

УДК 159.9

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВРАЧЕВАНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА *

Л.А. Мурашова

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», Тверь

DOI: 10.26456/vtsped/2020.4.049

Раскрыты цели, задачи и логика построения экзистенциально-психологической модели как способ совершенствования профессиональной деятельности. Представлены результаты исследования качества жизни, связанного со здоровьем, рефлексивности, экзистенциального настроения и исполненности у онкопациентов. Они подтверждают возможность конструирования экзистенциально-психологической модели врачевания в таком ее сегменте, как использование персонифицированных психодиагностических данных онкопациента, учет которых необходим для реализации принципа партисипативности в персонализированной медицине для построения непротиворечивой субъективно-объективной картины качества жизни в условиях хронического заболевания.

***Ключевые слова:** профессиональная деятельность врача, экзистенциально-психологическая модель врачевания, онкопациент, качество жизни, связанное со здоровьем, рефлексивность, экзистенциальный настрой и исполненность.*

Психологическое исследование проводится в рамках научного проекта Российского фонда фундаментальных исследований (2019–2023 гг.). Основной целью проекта является конструирование и апробация на основе персонализированной медицины в локусе принципа партисипативности экзистенциально-психологической модели управления качеством жизни, связанного со здоровьем онкопациентов. Методологической основой построения экзистенциально-психологической модели врачевания является постнеклассическая научная рациональность, междисциплинарный подход, концепция персонализированной медицины. Качество жизни, связанное со здоровьем, предстает как интегральный концепт, когеренция объективной и субъективной оценки благополучия, экзистенциального настроения и исполненности, физического и психического здоровья.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00038 «Управление качеством жизни, связанным со здоровьем в онкологии: междисциплинарные подходы, экзистенциально-психологическая модель врачевания» (2019–2023).

Данная модель предоставит возможность не только углубления и использования междисциплинарных знаний о качестве жизни, связанном со здоровьем онкопациента в медико-онкологической практике, а также является дополнительным новейшим психодиагностическим инструментарием для его расширенной диагностики и оптимизации профессиональной деятельности медицинского персонала.

Согласно персонализированной медицине, основой сохранения и улучшения качества жизни, связанного со здоровьем, является использование междисциплинарных научных подходов в рамках персонифицированного лечения и комплексной диагностики проблем пациента. В этой ситуации пристальное внимание фокусируется на высокотехнологичных методах изучения и оценки качества жизни, связанного со здоровьем, и создание соответствующего инструментария для такой диагностики.

Существующие методы диагностики качества жизни, связанного со здоровьем, не охватывают весь тот широкий спектр проблем и особенностей пациента, которые играют значимую роль в эффективности интеракции врача и пациента, а также влияют на результаты лечебного процесса, отдаляя или приближая их во времени. Экзистенциально-психологическая модель врачевания направлена на решение проблем, связанных с внедрением необходимых теоретических знаний и дополнительного нового инструментария, при помощи которых появляется возможность более детального изучения таких глубинных психологических и личностных свойств, как рефлексивность и экзистенциальные настрой и исполненность. Являясь личностными особенностями, детерминированными неповторимостью жизненного опыта, индивидуальностью жизни и её истории, они делают уникальной ситуацию взаимодействия врача и пациента.

Разработка экзистенциально-психологической модели врачевания, в основе которой лежит использование экзистенциальной методологии для объяснения изменяющихся параметров состояния, оцениваемого как качество жизни, связанного со здоровьем, даёт возможность уйти от узкого и ограниченного толкования качества жизни и учесть специфику экзистенциально-психологической его составляющей, поведенческих особенностей пациента, сформировавшихся в процессе болезни, и те неохваченные ресурсы, которые будут способствовать совладанию с болезнью. Экзистенциально-психологическая модель нацелена на выявление «фигуры больного» в проекции экзистенциального переживания хронического заболевания, сохранения самоидентичности перед лицом «диагноза», конституирования личностного достоинства. Экзистенциальный мир человека состоит из актуально и потенциально переживаемого. Он различается как индивидуально «выстраданное»

значимое состояние. Экзистенциальная методология допускает, что субъективное благополучие, или «экзистенциальная исполненность» (саморефлексия жизни, внутреннее согласие, самопонимание), имманентна самой природе человека. Это такой «самопортрет» и меседж самому себе, которые влияют на осознаваемую оценку, субъективную правду. Это служит доказательством использования диагностики качества жизни, связанного со здоровьем, как комплексного показателя объективного и субъективного благополучия.

Для построения экзистенциально-психологической модели используется конструктивистский подход как обоснование моделирования. Об этом пишет Д.А. Леонтьев: «Основная форма работы в русле конструктивистской парадигмы заключается в попытках деконструировать объяснительные понятия и модели, т. е. разложить их на составляющие и понять, почему используются именно такие термины или теории, эксплицировать то социальное содержание, которое имплицитно оказывается вложенным в научный термин» [5]. В прикладных исследованиях идеи конструктивизма получают максимальную объяснительную возможность, в том числе для данного эмпирического исследования. Речь идет о том, что принимается во внимание особая когнитивная роль человеческой деятельности, рефлексивных и коммуникационных процессов, которые конституируют принцип партисипативности в персонализированной медицине. В этом случае взаимодействие врача и пациента выстраивается на диалоговой коммуникации всех субъектов лечебного процесса и базируется на взаимном доверии. Воплощение принципа партисипативности в профессиональной деятельности врача наталкивается на такую «маяковую» трудность, как стандарт и проблема «качества жизни» человека с частичной утратой здоровья. Психологические особенности больного также влияют на решение проблемы управления своим здоровьем, оценку и сохранение качества его жизни, связанного со здоровьем. С помощью расширенной психологической диагностики когнитивно-рефлексивной, экзистенциальной, лично-ответственной, коммуникативной индивидуальности больного возможно выявить его психологический потенциал.

Медиками сегодня используются привычные методики для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, которые не охватывают экзистенциально-психологическую составляющую и другие глубинные личностные особенности пациента. Данная диагностика не имеет возможности учёта таких важных персонифицированных качеств, как рефлексивность, экзистенциальной настрой и исполненность, смысло-жизненные ориентации, уровень доверия, ответственности и локус контроля. Без них значимо суживается круг объективируемых и учитываемых проблем пациента, что формирует редуцированную

общую картину его заболевания.

В связи с этим возникает необходимость расширения диапазона исследуемых субъектных качеств пациента и дополнения традиционного инструментария новыми методами. Этой цели и служит конструирование экзистенциально-психологической модели врачевания. Она представляет собой инструментарий, при помощи которого появляется возможность измерения, анализа, описания и систематизации экзистенциальных показателей пациента с учётом индивидуальных показателей качества жизни, связанного со здоровьем. Основным ориентиром данной модели является диагностика качества жизни в локусе экзистенциально-психологической оценки здоровья, которая выступает в качестве субъективного критерия оценки эффективности проводимого пациенту лечения. Важно понимать, что качество жизни как субъективное благополучие является генерализованной оценкой жизни, которая детерминирует формирование и рост индивидуальной ответственности в ситуации дифференцировки качества жизни. Поэтому психологические, субъектные и личностные особенности, экзистенциальный настрой, «рефлексивная позиция человека» [1] существенно влияют на распознавание объективной и субъективной составляющей качества жизни.

Экзистенциально-психологическая модель направлена на выявление «фигуры больного» онкологического профиля в проекции экзистенциального переживания заболевания, сохранение самоидентичности перед лицом «диагноза», конституирование личностного достоинства. Экзистенциальный мир человека состоит из актуально и потенциально переживаемого. Он различается как индивидуально «выстраданное» значимое состояние. В экзистенциальном бытии происходят релевантные психологические самопреображения, переоткрытие в себе тех качеств, которые связаны с новым телесным образом, рефлексией иного формата индивидуального существования. В случае рака молочной железы возможное продление жизни при факте телесной ограниченности требует психологической самопомощи, а также предоставления медико-психологической помощи больному с учетом его сохраненного индивидуально-личностного потенциала, рефлексивных способностей, формирования у него новых границ ответственности за свое здоровье. Экзистенциальная методология допускает, что субъективное благополучие, или «экзистенциальная исполненность» (саморефлексия жизни, внутреннее согласие, самопонимание), имманентна самой природе человека. Это такой образ себя, который актуально влияет на осознаваемую оценку, субъективную правду. Это служит доказательством использования диагностики качества жизни, связанного со здоровьем, как целостного показателя объективного и субъективного благополучия.

В. Франкл, А. Лэнгле, И. Ялом и др. в рамках экзистенциальной теории определяют субъективное благополучие или счастье как «экзистенциальную исполненность». Именно она показывает всю меру самоосмысления и гармонии жизни. Современная психодиагностика располагает методикой диагностики экзистенции, которая включает в себя субшкалы: «Самодистанцирование», «Самотрансценденция», «Свобода» и «Ответственность». С.В. Кривцова пишет: «Шкала экзистенции (ШЭ) является одним из психометрических инструментов, разработанных в рамках экзистенциально-аналитической теории А. Лэнгле [4]. Тест измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым. Экзистенциальная исполненность – понятие, появившееся в психологии В. Франкла для описания качества жизни человека в противовес более привычному (в частности, принятому в психоанализе) понятию счастья. Важно понимать, что экзистенциальная исполненность, являясь параметром, субъективно ощущаемым самим человеком, формирует в сознании «картину себя», в оптике которой принимаются решения, проявляется свобода их принятий, обеспечивающая определённый уровень качества жизни человеку. Данная ситуация подтверждает, что его диагностика как совокупного признака, интегрирующего объективное и субъективное благополучие, является обоснованной.

По данным Всемирной организации здравоохранения, рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний женщин (16 % от всех случаев рака и 25 % от всех женских онкологических заболеваний). Ежегодно в мире выявляется 1 250 000 случаев заболевания раком молочной железы. В России этот диагноз ежегодно ставят более 65 000 женщин (около 19 % от всех женских онкологических заболеваний). Рак молочной железы встречается во всех возрастных группах. По статистике, каждая 8-я женщина планеты рискует получить диагноз «рак молочной железы». По статистическим данным, в 2016 году в России раком грудной железы заболело 68 547 женщин и 548 мужчин. Вероятность заболевания резко повышается после 40 лет и с годами увеличивается. Риск заболеваемости раком молочной железы удваивается каждые десять лет до наступления менопаузы, после чего рост замедляется. Однако рак молочной железы чаще встречается после менопаузы [7].

В Тверской области на долю рака молочной железы в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения приходится 20,1 %, при этом преобладают II и III стадии онкопроцесса (рис. 1) [6]. Эти данные свидетельствуют не только об актуальности проблемы, но и о необходимости поиска и разработки новых методов диагностики и лечения рака молочной железы, междисциплинарных научных подходов для более детального

изучения данного вопроса, а также оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

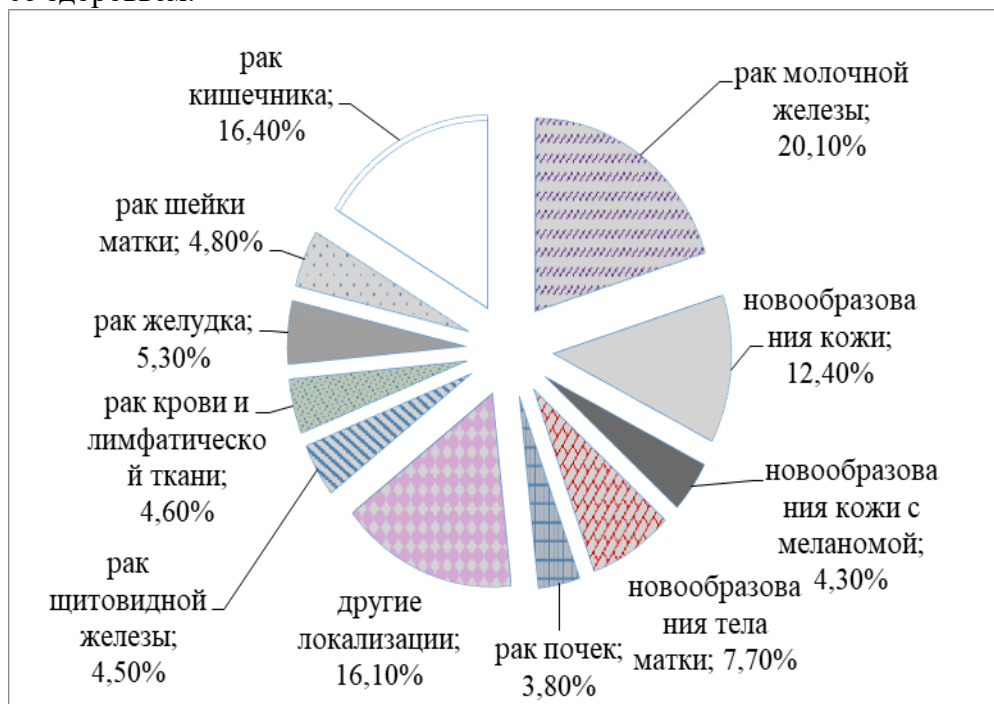


Рис. 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения Тверской области

Целью исследования является изучение особенностей качества жизни, связанного со здоровьем, уровня рефлексивности и экзистенциальных переживаний у женщин с установленным диагнозом «рак молочной железы».

Материалы и методы. На базе психодиагностической лаборатории качества жизни и личностного потенциала Тверского государственного медицинского университета проводится эмпирическое исследование с участием больных онкологического профиля (рак молочной железы), находящихся на лечении в ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический онкологический диспансер» (1 квартал 2019 года). В исследование включены 99 пациенток, средний возраст которых составил $58,2 \pm 10,3$ года, с подтвержденным диагнозом «рак молочной железы» IA – IIIС стадий. Всем пациенткам было проведено хирургическое и химиотерапевтическое лечение в неoadьювантном и адьювантном режимах (антрациклины, препараты платины, таксаны, таргетная терапия), а также гормонотерапия (тамоксифен, ингибиторы ароматазы) и лучевая терапия (до/после операции, обычное/укрупненное фракционирование).

В качестве психодиагностического инструментария использованы методики:

1. Для оценки качества жизни применяли общий опросник SF-36. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), интенсивность боли (P), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное функционирование (RE) и самооценка психического здоровья (MN). Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [2].

2. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглера, измеряет экзистенциальную исполненность как она субъективно ощущается испытуемым. Баллы для оценки степени выраженности показателей по основным шкалам распределяются следующим образом: самодистанцирование SD (меньше 26 – низкий показатель, 35,5 – средний, 43–48 – высокий); самотрансценденция ST (меньше 58 – низкий, 73 – средний, 81–84 – высокий); свобода F (меньше 37 – низкий, 49 – средний, 58–66 – высокий); ответственность V (меньше 41 – низкий, 57,5 – средний, 70–78 – высокий) [8].

3. Опросник рефлексивности А.В. Карпова предназначен для диагностики уровня развития рефлексивности личности. При интерпретации результатов целесообразно исходить из их дифференциации на три основные категории. Результаты, равные или большие, чем 7 стенов, свидетельствуют о высокоразвитой рефлексивности. Результаты в диапазоне от 4 до 7 стенов – индикаторы среднего уровня рефлексивности. Показатели, меньшие 4 стенов – свидетельство низкого уровня развития рефлексивности [3].

Достоверность полученных результатов обеспечивается обработкой данных при помощи компьютерной программы для статистической обработки SPSS Statistics 22. Для понимания и описания особенностей исследуемых параметров были использованы такие описательные статистики, как среднее арифметическое и стандартное отклонение.

Результаты и их обсуждение. Согласно описательным статистикам (табл. 1), качество жизни, связанное со здоровьем у больных раком молочной железы, формирует показатели физического функционирования ($63,3 \pm 23,0$), ролевого функционирования ($26,9 \pm 36,9$), интенсивности боли ($20,4 \pm 22,2$), общего состояния здоровья ($60,9 \pm 14,0$), жизнеспособности ($60,0 \pm 13,1$), социального функционирования ($50,5 \pm 26,5$), эмоционального функционирования ($43,4 \pm 39,9$) и самооценки психического здоровья ($56,5 \pm 14,4$).

Таблица 1

Описательные статистики показателей КЖ
у больных раком молочной железы

	N	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартное отклонение
PF	99	15,00	100,00	63,31	23,03
RF	99	,00	100,00	26,92	36,91
P	99	,00	80,00	20,44	22,27
GH	98	20,00	90,00	60,99	14,03
VT	99	5,00	90,00	60,09	13,12
SF	99	,00	125,00	50,56	26,54
RE	99	,00	100,00	43,46	39,97
MN	99	8,00	92,00	56,56	14,41
N валидных (по списку)	99				

Исследование уровня рефлексивности показало, что низкие показатели имеют 25 % пациентов, средние – 75 %. Пациентов с высоким уровнем рефлексивности выявлено не было.

Исследование модуля экзистенции, согласно описательным статистикам, показало (рис. 2), что самодистанцирование SD ($33,5 \pm 7,9$) имеет высокую степень выраженности у 38 % испытуемых, низкую – у 17 %. Самотрансценденция ST ($65,1 \pm 13,1$) в высокой степени выраженности зафиксирована у 53 % испытуемых, в низкой – у 6 %. Свобода F ($39,1 \pm 6,9$) имеет высокую степень выраженности у 8 % испытуемых, низкую – у 15 %. Ответственность V ($53,6 \pm 14,7$) в высокой степени выраженности зафиксирована у 26 % испытуемых, низкая – у 7 %.

Выводы. Результаты исследования КЖ демонстрируют, что у больных раком молочной железы снижены показатели общего здоровья ($60,9 \pm 14,0$), жизнеспособности ($60,0 \pm 13,1$), социального функционирования ($50,5 \pm 26,5$), психического здоровья ($56,5 \pm 14,4$), физического функционирования ($63,3 \pm 23,0$), ролевого функционирования ($26,9 \pm 36,9$), эмоционального функционирования ($43,3 \pm 39,9$), выраженный болевой синдром ($20,4 \pm 22,2$) снижает КЖ пациенток (табл. 2). Показатели каждой шкалы варьируются между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Следовательно, у больных раком молочной железы страдает как физический, так и психический компонент КЖ, что значительно повышает риск появления осложнений в послеоперационном периоде.

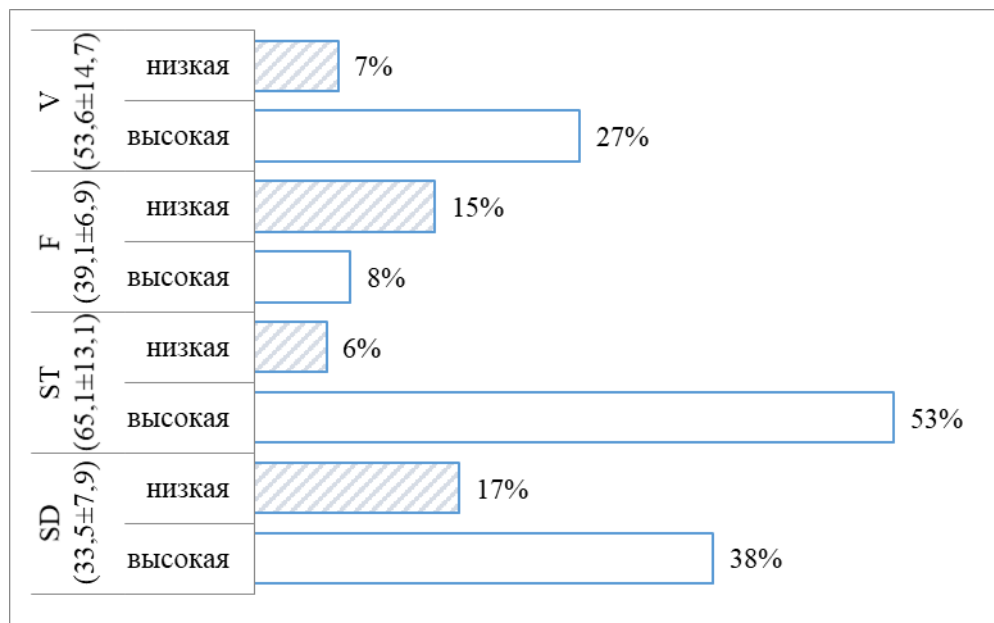


Рис. 2. Степень выраженности показателей экзистенции у больных раком молочной железы

Вместе с тем имеют ясное, реалистичное представление о ситуации, адекватность самооценки, способность абстрагироваться от себя, посвятить себя чему-то другому, способны воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, ориентируются на смысл, а не только на цель, вследствие чего для них характерны внутренняя и внешняя осмысленность. Иногда больным раком молочной железы присуща пассивная фаталистическая жизненная установка и может возникать ощущение бессмысленности собственной жизни, но они обладают способностью находить реальные возможности действовать, создавать из них иерархию в соответствии с собственным представлением об их ценности и находить обоснованное решение возникшей проблемы. Имеется страх перед усилиями и проблемами, угрожающими последствиями, но им присуща способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей. Они демонстрируют средний уровень рефлексивности, что не всегда позволяет чётко и ясно осознавать и регулировать свою деятельность.

В итоге, как показывает анализ эмпирических результатов, построение экзистенциально-психологической модели врачевания с целью совершенствования профессиональной деятельности врача является актуальным и требует проведения дальнейших психологических исследований.

Список литературы

1. Евстифеева Е.А., Филиппченкова Е.А. Здоровье в персонализированной

- медицине и новых моделях врачевания // Медицинский альманах. 2017. № 6(51). С. 9–11.
2. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. URL: <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf> (дата обращения: 25.09.2020).
 3. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психол. журн. 2003. Т. 24. № 5. С. 45–57.
 4. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции // Экзистенциальный анализ. 2009. Бюлл. № 1. С. 141–170.
 5. Леонтьев Д.А. Неклассический вектор в современной психологии // Теория и методология психологии: постнеклассическая перспектива М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. 528 с.
 6. Минздрав Тверской области озвучил статистику заболеваемости раком в регионе. URL: <https://tvernews.ru/news/208779/> (дата обращения: 27.09.2020).
 7. Статистика заболеваемости раком молочной железы. URL: <http://rakgrudi.org/symptoms-and-diagnosis/information/statistika-zabolevaemosti/> (дата обращения: 27.09.2020).
 8. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ. № 1. 2009. С. 141–170.

Об авторе:

МУРАШОВА Лада Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории отечества ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ (170100, Тверь, ул. Советская, 4); e-mail: ladamurashova@yandex.ru

EXISTENTIAL-PSYCHOLOGICAL MODEL OF MEDICINE AS A DIAGNOSTIC INSTRUMENTATION IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DOCTOR

L.A. Murashova

Tver State Medical University, Tver

The article reveals the goals, objectives and logic of building an existential psychological model as a way to improve professional activity. The results of the study of the quality of life related to health, reflexivity, existential mood and fulfillment in cancer patients are presented. They confirm the possibility of constructing an existential-psychological model of healing in such a segment of it as the use of personalized psychodiagnostic data of an onco-patient, the account of which is necessary to implement the principle of participation in personalized medicine, to build a consistent subjective-objective picture of the quality of life in a chronic disease.

Keywords: *professional activity of a doctor, existential-psychological model of healing, cancer patient, quality of life related to health, reflexivity, existential attitude and fulfillment.*