

УДК 615.851.111: 616-08

О КОНВЕРГЕНЦИИ НАУЧНЫХ ПОДХОДОВ К МЕДИЦИНСКИМ ПРАКТИКАМ

Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова

ФГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет», г. Тверь

С методологической позиции рассматривается междисциплинарный сдвиг научных методов, когерентных современной медицинской практике.

Ключевые слова: *научные методы, модели врачевания.*

Тесная связь современной науки с практикой, с применением её результатов в технологических целях, постоянно модифицирующиеся медицинские практики, ориентированные на быстро изменяющиеся ожидания населения, расширяющийся концепт «здоровье» задают новые координаты научным исследованиям, требуют релевантных им подходов, методов, технологий. Классическая, физикалистская модель врачевания справедливо критикуется с середины XIX в. за иллюзию всестороннего знания человеческого организма, игнорирование негативных последствий от лечения, за допустимый технологизацией медицины усредненный, одинаковый подход к пациенту. Её «естественность», социальная оправданность, долгожительство объясняются тем, что в системе «врач-пациент» врач, будучи ключевой и доминантной фигурой в лечебном процессе, патерналистски воздействует на телесность пациента, изменяя её. Это классическая модель медицинской деятельности, в рамках которой самоидентичность врачей (в качестве субъектов действия) и пациентов (в качестве объектов лечебного процесса) достаточно полно раскрывается в свете медицинского знания. Она имеет свои безусловные «вершины» и достижения, но, как и любое другое конкретно-историческое знание, явно обнаруживает свои «исторические» ограничения и обусловливания. В современной медицинской деятельности обращает на себя внимание абсолютизация используемого технократического подхода. Косвенным проявлением ограниченности господствующей медицинской модели остаются такие показатели, как высокий уровень заболеваемости и их последствий, критический процент смертности населения России (согласно статистическим данным, ежегодно умирает около 2 млн человек). Не снижается в целом и заболеваемость. В границах традиционной медицинской модели находит свою узкую интерпретацию сфера «психосоматических феноменов», которая обсуждается без перспектив внятного их объяснения.

Как показывает дискурс-анализ классической медицинской модели врачевания, она имеет явные методологические трудности в объяснении ряда медицинских реалий. Эта модель строится на классиче-

ском типе научной рациональности, идее редукционизма, принципе объективности, субъект-объектной парадигме во взаимоотношениях врача и пациента, патерналистском подходе. Она ориентируется на технократический подход, абсолютизацию «объективного» метода, допускает «линейную», инструментальную направленность профессиональной подготовки медика, «вытесняет» психологические реалии из процесса врачевания.

Широко используемый метод доказательной медицины может быть примером догматизации в применении так называемых «объективных» методов. Известно, что сегодня доказательная медицина имеет большое значение для клинической практики. Она использует современные информационные технологии с целью применения полноты информации в методах клинического наблюдения, которые дают возможность делать «справедливые» заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок. В то же время необходимо сознавать присущие данному подходу объяснительные и герменевтические ограничения. Фактически доказательная медицина представляет собой крайний случай эмпирического направления в медицинской науке. Это означает, что любой полученный результат всегда относится лишь к той или иной группе больных, участвовавших в исследовании.

Как показывает прaxis, «восхождение» к методу доказательной медицины, даже при тщательно спланированных массовых исследованиях не гарантирует от ошибочных заключений. Врач, по определению, лечит не среднестатистического больного, а конкретного человека с его индивидуальными особенностями и психологическими ожиданиями. Рациональная критика метода доказательной медицины приводит к пониманию того, что существует проблема востребованности индивидуального опыта врача и его значимости для принятия клинических решений. Критика метода доказательной медицины влечёт рефлексию расширительного понимания категории «нормы» в медицине. Речь идёт о том, что врач в профессиональной деятельности работает с огромным количеством жалоб и заболеваний. Если случаи болезней похожи друг на друга, их объединяют и классифицируют. Однако абсолютно идентичных случаев болезни не бывает. Следовательно, чтобы классифицировать, необходимо отбросить все особенности, которые кажутся несущественными, случайными. В результате получается усреднённый образ больного. Именно поэтому значительная часть трудностей диагностики связана с невозможностью «втиснуть» индивидуальность и разнообразие в определённые рамки и схемы. В результате один и тот же больной будет «оценён» с точки зрения категории «нормы» совершенно по-разному врачом ортодоксальной медицины, врачом-гомеопатом и врачом китайской медицины, поскольку они используют разные дискурсы.

Абсолютизация фактора «объективности» в современной медицине не коренится в политике технократизма, тотальности применения техно-

кратического («квазиобъективного») подхода. Он выражается также в эскалации использования инструментально-аппаратных методов диагностики, программных комплексов, внедрении электронно-вычислительной техники, создании новой технологии (телемедицина) и т. д., что быстро проникает в практики обучения медиков с целью улучшения качества медицинского обслуживания. Однако в профессиональном становлении и деятельности нарушение баланса объективного и субъективного (профессиональный опыт, личное мастерство, индивидуальная интуиция врача и т. д.) порождает новые риски. Так, при использовании средств телемедицины возникают множественные риски, как теоретические, так и практические. Опасности этих рисков влекут снижение профессиональных требований к врачам и нивелируют уровень их профессиональной подготовки, наряду с бесспорной полезностью этого «инструмента» в передаче, например, профессионального опыта.

Признавая все достижения современной отечественной медицины, ориентированной в большей степени на медицинскую модель и технократический подход, следует рефлексировать высокий процент медицинских (врачебных) ошибок (что регистрируется, например, как расхождение поставленного диагноза с патологоанатомическим) и их последствий, о чем свидетельствуют статистические данные. Цель врачевания, как она понимается в медицинском дискурсе, – возвращение к нормальному (здоровому) состоянию из отклонённого (болезненного) путём оказания помощи в лечении заболеваний, сохранении и укреплении здоровья человека (пациента). Выздоровление – это возвращение к нормальному состоянию, с помощью «специалиста», врача. Медицинская помощь подразумевает применение особой технологии – лечения, направленного на тело или психику больного. Больной в основном рассматривается как пассивный объект вмешательства. Медицинский дискурс и конструируемая в его границах модель взаимодействующих субъектов имеют свои безусловные достоинства. Среди которых – рациональное объяснение феномена здоровья и заболевания, возможность стратегического и тактического планов лечения. Медицинский дискурс опирается на знания (научные, опытные, явные и неявные и т. д.), полученные в том числе и с помощью используемых техник и технологий.

В итоге медицинский дискурс ограничен, как и любое другое конкретно-историческое знание [1]. Речь идёт о расширяющейся зависимости человека от медицинских услуг, о его всё большей вовлечённости в медицинское пространство, о потере личной идентичности в принятии решений по здоровью, о существовании в процессе излечения вне модуса «самости» (аутентичности, автономии, приватности). Безмерное использование лекарственных препаратов, навязываемых не только через агрессивную рекламу фармацевтических корпораций, но и часто неоправданно назначаемых самими врачами, приводит к новым заболева-

ниям, как результату разрушительных последствий применения лекарств, и далее, по замкнутому кругу.

Уменьшить вышеназванные ограничения и деструктивные последствия, имманентно заложенные медицинским дискурсом, возможно, если следовать идеологеме психологии здоровья в исследованиях медицинских практик. С одной стороны, внедрять в процесс профессиональной подготовки медиков социально-психологические мероприятия для обеспечения формирования более широкого диапазона профессионально важных качеств врача. С другой стороны, проводить психологические мероприятия, направленные на раскрытие личностного и психологического фактора пациента как субъекта врачевания и включать его в целительный процесс, что усиливает синергетический эффект на различных стадиях врачевания. В условиях возрастания социально-экономических требований к профессиональной деятельности врача сегодня практически отсутствуют междисциплинарные исследования, ориентированные на современные психологические запросы в профессионализации врача. Необходимость разработки психологической модели взаимодействия врача и пациента вызвана не только «дефектом», существующим в профессиональной подготовке к медицинской деятельности, но также особенностями современной медицины, где часто абсолютизируется значение «технократического» фактора, недооценивается роль социокультурной обусловленности профессиональной деятельности медика, её гуманитарная направленность, субъектный фактор, рефлексивная основа, психологически ожидаемая фигура врача.

Психологическая модель врачевания, разрабатываемая авторами [2] фундирована в идеалы неклассической рациональности, междисциплинарный тип знания, субъект-субъектный, ситуационный, рефлексивный подходы в профессиональной деятельности и партнёрских коммуникациях в системе «врач-пациент». Неклассический тип научной рациональности учитывает связи между знаниями об объекте и характером средств и операций деятельности. На результаты научных исследований накладывается осмысление соотнесённости объясняемых характеристик объекта с особенностью средств и операций научной деятельности. В контексте философии этому способствовал переход от доминирования позитивизма к философскому конструктивизму, от парадигмы «субъект-объект» к парадигме «субъект-субъект». Для данного типа научной рациональности важнейшим свойством субъектов является активность. Базовым научным подходом становится междисциплинарный подход. Особое значение приобретают рефлексивные процессы и рефлексивное управление [3].

В психологической модели ведущей становится идея психологического взаимодействия в системе «врач-пациент». Ей имплицитно построение образа врача, которому когерентен субъект профессиональной деятельности, восхождение к рефлексивному сознанию, трансформи-

рующаяся профессиональная идентичность, соответствие усложняющихся требований профессии врача и личных и профессионально важных качеств. В психологической модели создается целостная «картина здоровья», которая даёт «семантическую» интерпретацию фактов как в медицине, так и в психологии. «Холистическая» парадигма в медицине связана с идеей значимости всех стадий заболевания (реабилитация, профилактика, острая стадия заболевания). Идея холизма ориентируется на коммуникацию субъектов, производящих и потребляющих знания, диалог, пропаганду здорового образа жизни, на лечение и профилактику заболеваний, она основана на комплементарности профилактики, лечения и реабилитации. Рефлексивной коммуникации имманентна рефлексивная функция, которая относится к психическому процессу, обеспечивающему способность к ментализации, и включает саморефлексию и межличностный компонент, т. е. понимание мотивов, чувств и намерений других людей, а также признание субъективности этого восприятия. Рефлексивные коммуникации в системе «врач-пациент», конструирование отношений доверия, диалога субъектов врачевания – результирующие условия холизма. Междисциплинарные исследования регистрируют коммуникативные ситуации понимания в диалоге «врач-пациент».

Среди новых подходов к дифференциации медицинских практик – ситуативный подход, обозначающий врачебную деятельность как единство субъективных и объективных пространственно-временных условий деятельности, коммуникации и рефлексии их субъектов. Он различает лечебную деятельность как уникальную локальную, экстремальную, рисковую и неопределенную ситуацию. Дифференцирует всякий акт излечения как особый, обладающий специфической структурой и конфигурацией, направленный и непрерывный процесс к здоровью. Рефлексивный подход и технологии в повышении мотивации здорового образа жизни пациентов в период профилактики и реабилитации могут быть реализованы в структуре поэтапного расширения осознаваемых компонентов своего статуса, ответственности за своё здоровье, поведенческих стратегий и выстраивании субъект-субъектных отношений между врачом и больным. Рефлексивные технологии используются в реабилитационном и профилактическом периоде и предполагают научение больного хроническим заболеванием делать бессознательное сознательным, развивать у себя способность контролировать свою когнитивную деятельность, рождающую негативные эмоции и самоповреждающее поведение, формировать навыки конструктивных психологических защит. Это повышает адаптивный потенциал и способствует выработке адаптивных стратегий поведения и развития адекватной субъектности.

Дискурс-анализ моделей врачевания демонстрирует идею комплементарности классической медицинской и психологической моделей врачевания, когерентность релевантных им научных методов и подходов.

Список литературы

1. Гончаренко А.К. Новые технологии в исследовании текста // Вестник Тверского государственного университета. Сер. Философия. 2010. № 2. С. 22–27.
2. Филиппченкова С.И. Психологическая составляющая взаимодействия врача и пациента: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 2013. 56 с.
3. Рефлексивные процессы и управление. Сборник материалов IX Междунар. симпозиума 17-18 октября 2013 г., Москва / отв. ред. В.Е. Лепский. М.: «Когито-Центр», 2013. С. 43–56.

CONVERGENCE OF SCIENTIFIC APPROACHES TO MEDICAL PRACTITIONERS

E.A. Evstifeeva, S.I. Filippchenkova

Tver State Technical University, Tver

In this paper, a methodological shift position is considered an interdisciplinary scientific methods, coherent modern medical practice.

Keywords: *scientific methods, models of healing.*

Об авторах:

ЕВСТИФЕЕВА Елена Александровна – доктор философских наук, профессор, проректор ФГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет», Тверь. E-mail: pif1997@mail.ru

ФИЛИППЧЕНКОВА Светлана Игоревна – кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и философии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет», Тверь. E-mail: sfilippchenkova@mail.ru

Author's information:

EVSTIFEEVA Elena Alexandrovna – Ph. D., Prof., Vice-president of Tver State Technical University, Tver. E-mail: pif1997@mail.ru

FILIPPCHENKOVA Svetlana Igorevna – Ph.D. Prof. of the Dept. of Psychology and Philosophy of Tver State Technical University, Tver. E-mail: sfilippchenkova@mail.ru