

УДК 159.9:61

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ НОВЫХ МОДЕЛЕЙ ВРАЧЕВАНИЯ

Е.А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова

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

Рассматриваются методологические основания классической медицинской модели врачевания, аргументируется необходимость разработки психологической модели врачевания и экспликации психологического содержания взаимодействия врача и пациента. Опираясь на методологию конструктивизма, субъектно-ориентированный, ситуативный и рефлексивный подходы, расширяющие представления о психологическом факторе в ситуации врачевания, авторы концентрируют внимание на психологических ресурсах, востребованных в связи с качественно усложняющейся идеей врачевания.

Ключевые слова: *медицинская модель врачевания, психологическая модель врачевания, психологическая составляющая, конструктивизм, рефлексивность, ответственность.*

Наука в широком смысле, включающая естественные, социальные и гуманитарные науки, а также философия перманентно ищут внутри «себя» те основания (идеалы, нормы исследования, онтологические конститутивы, вероятельные установки и т. д.), которые инициируются как парадигмальными сдвигами и запросами трансформирующихся практик, так и социальными ожиданиями населения. Изменяющиеся медицинские практики сегодня требуют рефлексии оснований, традиционных и новых моделей врачевания.

Сегодня в отечественных медицинских реалиях доминирует физикалистская модель лечебной деятельности, где по классической «традиции» в медицине задается взаимодействие врача и пациента. Она 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. Ее «естественность», социальная оправданность, долгожительность объясняются тем, что в системе «врач–пациент» врач, будучи ключевой и доминантной фигурой в лечебном процессе, патерналистски воздействует на телесность пациента, изменяя ее. Медицинская модель строится на принципе иерархической организации взаимоотношений в системе «врач–пациент». В ней 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 «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. Не снижается в целом заболеваемость. Только в России, согласно статистическим данным, ежегодно умирает около 2 млн человек. В границах традиционной медицинской модели находит свою узкую интерпретацию сфера «психосоматических феноменов», которая обсуждается без перспектив внятного их объяснения. Эффективность патерналистского подхода в медицинской практике может быть понята как «ответ» на попытки избыточной «демократизации» лечебного процесса и поведения пациента.

Медицинская модель – это классическая модель медицинской деятельности, в рамках которой самоидентичность врачей (в качестве субъектов действия) и пациентов (в качестве объектов врачевания) достаточно полно раскрывается в свете монодисциплинарного медицинского знания [4]. Врач выступает в качестве субъекта, поскольку самоидентифицирует себя в форме «знающего», пациент выступает в роли объекта врачевания. Между субъектами врачебной деятельности выстраивается патерналистский тип взаимоотношений. Патернализм, по сути, несет в себе насильственное ограничение свободы личности, обусловленное «заботой» о её благополучии. Патерналистский тип взаимоотношений не учитывает психологических особенностей субъекта (пациента), его ментальной активности, свободной воли, ценностных приоритетов, веровательных установок, психологических паттернов.

Физикалистская медицина фундирована в классический тип рациональности, где ее идеалом является познаваемость мира, универсализм, объективизм, эмпирический опыт. Через принцип редукционизма анализируются психофизическая, психофизиологическая, психосоматическая проблемы. Показано, что в основе медицинской модели врачевания лежит субъект-объектная парадигма Р. Декарта. Классическое позиционирование субъекта и объекта задает представление о врачебном действии как манипуляции с внешним объектом. В отечественной медицине, как показывают психологические исследования последних лет, значительная часть врачей в профессиональной деятельности ориентирована на классический образ врача, придерживается патерналистского типа взаимоотношений с пациентами, что свидетельствует о «традиционной» профессионализации врача, исключая психологический фактор. Классическая медицинская модель врачевания, будучи эффективной в ситуации острого заболевания, оказывается irrelevantной ситуации хронического заболевания, а также профилактического и реабилитационного периодов, где ответственность за выздоровление в большей степени возлагается на пациента.

Дискурс-анализ медицинской модели врачевания показывает значимость известной в истории медицины дискуссии, которая велась пред-

ставителями «школы объективности» (С.П. Боткин и др.) и «школы этиологии» (Г.А. Захарьин и др.) и которая проблематизирует методологические и теоретические основания медицинской модели врачевания [7]. Речь идет о границах «объективности» медицинского знания, о так называемой в гносеологическом дискурсе «допроблемной» ситуации (незнание о незнании), когда у ученого возникают первые тревоги и интуиции по поводу недостаточности используемого им метода. Для С.П. Боткина такими интуициями стали его идеи о влиянии «окружающей» (физической, социальной) среды на течение болезни, а также его неврогенная теория патогенеза. В «школе этиологии» Г.А. Захарьина явно усматривается индивидуальный (биографический) подход к процессу врачевания (метод анамнеза). Плодотворность дискуссии этих двух школ заключается в эксплицировании в будущих исследованиях фактора индивидуальности и субъектности в лечении. 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.

Абсолютизации этого «объективного» метода не гарантирует от ошибочных заключений и может рассматриваться как «слепое» доверие к методу доказательной медицины. 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 влечет рефлексию расширительного понимания категории «нормы» в медицине. Речь идет 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 усредненный образ больного. Именно поэтому значительная часть трудностей диагностики связана с невозможностью «втиснуть» индивидуальность и разнообразие в определенные рамки и схемы. В результате один и тот же больной будет

«оценен» 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 коренится в политике технократизма, тотальности применения технократического («квазиобъективного») подхода. Он выражается также в эскалации использования инструментально-аппаратных методов диагностики, программных комплексов, внедрения электронно-вычислительной техники, создания 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 обратить внимание на такой характерный для них факт, как сохраняющийся высокий процент медицинских (врачебных) ошибок (что регистрируется, например, как расхождение поставленного диагноза с патологоанатомическим) и их последствий, о чем свидетельствуют статистические данные. Цель деятельности врача, как она понимается в медицинском дискурсе, – возвращение к нормальному (здоровому) состоянию из отклоненного (болезненного) путем 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 [4]. 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. Медицинский дискурс ограничен, как и любое другое конкретно-историческое знание. Речь идет о расширяющейся зависимости человека от медицинских услуг, о его все большей вовлеченности 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, агрессивно рекламируемых фармацевтическими корпорациями и часто неоправданно назначаемых самими врачами, приводит к новым заболеваниям как результат разрушительных последствий применения лекарств, и далее, по замкнутому кругу.

О проблематизации физикалистского дискурса в медицине и необходимости разработки психологической модели врачевания «кричит» современное научное звучание «психосоматической проблемы» и решение ее новыми способами. Неоспоримый факт роста психосоматических заболеваний демонстрирует имманентную значимость психологической составляющей таких заболеваний, актуализирует влияние психологического фактора на течение заболевания, требует его интерпретации в социально-психологическом дискурсе врачевания. Истолкование (экзегезис) психосоматической проблемы подтверждает тот факт, что каждому заболеванию предшествуют определенные психологические проблемы. В свое время Л.С. Выготский неоднократно заявлял о своем антифизиологизме, о том, что телесные процессы человека нуждаются в новом понимании. Известно его высказывание о том, что «нужна не физиологическая психология, а психологическая физиология». Теоретическим доводом служит восходящий к исследованиям функциональной специализации полушарий головного мозга (Р.У. Сперри, Д. Хьюбел, Т. Визел, Д.И. Дубровский, А.М. Иваницкий и др.) функционально-информационный подход, преодолевающий дуализм материального и идеального. В контексте вышеназванных аргументов психосоматика в широком смысле предстает как концепт гилеморфического единства (материя–тело, форма–душа), единство действий человека, синхронность психологического и телесного. В узком (медицинском) смысле психосоматика означает функционально-органическое искажение, вызванное исключительно психической причиной. Из такого концептуального дефинирования психосоматики высвечивается роль психологического знания и его содействие процессу излечения и раскрытию потенциала к здоровью человека. Большинство пациентов, имея психосоматический статус (по данным ВОЗ, до 42 % пациентов относятся к группе «психосоматиков»), идентифицируют себя только как соматические больные, не рефлексируя и даже отрицая связь соматического и психологического факторов болезни. В силу этого психосоматический больной не является партнерским и комплаентным.

В настоящее время можно справедливо говорить о достаточно высоком уровне развития медицины, взятом в её управленческом инструментальном аспекте, о достигнутых значимых результатах в организации здравоохранения, что подтверждается данными об организационных эффектах, широтой распространения медицинских технологий, имеющих свой технократический эффект. Однако налицо амбивалентность складывающейся ситуации. Речь идет о том, что хорошая органи-

зация здравоохранения снижает требования к профессионализму врача. Технократическая медицина, повышение качества медицинской диагностики не требуют искусства врачевания, на чем была построена вся традиционная медицина. Особо «трагичным» оказывается то обстоятельство, что внедрение новых технологий позволяет «покрывать» недостатки индивидуальной профессиональной подготовки врача. Таким образом, в достижении высоких целей профилактической медицины важная роль должна отводиться психологическим эффектам, психологии здоровья, раскрываемых через психологическую модель взаимодействия врача и пациента, идею холистического здоровья, гуманитарные технологии. Здоровье человека невозможно поддерживать только средствами физикалистской медицины. Факторы образа жизни и стиля поведения должны быть интегрированы в процесс исцеления. Все более значимым становится учет широкого спектра возможностей самореализации человека (в том числе таких, как ответственность, рефлексивность, мотивация, волевая активность) в ситуации заболевания [3].

Понятие «здоровый человек» постоянно трансформируется, наполняясь новым содержанием, что отражает его развитие и многомерность. Целостная картина здоровья требует все более расширительной трактовки. Столь мощный фактор, как психологический (тем более экзистенциальный), пока не является органичной частью понятия «здоровый человек». Это во многом обусловлено ориентированностью медицинской практики, которая все чаще сталкивается с необходимостью выхода за пределы чистого натурализма в трактовке болезни, на естественно-научную трактовку здоровья и физикалистскую модель врачевания. Дискурс-анализ классической медицинской модели врачевания, пропагандируемой отечественным здравоохранением и широко внедренной в российских реалиях, показывает ее методологические границы: физикалистская направленность и монодисциплинарность знания, абсолютизация технократических подходов, инструментальная направленность профессиональной подготовки врача, редукция психологического содержания из процесса лечения, патерналистский (субъект-объектный) тип коммуникаций.

Диссонанс между наличными медицинскими практиками и расширяющимся понятием «здоровый человек», включающим психическое, психологическое, социальное соматическое здоровье и т. д., становится все более заметным. Уменьшить вышеназванные ограничения и деструктивные последствия, имплицитные медицинской модели лечебной деятельности, возможно, если следовать принципу дополнительности Н. Бора, комплементарности медицинской и психологической моделей взаимодействия в системе «врач–пациент», идеологеме психологии и философии здоровья. Психологическая и социальная составляющие всегда были в деятельности врача. Однако сегодня имеет место прогрессирующая редукция в первую очередь психологической составляющей, и это несмотря на то, что психологический фактор имеет особое звучание, социальную желательность и

ожидаемость, поскольку общество находится на пути к «человеку психологическому». Вместо личности пациента врач зачастую видит перед собой объект профессионального манипулирования, а процесс лечения алгоритмизируется и бюрократизируется. Остановить эту тенденцию, дегуманизацию лечения отчасти призвана психологически ориентированная и социально ожидаемая модель врачебной деятельности.

Необходимость разработки модели врачевания, основанием которой является психологическое рефлексивное взаимодействие в системе «врач–пациент», вызвана не только проводимой технократической политикой в современной медицине, но также «линейностью вектора» в профессиональной подготовке врача, где недооценивается социокультурная обусловленность медицинской профессиональной деятельности, роль рефлексивных, субъектных и личностных факторов в профессиональном становлении медика, в опыте «врач–пациент» элиминируется их психологическое взаимодействие и его возможный синергетический эффект. В настоящее время все чаще в своей профессиональной деятельности врачи сталкиваются с разнообразными задачами в условиях неопределенности (переход от ситуации «оказания помощи» к ситуации «предоставления услуг», к рефлексии того, что современная медицина – это прибыльный бизнес; возникновение конфликтов с пациентами и их родственниками; разрешение биоэтических дилемм и т. д.). Необходимость действовать в таких непредсказуемых ситуациях и принимать оперативные решения требует наличия у медиков высокого уровня компетентности, профессиональной адаптивности и мобильности, установления партнерских отношений в совместной деятельности врача и пациента.

Под психологической моделью врачевания нами понимается межличностный конструкт рефлексивного типа, позволяющий преодолеть существующую разобщенность медицинской и психологической парадигм в медицинской практике. Эта модель дополняет традиционную медицинскую модель врачевания включением более широкого контекста психологических (и экзистенциальных) факторов в процесс лечения, расширяет через совместную деятельность «врача–пациента» возможности самореализации пациента в ситуации излечения. Психологическая модель врачевания укоренена в идеалы неклассической рациональности, релятивизм в познании, методологию конструктивизма, междисциплинарный тип знания, парадигму «холистического здоровья», субъект-субъектный, ситуационный, рефлексивный подход в профессиональной деятельности и партнерских коммуникациях. В психологической модели мажорной становится идея психологической «глубины» взаимодействия «врача–пациента». Как показали результаты проведенных нами исследований, сегодня императивные представления о фигуре врача включают определенную констелляцию личностных качеств (автономия, рефлексивность, ответственность, доверие), субъектных характеристик и индивидуальных свойств (толерантность к неопределенности, смысложизнен-

ные ориентации, ценностные установки, рациональность и склонность к риску, коммуникативные и организаторские склонности), которые более эффективно формируют профессиональную идентичность и интенсифицируют профессиональный рост врача [1; 7].

Основная цель построения психологической модели врачевания состоит в рефлексии императива «заботы о себе», стимулировании и пропаганде культуры здоровья, обосновании идеи конструирования «здоровья» через совместную (традиционную иерархическую и сетевую) организацию общения «врач–пациент», расширяющей возможности самореализации человека в ситуации излечения. Речь идет об определении места и роли рефлексии и личностных особенностей субъектов врачевания в лечебном процессе и включает описание и объяснение субъект-субъектного и рефлексивного характера их взаимодействия. Врача и пациента необходимо рассматривать как рефлексирующих партнеров в лечебной деятельности: врач, понимая личностные особенности пациента и его психологическое состояние, должен использовать эти знания для оптимизации лечебного процесса; пациент, реалистично (адекватно) воспринимая ситуативные показатели здоровья, способен найти взаимопонимание с врачом и конструктивно взаимодействовать с ним в процессе проведения медицинских мероприятий.

Согласно результатам исследований, включение индивидуально-психологических особенностей пациента в процессы диагностики и в трактовку результатов лечебных воздействий расширяет диагностические возможности. Уровень рефлексивности взаимосвязан с ответственностью, повышает уровень мотивации к здоровому образу жизни и генерирует высокие показатели качества жизни. Рефлексивность влияет на психоэмоциональный статус, когнитивные дескрипторы, смысложизненные и ценностные ориентиры пациента, а также на медицинские показатели и перспективы лечения. Основаниям сборки взаимодействующих субъектов релевантны уровни субъект-субъектных отношений и рефлексивных позиций врача и пациента: перцептивный, когнитивный, психоэмоциональный, личностный и социальный (поведенческий) [5].

В наших исследованиях выявлен психологический потенциал пациента как рефлексивного субъекта, синергетически влияющий на динамику процесса излечения и практику управления болезнью. Исследованы его психологические особенности и предикторы (психоэмоциональный статус (тревожность, депрессия, психологическая устойчивость, чувство вины), когнитивные дескрипторы (рациональность, склонность к риску), ценностные установки и смысложизненные ориентиры), которые значительно влияют на медицинские показатели процесса лечения и профилактики заболеваний. Поведенческая фигура пациента дифференцируется как рефлексивная, осуществляющая самоконтроль, саморегуляцию, волевою интенцию в профилактический и реабилитационный периоды. Применяемые рефлексивные технологии в по-

вышении мотивации здорового образа жизни пациентов в период профилактики и реабилитации могут быть реализованы в структуре поэтапного расширения осознаваемых компонентов своего статуса, ответственности за свое здоровье, поведенческих стратегий и выстраивания субъект-субъектных отношений между врачом и больным. Рефлексивные технологии используются в реабилитационном и профилактическом периоде и предполагают научение пациента 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 [6].

Как нам видится, психологическая модель врачевания позволяет учесть индивидуально-психологические особенности врача и пациента, раскрывает закономерности, типы и стратегии взаимодействия, а также конвергенцию в процесс излечения психологических ресурсов и инициацию субъектов врачевания, в которой осью выступает их рефлексивное взаимодействие. Включение в процесс профессионализации релевантных медицинской профессии индивидуальных свойств и особенностей врача (рефлексивность, ответственность, толерантность к неопределенности, смысложизненные ориентации и ценностные установки, рациональность, коммуникативные и организаторские склонности) интенсифицирует его профессиональный рост, врач выступает представителем медицинской элиты [2].

В итоге в психологической модели врачевания создается целостная «картина здоровья», которая дает «семантическую» интерпретацию фактов как в медицине, так и в психологии. Рефлексивные коммуникации в системе «врач–пациент», конструирование отношений доверия, диалога субъектов лечебной деятельности – результирующие условия холизма. Психологическая модель врачевания более полно отображает соответствие усложняющихся требований к профессии врача и личных и профессионально важных качеств. Она демонстрирует, что в системах диагностики и трактовки медицинских исследований, в диагностическом суждении преломляется субъективный, профессиональный опыт врача, изменяется круг рассматриваемых признаков и стратегий лечения и диагностики, а также диапазон возможных интерпретаций результатов, если в рассмотрение «пути к здоровью» пациента включены его психологическое содержание, рефлексивная и субъектная позиции.

Список литературы

1. Евстифеева Е.А., Филиппченкова С.И., Подолько Е.О., Майкова Э.Ю. Личностный потенциал: постмодернистская модель образования // *Философия образования*. Новосибирск, 2012. № 6 (45). С. 173–177.
2. Евстифеева Е.А., Подолько Е.О. Императивы и реальность элитарности // *Вестник Тверского гос. университета. Сер. «Философия»*. 2012. № 1–2. С. 22–29.
3. Евстифеева Е.А., Тягунов А.А., Филиппченкова С.И. Психологические экспликации рефлексивности в практике профессионального образования // *Новое в психолого-педагогических исследованиях*. М.: МПСИ, 2012. № 2 (26). С. 32–38.
4. Тищенко П.Д. Биоэтика, биополитика и идентичность (анализ современных медицинских структур «заботы о себе») // *Этика науки / Рос. акад. наук, Ин-т философии; отв. ред. В.Н. Игнатъев*. М.: ИФРАН, 2007. С. 117–135.
5. Филиппченкова С.И. *Методологические основания исследования практик врачевания: монография*. Тверь: ТвГТУ, 2012. 168 с.
6. Филиппченкова С.И. *Построение модели врачевания: психологические исследования поведенческих факторов: монография*. Тверь: «СФК-офис», 2011. 336 с.
7. Филиппченкова С.И. *Психологическая составляющая взаимодействия врача и пациента: автореф. дис. ... д-ра психол. наук*. М., 2013. 56 с.

METHODOLOGICAL BASES OF NEW MODELS OF DOCTORING

E.A. Evstifeeva, S.I. Filippchenkova

In article the methodological bases of classical medical model of doctoring are considered, need of development of psychological model of doctoring and an explication of the psychological content of interaction of the doctor and the patient is reasoned. Relying on methodology of constructivism, the subject focused, situational and reflexive approaches expanding ideas of a psychological factor in a situation of doctoring, the attention concentrates round the psychological resources demanded in connection with qualitatively becoming complicated idea of doctoring.

Keywords: *medical model of doctoring, psychological model of doctoring, psychological component, constructivism, reflexivity, responsibility.*

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, профессор кафедры психологии и философии ФГБОУ ВПО «Тверской государственный технический университет», Тверь. E-mail: pif1997@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: pif1997@mail.ru