

быстрого включения школьников в систему институтского обучения, используются приближенные к вузовским формы обучения и контроля, что позволяет выпускникам факультета легко и быстро адаптироваться к системе обучения в медицинской академии.

Таким образом, обучение на факультете довузовской подготовки в значительной мере снимает барьер, существующий между системами обучения в средней и высшей школах. Период адаптации, который проходят студенты на первом курсе, целиком реализуется в процессе

обучения на факультете, что сказывается на результатах обучения в академии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антропов Ю.А. О профориентации при выборе специальности / Психологические основы профессионального отбора. Киев. 1973, С. 5-6.

2. Докторов С.В. Как поступить в медицинский вуз / Серия: Абитуриент. 1996, 144 с.

3. Пускин В.Г., Лапин Т.И. Исследование факторов, побудивших абитуриентов выбрать медицинский вуз // Казанский медицинский журнал. 1977. № 2. С. 74-76.

ДИСКУССИИ

УДК 613.2/.9]-07

Г.В. Павлов

МИФОЛОГЕМЫ В МЕДИЦИНЕ. О СООТНОШЕНИИ ТРАДИЦИОННОГО И НЕТРАДИЦИОННОГО

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета

В последнее время в медицинской литературе и средствах массовой информации вопросам так называемых традиционных и нетрадиционных методов диагностики и лечения заболеваний уделяется существенное внимание. Самый общий анализ данной проблемы позволяет сформулировать множество вопросов, среди которых мы выделяем следующие:

1. Какова сущность понятия «нетрадиционные» методы;
2. Почему столь большое распространение они получили в настоящее время;
3. Где та лазейка в сознании (индивидуальном и коллективном) куда проникает сама мысль о возможности использования «нетрадиционных» методов;
4. Что такое медицинские добродетели;
5. Что такое нормы медицины и как они меняются в историческом аспекте.

Попытке ответить на указанные вопросы и посвящена данная работа. В своей Проповеди пастора против ростовщичества (Виттенберг, 1540) Мартин-Лютер говорил:

*Что поможет нам теперь добиться
Чтобы позор превратился в честь,
А порок - в добродетель?*

Что происходит с медицинскими добродетелями, когда в практике медицины сталкиваются различные стили и нормы или когда несоответствие между моральными традициями и моральной практикой в медицине становится велико. Например, не решены проблемы, в которые включена медицина: аборт, эвтаназия,

смерть мозга и др. Существуют и другие примеры, иллюстрирующие смену понятий в системе добродетель - порок. Так, на смену кровопусканию пришла гемодиллюция и трансфузия; хиромантия сменилась дактилоскопией и дерматоглификой; смена добрачного отношения к девственности привела к разработке методов диагностики отцовства, в т.ч. молекулярно-генетических.

Создание и преобразование норм практики начинается с критической оценки унаследованных норм и с осознания их пределов. Последние достижения медицинского знания и методов, быстро растущая социализация медицинской практики и ее тесная связь с социальным и политическим благополучием создает возможность и необходимость для более широкого и глубокого, конструктивного подхода к добродетелям медицины и медицинским добродетелям. Вместе с тем и пороки медицины сейчас также находятся на уровне, ранее не вообразимом с точки зрения того вреда, который может принести действие или бездействие медицины.

Современная медицина подвергается моральной критике сквозь априорное понимание добродетелей, исходящее из иного социального мира, который больше не существует. Несвязные фрагменты более ранней моральной системы, которые больше ничего не стоят, фактически не имеют никакого отношения к современной практике. Подобным же образом, если трезво взглянуть на провозглашаемые и воображаемые добродетели медицины, то в конце концов можно заметить, что способ ухаживания за больным и добродетели сильного характера врача и его совести будут недостаточной компенсацией таких пороков, как техническая некомпетентность, научное невежество и клиническое надувательство. Стремительное внедрение в практику новейших технологий диагностики и лечения все больше увеличивает прослойку технологически некомпетентных практиков. Множество неопитов не только не проводят проверку своих методов с помощью плацебо, но укло-

няются от таковой. При этом следует иметь в виду, что на прием placebo положительно реагируют до 40% больных, особенно с психосоматическими расстройствами. Не в этом ли кроется некий успех в деятельности некоторых «целителей»?

Таким образом, на общий ход болезни эти методы никакого влияния не оказывают. Об этом также свидетельствует и то, что в ветеринарии таких «целителей» нет, т.к. внушить или уговорить животное невозможно - у него нет II сигнальной системы.

Случилось так, что наша практика обогнала наши более старые нормы. Отталкиваясь от этой аксиомы легко прийти к выводу о том, что «нетрадиционная» медицина сама по себе традиция и добродетель прошедших времен. И если есть смысл возвращаться к ней, то только в историческом аспекте.

Практику медицины можно понимать как институт - социально организованную деятельность, имеющую социально признанные нормы или правила, процедурные модели или правила искусства, которые проявляются в ее практике и которые, как считается, будут изучены и поняты теми, кто занимается этой практикой. Врач согласно этой вполне классической модели выступает именно как врач вследствие того, что он действует на основе знания и уважения норм и правил этой практики и в соответствии с ними. Иными словами, после того как цех, профессиональное сообщество или общество в целом удостоверяет некоторым принятым институциональным путем его профессиональную компетентность, он действует так, чтобы реализовать благо, определяющее эту практику. Добродетель деятелей медицины состоит в их твердой привычке или склонности делать то, что они обязаны делать.

И вот многие врачи, или люди, получившие сумму современных знаний делают несколько шагов назад и начинают применять не только некорректную терминологию, но и не менее некорректные методы лечения. К примеру, рассуждающие о «биоэнергии» избегают указания на конкретные лица или факты (или они недобросовестны). Отсутствуют даже описательные определения. Имеется несколько существенных моментов, затрудняющих использование экстрасенсов. К числу последних относятся следующие: сами экстрасенсы не могут однозначно гарантировать безусловную правильность своих действий и, что более важно, не могут объяснить причины собственных ошибок; неизвестны механизмы, природа экстрасенсорных феноменов; отсутствует единая методология, каноническая схема экстрасенсорных феноменов, каждый конкретный экстрасенс использует свои собственные методы и объективизация последних затруднена.

А какое стоит такое клиническое надувательство, как урилотерапия? Ведь еще из курса нормальной физиологии известно, что моча это

рекрет организма, а приготовить официальный раствор с соответствующими физико-химическими характеристиками для наружного или внутреннего применения на составляет труда.

Не меньшее зло творят и те, кто распространяют мифы об эффективности таких, с позволения сказать, методов.

Отмечено, что сознание русского человека мифологично. Мы очень подвержены мифологемам. Обыденно-мифологическое сознание плохо приемлет мысль об объективном, т.е. почти не зависящем от персонифицированной воли, характера какого-либо явления. В «розových воспоминаниях» о медицинских добродетелях она заключалась в том, чтобы быть наготове. Ее образцом был заботливый, мудрый и терпеливый врач - друг пациента, который мчался верхом в ночную бурю не ради гонорара, а побуждаемый священным долгом и ответственностью. Кстати, современные «целители» тоже уже не отвечают этим требованиям.

Теперь это стало культурным мифом. Однако культурные мифы и выражают, и помогают сформировать самосознание эпохи, хотя бы только в качестве идеализированной (или даже идеологической) конструкции. Более старое ностальгическое видение медицины, возможно никогда в прошлом не соответствовало действительной медицинской практике. Этот образ может иметь весьма мало общего с реальной медицинской практикой. Однако само это искажение и самообман могут быть частью медицинской практики, частью того, что в действительности конструируют эту практику.

Медицинская практика от своих старых цеховых форм и сопутствующей им экономики мелкого частного бизнеса переходит к тому, что можно назвать индустриализированной формой централизованного способа «массового производства», осуществляемого на (если прибегнуть к аналогии) «медицинских заводах». Рационализация производства и распределения медицинских услуг приходит в конфликт с существенно индивидуализированной природой самой медицины. Если в своих экономических аспектах или в том, что связано с общественным здравоохранением, медицина легко доступна «массовым методам», то для исцеляющей медицины это не так. Индивидуальный пациент требует индивидуального лечения, независимо от того, в какой мере диагностические и терапевтические функции могут быть рационализированы по схеме массового производства. Поэтому клиническая медицина, как и ряд других профессий, имеет границы для деиндивидуализации или индустриализации процедур. Вот на эту границу покушаются и через нее проникают всевозможные клинические невежды.

В качестве социальной практики медицина исторически профессионализировалась различными путями в результате разделения труда в обществе в целом и исходя из потребно-

стей специального образования и подготовки, которые стали необходимыми по мере роста медицинского знания. Эта профессионализация, возникающая в историческом контексте развития народной медицины различных племен, ведет к возникновению особых каст, цехов или тайных обществ целителей и акцентирует саморегуляцию или автономию своей профессии в отношении удостоверения компетентности и контроля за теми, кто должен заниматься практикой. Поэтому ценности профессии как таковой должны быть добавлены к ценностям, которые медицина представляет для общества в целом, т.е. к ценностям здоровья и лечения.

В условиях демократического общества определять, какие потребности должна удовлетворять медицина, должны люди, которые обладают этими потребностями, т.е. народ в целом через свои формы представительства и участия в принятии решений. Но для этого необходимо, чтобы и восприятие этих потребностей опиралось на достоверную медицинскую информацию. Следовательно, в определенном смысле медицинская профессия несет ответственность за информирование общественности о том, каково состояние здравоохранения и каким оно должно быть или за такой уровень медицинской грамотности общества, который позволил бы ему самому выносить об этом квалифицированные суждения.

Можно утверждать, что истинная цель медицина реализуется на путях диалектического взаимодействия между теми, кто практикует медицину, и теми, на ком она практикуется, включая не только актуальных, но и потенциальных потребителей медицинских услуг.

Таким образом, мы пришли к выводу о том, что причины широкого распространения в современном обществе так называемых «нетрадиционных методов» медицины многочисленны и разнообразны. В их ряду можно назвать социально-политическую нестабильность, обыденность и мифологичность сознания, технологичность здравоохранения и смена добродетелей медицины, недостаточную информированность населения

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вартофский М. Модели. Репрезентация и научное понимание. М.: Прогресс, 1988. 507 С.
2. Саркисов Д. //Врач 1990. №7. С.58-60

УДК 616.89 - 036.868

А. А. Першинов

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

УГМА, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом формируется новое научное направление - "психология здоровья". Эта отрасль медицинской психологии еще только становится на ноги, поэтому специалистам предстоит еще определять дефиниции, предмет, цели, задачи, классификацию методов и т.д. Уже сейчас ясно, что "психология здоровья" - значительно более масштабное понятие, чем, скажем, "психогигиена" или "психопрофилактика", задача которых - предупреждать возникновение психических расстройств. Психология здоровья имеет более широкое поле теоретических и практических задач и включает в себя не только предупреждение развития психической, соматической патологии. Главной целью ее является всестороннее совершенствование человека. В прошлом этими вопросами занималась религия и в любом ее ответвлении можно обнаружить достаточно проработанную систему психического, духовного роста. Сегодня наука и религия начинают успешно интегрироваться именно в области самосовершенствования человека. Об этом свидетельствует разрастающееся движение Нью - эйдж. Это область, где синтезируются и сами религии, будь то восточные или западные конфессии.

Таким образом, психология здоровья - это отрасль психологии и в той же степени валеологии (науки о здоровье). Объектом ее является, с известной долей условности, "здоровая", а не "больная" личность. "Немного переупрощая, можно сказать, что З. Фрейд представляет нам большую часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью" [8].

Цель психологии здоровья - это сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья. В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки для выполнения человеком намеченных жизненных задач и целей, что является основой понимания, поиска и реализации смысла жизни. Психология здоровья способствует раскрытию в человеке его духовного, творческого потенциала косвенным образом и формирует сами жизненные цели и задачи. Таким образом, жизнеспособность психологии здоровья определяется не столько анализом глубин человеческого поведения, сколько изучением высот, которых каждый индивидуум способен достичь.

Рассмотрим основные направления в психотерапии через призму оценки здоровья