роль в формировании у общества уважения к правам человека.

Юдин полагает, что “биоэтику следует понимать не только как область знаний, но и как формирующийся социальный институт современного общества”. Конкретной формой разрешения возможных противоречий в области биомедицины являются биоэтические общественные организации (этические комитеты), объединяющие медиков, юристов, специалистов по биоэтике, священников и др., обеспечивающие разработку рекомендаций по конкретным проблемным ситуациям медико-биологической деятельности, будь то ее теоретическая или практическая сторона.

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 музыкальная психология во всех своих разделах опирается на общемедицинские этические принципы. Вместе с тем, музыкальный 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. Музыкальный 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 музыкальным 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. Например, во время приема у пациента ухудшилось состояние, ему была оказана необходимая медицинская помощь. Переживая по поводу случившегося, психолог звонит вечером ему домой, чтобы узнать о здоровье. Больной счел это нарушением “границ” и посягательством на его автономию (автономия определяется как “личная свобода” или как “принцип свободного волеизъявления”). Однако при определенных обстоятельствах “нарушение границ” может носить конструктивный характер, поэтому здесь важен учет контекста взаимодействия. Так, больная, войдя в кабинет музыкального психолога и сообщив о гибели своего сына, наклоняется к груди психолога и последний отвечает на этот ее порыв, выражая тем самым сочувствие горю пациентки. Неспособность в таких ситуациях проявить эмпатическое сопереживающее отношение скорее оттолкнет пациента и прервет межличностное взаимодействие. “Нарушение границ” возникает и тогда, когда пациента пытаются использовать в личных целях несексуального характера.

В-третьих, сложным этическим вопросом может быть формирование эмоциональной привязанности пациента к музыкальному 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 музыкальный 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.

Необходимо подчеркнуть, что интерес к биоэтике в последние десятилетия настоятельно потребует дальнейшего развития этических основ современной музыкальной психологии.

Карвасарский Б. Д. – “Клиническая психология”