

ПРОБЛЕМЫ БИОЭТИКИ

DOI: 10.17805/zpu.2016.4.6

Взаимодействие врача и пациента в системе персонализированной медицины: этико-психологический аспект

Ф. Г. МАЙЛЕНОВА

(Институт философии Российской академии наук)

Сложно переоценить этико-психологический аспект персонализированной медицины, так как именно это направление медицины предполагает наиболее близкое и личностное общение с пациентом. Известно, что многие симптомы, от которых люди страдают и обращаются к врачам различных специальностей, включая хирургов, являются психосоматическими. Порой, чтобы помочь избавиться от симптомов, недостаточно прописать больному медикаменты и лечебные процедуры, нужно еще выяснить обстоятельства жизни пациента и обратить его внимание на взаимосвязи между его здоровьем и его убеждениями, образом жизни.

Во многих случаях именно убеждения оказываются как глубинной причиной множества проблем, так и фактором, препятствующим попыткам изменить симптом. Существуют определенные убеждения личности, по самой своей природе тормозящие возможности организма, который стремится к саморегуляции и гармонизации, в нейролингвистическом программировании для их обозначения принят термин «ограничивающие убеждения». Для работы с такими убеждениями используются специальные техники, разработанные в практической психологии.

Для перехода к системе персонализированной медицины необходимо не только наличие материальных возможностей в совокупности с правильно обученным персоналом, но и изменение сознания самого клиента.

Ключевые слова: ограничивающие убеждения; НЛП; персонализированная медицина; психосоматика; этика

ВВЕДЕНИЕ

Сложно переоценить этико-психологический аспект персонализированной медицины, так как именно это направление медицины предполагает наиболее близкое и личностное общение с пациентом. Успешное лечение человека, личности, а не просто очередного больного, через индивидуальный подход, который интуитивно от персонализированной медицины и ожидается, возможно осуществить лишь в том случае, когда будут учитываться различные психологические «подводные камни» обоих подходов — как стандартизированного, так и персонализированного.

Стандартизированный подход к лечению болезни (исследование симптомов, общие исследования, а также сравнительно малое время, отводимое на собственно

опрос и общение с клиентом) нередко воспринимается пациентами как формальный и холодный. Нередко они чувствуют себя винтиками в огромном конвейере, и место их личности в работе с их здоровьем — не центральное, как любому живому человеку хотелось бы. Более того — оно даже и не второе, на что мы все зачастую готовы согласиться — не зря по-настоящему хорошим докторам прощается их подчеркнутым патернализм и даже некоторая грубоватость в общении, лишь бы они были грамотны, внимательны к нашим недугам и умели лечить. Увы — личность зачастую пропадает из поля внимания докторов вовсе, как единица лишняя и потому не учитываемая. Человек воспринимается в лучшем случае как тело, и хорошо еще, если врач исследует это тело целиком — часто в фокусе внимания лишь симптом, с которым и ведется борьба, не особенно учитывая связи симптома с прочими элементами тела, не говоря уже об эмоциональной и психологической составляющей. Между тем известно, что многие симптомы, от которых люди страдают и обращаются к врачам различных специальностей, включая хирургов, являются психосоматическими, и порой, чтобы помочь избавиться от симптомов, недостаточно прописать ему медикаменты и лечебные процедуры, нужно еще выяснить обстоятельства жизни пациента и обратить его внимание на взаимосвязь между его здоровьем и его убеждениями, образом жизни...

БОЛЕЗНЬ КАК БОЖЬЯ КАРА

Не менее важно уметь учитывать еще и религиозную составляющую мировоззрения. Вот пример ситуации: в больницу поступает женщина в тяжелом состоянии (по гинекологическим показаниям) и не находит контакта с врачом, так как она считает, что ее болезнь — Божья кара за грехи молодости, поэтому она отказывается ходить на химиотерапию, принимать лекарства... Пока что-то не изменится в ее мировоззрении, ее невозможно лечить. И как быть в таких ситуациях врачу? Он не священник, не психолог, не психиатр, он — хирург, онколог или другой специалист узкого профиля...

Между тем подобное негативное отношение к некоторым болезням, когда заболевшего все явно или неявно осуждают (к ним относятся, в частности, все венерические болезни, ВИЧ, некоторые виды гепатитов, цирроз печени, ожирение), достаточно широко распространено в обыденном сознании, и поэтому сам заболевший тоже чувствует себя виноватым. Неудивительно, что в сочетании с религиозной верой такой подход может принимать весьма радикальные формы, вплоть до полного отказа от лечения и желания ускорить конец, а саморазрушительное поведение объясняется (и подпитывается) необходимостью принять кару за несправедное поведение и грехи, «отработать карму»...

Общий язык в подобных случаях можно найти, либо апеллируя к той же системе ценностей и перейдя на тот же язык, либо с помощью привлечения священника и членов религиозной общины — чтобы те, кто является для такого пациента авторитетом в вопросах морали и духовности, помогли увидеть, что умирание от болезни, которую можно вылечить, — не самое богоугодное дело...

Однако попытки переубедить человека самостоятельно могут столкнуться с «глухой стеной». Врач при отсутствии необходимых практических знаний для решения такой проблемы будет поступать сообразно собственному житейскому опыту, а если он молод, неопытен, то остается уповать лишь на интуицию и везение.

У каждого из нас наверняка есть знакомые, которые считают, что любые лекарства, таблетки, и в том числе прививки, — зло, а чтение газеты «ЗОЖ» («Здоровый образ жизни») способно заменить курс физиотерапии. Удивительные и порой просто

поразительные «народные» рецепты исцеления от всех болезней можно найти сегодня и в Интернете, многие люди сами ставят себе диагнозы и сами прописывают лечение себе и близким...

Все эти особенности российского отношения к здоровью и лечению должны быть учтены в медицинском образовании, в частности в виде различных кейсов по биоэтике, которые давали бы будущим медикам алгоритм поведения в различных нестандартных ситуациях. Иначе через несколько лет многие пациенты и врачи окажутся в сложной ситуации, когда лечение может быть затруднено не столько по медицинским причинам, сколько из-за психологического, ценностного, идеологического или религиозного дискомфорта пациентов.

Между тем давно существуют разработанные психотехнологии, позволяющие преодолеть подобные барьеры, и одна из них — работа с убеждениями.

РАБОТА С УБЕЖДЕНИЯМИ, ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИЗМЕНЕНИЯ

Многие проблемы, как психологического, вроде страхов, навязчивых состояний, фобий, вредных привычек, так и соматического характера (аллергий, депрессий, нейродермитов и пр.), базируются на определенных ценностях и убеждениях, зачастую неосознаваемых (хотя при правильно поставленных вопросах их можно выявить). Во многих случаях именно убеждения оказываются как глубинной причиной множества проблем со здоровьем, так и фактором, препятствующим попыткам изменить симптом. Организм человека в целом стремится к саморегуляции и гармонизации и даже способен к самоисцелению, однако существуют определенные убеждения личности, тормозящие возможности организма. В модели нейро-лингвистического программирования для их обозначения принят термин «ограничивающие убеждения» (Дилтс, 1997).

Большая часть убеждений является неосознанной — они активизируются в определенных ситуациях в виде смутного чувства, внутреннего запрета, чувства невозможности, тупика или, наоборот, некой неодолимой силы, подталкивающей к определенным поступкам. В случаях с убеждениями ограничивающими может ощущаться также внезапное чувство бессилия или резкое пропадание интереса к какому-то делу — все это тоже признаки того, что некая сила внутри, мешающая, а порой прямо-таки парализующая, пришла в противоречие с целями и сознательно принятыми решениями личности. Очень важно научиться улавливать эти состояния и определять, в какие моменты они проявляют себя и на каких убеждениях базируются. Для работы с убеждениями важно иметь специальные психологические знания, хотя нередко опытные врачи также распознают связь между телесными недугами и глубинными противоречиями.

Часто люди начинают болеть в том возрасте, в каком заболел кто-то из их ближайших старших родственников (чаще всего это родитель своего пола), а уж когда он достигает возраста смерти близкого человека, недуги, порой совершенно необъяснимые, с трудом поддающиеся диагностике, появляются как бы из ниоткуда. Очень полезно бывает в таких случаях расспросить историю болезней семьи, причем порой роковое влияние может оказывать не только история жизни (и болезней) матери или отца, в некоторых случаях это могут быть истории жизни дяди, бабушки или еще кого-либо, с кем человек себя наиболее глубоко ассоциирует, считает (зачастую небезосновательно), что именно с этим человеком у него похожий характер и должна быть похожая судьба...

Нередко можно столкнуться с убеждениями, почерпнутыми из различных эзотерических учений, часто можно услышать рассказы про сглаз, порчу, родовое проклятие и прочие удивительные причины, которые при всей своей кажущейся абсурдности тем не менее приводят к болезням, а порой и к смерти — такова сила самовнушения и самопрограммирования! Однако именно тут и кроется огромный ресурс: точно так же, как человек может силой своего убеждения довести себя до болезни, он может не просто исцелиться, а стать совершенно другим человеком, с другим взглядом на жизнь и на самого себя — поменяв одно убеждение на другое!

Однако распознать, какое же убеждение полезно, а какое вредно, не так просто.

Например, такие убеждения, как «хорошие, милые девушки никогда не повышают голос» или «я — человек неконфликтный», «интеллигентные люди не перебивают своего собеседника» и т. п., в целом вполне разумные, и множество родителей современных подростков хотели бы, чтобы их дети руководствовались такими убеждениями... Однако у взрослого человека, будучи доведены до абсолюта, подобные убеждения могут стать непреодолимым препятствием, когда человек решит что-то изменить в себе. Огромное количество робких, неуверенных в себе людей, став взрослыми, хотят измениться, пытаются заставить себя стать более решительными, напрягая силу воли, но их усилия разбиваются о невидимую внутреннюю преграду... Например, человек приходит к психологу с запросом стать более уверенным и решительным, но что-то внутри него как будто не позволяет меняться — ощущение необъяснимого препятствия, порой даже тупика — это как раз признак такого убеждения (Майленова, 2008). При дальнейшей работе нередко выясняется, что этот человек не может возражать другим людям, даже когда это идет вразрез с его интересами, потому что любое возражение воспринимается им как начало конфликта, а конфликт, по его глубокому убеждению, — это недопустимо. Если в глубине личности лежит подобное убеждение о недопустимости конфликта как части жизни и коммуникации с другими людьми, такой человек никогда не будет достаточно решительным, так как первая его реакция при малейшем недоразумении — уступить, любой ценой избежать прямого столкновения интересов. Причем даже просто обсуждение не совпадающих точек зрения ему кажется уже чреватым конфликтом, и поэтому он будет уступать еще загодя, лишь предположив, что это кому-то нужно, так что окружающие даже могут и не догадываться о его жертвах...

Приятные, милые, вежливые люди часто являются таковыми помимо собственной воли — они не могут никому отказать в просьбе, вынуждены по многу часов, не перебивая, слушать утомительные истории, молча проглатывают обиды и даже оскорбления, часто не в состоянии постоять за себя. Что же касается их собственных эгоистических интересов, зачастую они не позволяют себе не то что заявить о них, но даже и подумать о том, что у них могут быть собственные интересы, порой (о ужас!) идущие вразрез с интересами других людей. Такой «альтруист поневоле» добр и покладист, но не потому, что он так любит всех окружающих — он робок и нерешителен, потому что не может позволить себе стать более эгоистичным, а добрые поступки, совершаемые им постоянно, ему уже самому в тягость. Так что иногда вежливый, предупредительный человек оказывается утомленным и страдающим от того, что он считает себя обязанным быть со всеми хорошим всегда и везде.

Осознать, что дело именно в убеждениях, — лишь первый шаг. Важно еще выяснить, когда оно возникло, при каких жизненных обстоятельствах, так как даже самое причудливое и странное убеждение когда-то было наилучшим решением в каких-то

сложных ситуациях (Майленова, 2009). Например, те же вежливые и робкие люди могли стать таковыми, будучи в свое время вынужденными приспособиться к общению с деспотичными родителями или педагогами в школе, — увы, процесс «воспитания» частенько проходит таким образом, что только научившись помалкивать, не возражать и предугадывать желания и настроения взрослого, ребенок может избежать конфликта...

После шокирующего предательства близкого человека может возникнуть убеждение, что нельзя верить никому и всегда всех надо держать на расстоянии, и впоследствии это может породить ряд проблем в личной жизни. Или же человек (более радикальный вариант) настолько идентифицировал себя с семьей, с любимым супругом, что после развала семьи решает, что ему незачем жить — и постепенно в организме запускается программа умирания, он может именно взять и умереть от любви и предательства... Чтобы помочь в таких случаях, работа уже идет на уровне глубинных жизненных установок, мировоззрения, и нужен будет здесь не только психолог, но и философ...

Однако чаще ограничивающие убеждения обнаруживаются постепенно, уже когда человек вроде пошел на поправку, у него стало что-то меняться в его жизни, и вдруг — внезапное ухудшение. В таких случаях это сигнал, указывающий на возможность наличия такого убеждения (Майленова, 2010). Может, где-то очень глубоко сидит убежденность, что только в случае болезни (желательно серьезной) можно получить заботу близких. А пока человек здоров, он считает себя обязанным заботиться о других, но не о себе. В таких случаях у больного есть свои скрытые выгоды, от которых он, может, сам того не ведая, не хочет отказываться.

Надо ли менять убеждение, даже если очевидно, что оно «ограничивающее», — человек решает уже сам. Всегда надо оставлять некое пространство для сомнения и стремиться не совершать выбор за другого человека, даже «ему же во благо», так как все, что происходит внутри него, — только его, и сторонний наблюдатель может не увидеть всего, что там еще есть неизведанного и неисследованного.

Если все же выясняется, что клиент действительно готов и желает меняться, начинается следующий, очень важный этап работы, которую надо проводить очень аккуратно и скрупулезно — замена ограничивающего убеждения на помогающее, на такое, которое позволяет, например, любить и себя, и других, не вступая при этом во внутренний конфликт, или уметь в конфликтных ситуациях отстоять свои интересы, постоять и за себя, не только за других... Формулировка нового убеждения — крайне ответственный шаг, так как оно должно быть, прежде всего, именно помогающим, то есть вдохновляющим, дающим силы и решимость, и в то же время — соответствовать внутреннему миру клиента и не вызывать у него внутреннего отторжения, то есть быть именно «родным», «своим», высказанным на его языке. Получилось ли сформулировать новое убеждение так, как нужно, может знать только сам человек, по своим ощущениям, и тут очень важно, чтобы консультант не навязывал свои, кажущиеся ему более подходящими, слова и понятия — нужно дать «вырасти» тем словам, которые полностью подходят именно тому, кому предстоит жить с этим убеждением!

Работа с убеждениями может быть успешной лишь в том случае, если учтены все индивидуальные особенности и возможные последствия. Последнее замечание особенно важно в связи с тем, что в процессе изменения убеждений можно ненароком задеть и другие аспекты личности, нарушив тем самым существующий баланс. Например, научившись действовать решительно, говорить громким уверенным голосом, от-

ставять свое мнение, навязывать свою волю и, благодаря всему этому совершив прорыв в карьере, человек может «разучиться» слушать других, потеряв такие присущие ему ранее черты личности, как деликатность, способность к сопереживанию, и это может оттолкнуть от него близких, и тогда успех в карьере будет оплачен потерями в личной жизни. Необходимо очень тщательно обдумать все возможные последствия будущих изменений, и в большей степени эта часть работы — в ответственности консультанта, так как он видит ситуацию со стороны и в значительно более широком контексте, нежели клиент, который находится внутри ситуации, к тому же эмоционально вовлечен.

Так что именно в пространстве так называемых сильнодействующих психотехнологий особенно актуальны вопросы этики. Ответственность психолога не только в том, чтобы правильно подобрать техники и помочь человеку измениться, но и предвидеть возможные последствия и по возможности разъяснить все клиенту. Тут мы вплотную подходим к необходимости соблюдать принцип информированного согласия. Однако, как работает принцип информированного согласия в ситуации, когда невозможно объяснить несведущему человеку, как работает та или иная техника, которая может изменить всю структуру его личности, уже отдельный вопрос. А когда мы применяем гипнотические техники, вопросы ответственности консультанта становятся еще более непростыми, так как важнейшее условие действенности гипноза состоит в том, что клиент не знает, что с ним происходит, так как работа происходит с его бессознательным. По-видимому, этот вопрос настолько сложен, что требует отдельного серьезного исследования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ РОЛИ ПАЦИЕНТА

До сих пор наиболее распространенной является патерналистская модель врача, и хотя она кажется наиболее привычной, она же порождает определенные проблемы, особенно когда идет речь о выявлении болезни и раннем диагностировании.

Кроме того, что обращение к врачу означает признаться самому себе, что болен и нуждаешься в помощи, нередко больного останавливает еще и опасение превратиться на время болезни, точнее — ее лечения, в бесправное существо, которое ничего не решает и является лишь объектом применения всяческих врачебных (зачастую неприятных, а порой и весьма мучительных) манипуляций, говоря другими словами — в предмет. Нередко можно слышать от серьезно больных людей, что в больницу на стационарное лечение они ни за что не поедут, потому что там им точно станет хуже... Нельзя сказать, что эти опасения беспочвенны. Стационары в России, особенно в провинции, — весьма удручающее зрелище, и находиться в них долгое время крайне тягостно даже относительно здоровому человеку, а уж физически и морально ослабленному — самое место упасть в уныние, даже при том, что он будет там получать лечение.

Все усугубляется еще нашей российской привычкой начинать лечиться лишь тогда, когда болезнь принимает весьма запущенные формы, когда пациент уже не в состоянии делать вид, что с ним все в порядке, что, в свою очередь, лишь подтверждает страхи, что в больнице ему будет плохо, так как лечение запущенных форм требует больше времени и может стать более мучительным для пациента — и ему действительно становится в больнице хуже... Таков замкнутый круг, в который мы попадаем из-за страха в сочетании с беспечностью. Можно ли его разорвать, каковы средства, позволяющие изменить ситуацию извне?

Если спросить человека, почему он, например, не обследуется на онкологию, тот, скорее всего, скажет: «Боюсь врачей» или «Не знаю, куда идти и когда». Если по поводу первой причины уже говорилось выше, и эта причина находится скорее в ведении психологов, то вторая причина, при всей кажущейся ее наивности, на самом деле тоже довольно серьезна, и она отражает некое объективное положение дел в здравоохранении. Известно, что просто так к онкологу человек не пойдет, его может направить лишь терапевт, а к ним — постоянная очередь, и если нет явных недомоганий, никто добровольно в поликлинику не отправится, нужен серьезный «пинок», чтобы человек забеспокоился... Так что в результате в России на операционный стол попадают люди уже на 3–4-й стадиях, когда и боли, и множество явных признаков болезни. Несмотря на то что в России заболеваемость раком даже чуть ниже, чем в Европе, смертность от него значительно выше. Причина — в отсутствии системной работы по раннему выявлению. Первая стадия тех, кто обратился к врачам, лишь у 10–15%, считает исполнительный директор Фонда профилактики рака, онколог Илья Фоминцев (Шаинян, 2015: Электронный ресурс). Между тем в России 48,3% населения к 30 годам имеет кровных родственников, у которых были онкозаболевания, — а это означает, что эти люди находятся в зоне риска, пусть даже на данный момент не больны. Однако кто будет наблюдать за этими людьми? Задача вовлекать население в диспансеризацию (а значит, и в онкологический скрининг) возложена на участковых терапевтов. Но у них нет ни времени, ни опыта, ни знаний для такой работы. В каких-то явных случаях они, конечно, направят пациента к онкологу, но речь идет именно о систематическом наблюдении с учетом индивидуальных особенностей организма и личной истории больного. Да и диспансеризация включает не все методы диагностики, которые необходимы для скрининга рака, при всем том не секрет, что часто она проходит весьма формально. Еще один момент — работа по вовлечению в диспансеризацию проводится только среди больных людей, которые пришли в поликлинику по другим вопросам. А люди здоровые, те, на которых она и должна быть направлена, остаются за бортом.

В дополнение ко всему надо еще знать не только методы, которые должны быть включены в скрининг, но и то, какова правильная периодичность их проведения. В результате обычный пациент оказывается как бы между двумя крайними подходами к выявлению рака — либо он принимает позицию страуса и делает вид, что все в порядке, либо, напуганный, идет в частную клинику, где ему сделают все возможное — и УЗИ, и МРТ, и анализы на онкомаркеры, разумеется, взяв за это изрядную сумму денег.

Между тем далеко не каждому пациенту нужна полная диагностика — этот подход тоже весьма формализован и не учитывает того, что состояние здоровья и риски у разных пациентов бывают разными. Прежде всего, нужно выявить показания по возрасту, по факторам риска. В данный момент скринингу подлежат всего пять видов рака — рак легких, молочной железы, толстой и прямой кишки, шейки матки и кожи. Но эти пять раков дают по России 70% всех случаев. Так что стоит задача вовлечь как можно больше людей в процесс регулярного скрининга, который на самом деле не так сложен. Важно, чтобы как можно больше людей знали об этих обследованиях и регулярно их проходили.

Для тех, кто чувствует себя здоровым и категорически не хочет ходить на консультации к врачу, создается специальное программное обеспечение, приложение для мобильных телефонов и веб-сайт. С его помощью можно будет пройти тест, который вы-

явит риски возникновения рака. На основании ответов будет составлен личный график (календарь) медицинских обследований, которые необходимо проходить, чтобы максимально снизить риск смерти от онкологического заболевания. После этого пользователю будут приходить напоминания, когда и какие ему стоит пройти обследования.

Прототип такого теста на четыре вида рака уже работает на сайте Фонда профилактики рака — <https://www.nenaprasno.ru/>. По коже будет отдельный проект lookatmyskin.ru, но там пока можно пройти лишь предварительную регистрацию.

Когда работа программистов будет полностью завершена, можно будет там же на сайте записаться и на прием к врачу. Таким образом, появляется огромный шанс оповестить ныне здоровых людей о рисках, рассказать, что именно надо делать, и снизить смертность от рака в этой группе не менее чем наполовину. Конечно, все это произойдет не мгновенно, однако если менять отношение к сохранению здоровья с двух сторон — и со стороны общества, включая подобные доступные и понятные всем программы, и со стороны личности с новыми стратегиями поведения, подкрепленными разумными, взвешенными убеждениями и ценностями, можно будет сохранить гораздо больше жизней.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЛИ КАК ПОДДЕРЖАТЬ МОТИВАЦИЮ

Бесспорно, для перехода к системе персонализированной медицины необходимо не только наличие материальных возможностей в совокупности с правильно обученным персоналом, но и изменение сознания самого клиента. Как говорилось выше, обычный клиент, привыкший обращаться за медицинской помощью лишь в самом крайнем случае, и человек, который думает о своем здоровье раньше, чем наступил болезненный симптом, который готов тратить время и средства на профилактику, не столько на лечение, сколько на сохранение своего здоровья, — это представили двух совершенно разных подходов к жизни и здоровью. Каким образом помочь человеку перейти из одного типа отношения к своему здоровью к другому, более грамотному, взвешенному и осознанному, — задача, которая решается, в том числе, средствами психологии.

В частности, в ведении психологии находится такой непростой вопрос, как поддержание мотивации. Известно, что в любом деле, которое требует длительных усилий, со временем происходит постепенное угасание мотивации. Вот пациент узнает о том, что в его ДНК заложена вероятность опасного заболевания, и чтобы не допустить его, ему необходимо принимать определенные меры уже теперь. В частности, если человек имеет высокий процент заболевания диабетом, ему предписана определенная, довольно строгая диета на всю жизнь, желательно с детства. А каково человеку (особенно ребенку!) постоянно отказывать себе в удовольствиях, живя в обществе потребления, будучи окруженным со всех сторон агрессивной рекламой всяческих вкусных и вредных продуктов?

Смириться с ограничениями и сделать их частью своей повседневной жизни требует каждодневного усилия. Даже приняв твердое решение следовать всем предписаниям врача, пациент может постепенно перестать это делать. Как поддерживать мотивацию на протяжении длительного времени — вопрос особый. Человек привык ориентироваться на собственные ощущения, а не на рациональные решения. Если он чувствует себя здоровым, ему странно и непонятно, почему надо начинать «лечиться». Для преобладающего большинства пока что действует схема «болезнь=боль»

и, соответственно, «отсутствие боли=здоровье». Особенность персонализированной медицины, раннего диагностирования состоит также в том, что мы имеем дело не с реальной болезнью с проявленными симптомами, которые зачастую сопровождаются дискомфортом и болью, а с некой вероятностью наступления болезни. Привычный стереотип — лечим боль, убираем симптом — сменяется совершенно другим, новым подходом. Знание, что существуют болезни, причем смертельно опасные, которые могут проходить вовсе без болезненных симптомов, пока еще не стали достоянием и не вошли в мировоззрение большинства. Теперь мы не лечим уже наступившую болезнь, а пытаемся ее предупредить. Вопрос — насколько готов человек заниматься своим здоровьем, пока оно его не беспокоит? Готов ли человек тратить время, силы, деньги на предотвращение опасности болезни, вероятность наступления которой весьма призрачна? Ведь даже 100%-ная вероятность, если наступление ее отодвинуто в неопределенное будущее, будет восприниматься не как реальная опасность, а лишь предупреждение, подобное надписям на пачках сигарет. Каждый курильщик умом понимает, что курение опасно для здоровья, но это знание уживается у него с уверенностью, что его лично эта опасность не коснется...

Необходимо также помнить, что в данном случае мы меняем еще и тип мотивации, которым обычно руководствуемся при принятии решения. Как правило, наиболее распространенный способ мотивации тот, который называется «мотивация избегания», или мотивация «от» — избежать боли, страдания, преждевременной смерти или инвалидности. Ведущая эмоция в таких случаях — страх, поэтому это очень сильная и действенная мотивация. Однако существует еще мотивация «для», когда мы руководствуемся тем, чего мы хотим, стремлением к чему-то лучшему. Можно сказать, что такая мотивация подпитывается энергией мечты. Конечно, она может влиять не так остро, как энергия страха, но сила ее влияния может длиться дольше. Постоянно пребывать в сетях страха не может никто, психика начинает защищаться и вытеснять мысли об опасности, ни один курильщик со стажем не принимает всерьез предупреждения об опасности этой вредной привычки (кроме, разумеется, действительно печальных случаев, когда болезнь их настигает). Так что, возможно, если говорить и думать о реальных плюсах, таких как начать лучше выглядеть и свободнее дышать, лучше бегать и без одышки подниматься по лестницам, хорошо пахнуть, вновь обрести тонкое обоняние, белые зубы и т. п. — список можно продолжить, такая мотивация может поддержать здоровые привычки долгие годы.

Чем постоянно бояться боли, немощи и смерти, может, лучше вдохновляться мечтой о долгой полноценной жизни без старческих недугов, с возможностью до преклонных лет заниматься любимым делом, путешествовать, творить, полноценно наслаждаться жизнью?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Дилтс, Р. (1997) Изменение убеждений с помощью НЛП / пер. с англ. В. П. Чурсина. М. : Независимая фирма «Класс». 185 с.

Майленова, Ф. Г. (2008) Нравственно-психологические аспекты работы с убеждениями // Биоэтика и гуманитарная экспертиза: Проблемы геномики, психологии и виртуалистики / отв. ред. Ф. Г. Майленова. Вып. 2. М. : ИФ РАН. С. 144–150.

Майленова, Ф. Г. (2009) В изменчивом мире современных ценностей и убеждений // Биоэтика и гуманитарная экспертиза. Комплексное изучение человека и виртуалистика / отв. ред. Ф. Г. Майленова. Вып. 3. М. : ИФРАН. С. 42–57.

Майленова, Ф. Г. (2010) Влияние системы убеждений на отношение к боли. // Биоэтика и гуманитарная экспертиза / отв. ред. Ф. Г. Майленова. Вып 4. М. : ИФ РАН. С. 75–90.

Шаинян, К. (2015) Онколог Илья Фоминцев: как уберечь от рака миллионы россиян [Электронный ресурс] // *Slon*. 22 сентября. URL: <https://republic.ru/posts/56858> (дата обращения: 22.10.2015).

Дата поступления: 12.09.2016 г.

DOCTOR-PATIENT INTERACTION IN THE SYSTEM OF PERSONALIZED MEDICINE:
THE ETHICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECT

F. G. MAYLENOVA

(INSTITUTE OF PHILOSOPHY, RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES)

It is difficult to overestimate the ethical and psychological aspect of personalized medicine, since it is this branch of medicine that involves the most intimate and personal communication with the patient. It is well known that many symptoms that make people suffer and seek the help of a specialist (such as a surgeon) are, in fact, psychosomatic. To get rid of these symptoms, it is often not enough to prescribe medication and treatment. Doctors also need to study the circumstances of their patients' life, and to help their patients focus on how their health is linked to their outlook or lifestyle.

In many cases, it is the outlook that appears to be both the root cause of many problems and the obstacle in removing the symptom. An individual may possess certain beliefs which by their very nature restrain the organism's attempts at self-regulation and harmonization. In neuro-linguistic programming these are known as «limiting beliefs». To neutralize them, practical psychology has developed special techniques.

Thus, a transition to personalized medicine requires far more than financial means and well-trained personnel – a change must occur in the consciousness of the patient.

Keywords: limiting beliefs; NLP; personalized medicine; psychosomatics; ethics

REFERENCES

Dilts, R. (1997) *Izmenenie ubezhdenii s pomoshch'iu NLP*, transl. by V. P. Chursina. Moscow, Nezavisimaia firma «Klass». 185 p. (In Russ.)

Mailenova, F. G. (2008) Nравstvenno-psikhologicheskie aspekty ra-boty s ubezhdeniiami. In: *Bioetika i gumanitarnaia ekspertiza: Problemy genomiki, psikhologii i virtualistiki*, ed. F. G. Mailenova. Vol. 2. Moscow, IF RAN. Pp. 144–150. (In Russ.)

Mailenova, F. G. (2009) V izmenchivom mire sovremennykh tsnnostei i ubezhdenii. In: *Bioetika i gumanitarnaia ekspertiza. Kompleksnoe izuchenie cheloveka i virtualistika*, ed. F. G. Mailenova. Vol. 3. Moscow, IFRAN. Pp. 42–57. (In Russ.)

Mailenova, F. G. (2010) Vliianie sistemy ubezhdenii na otnoshenie k boli. In: *Bioetika i gumanitarnaia ekspertiza*, ed. F. G. Mailenova. Vol. 4. Moscow, IF RAN. Pp. 75–90. (In Russ.)

Shainian, K. (2015) Onkolog Il'ia Fomintsev: kak uberech' ot raka milliony rossiiian. *Slon*, 22 September [online] Available at: <https://republic.ru/posts/56858> (access data: 22.10.2015). (In Russ.)

Submission date: 12.08.2016.

Майленова Фарида Габделхаковна — доктор философских наук, ведущий научный сотрудник сектора гуманитарных экспертиз и биоэтики Института философии Российской академии наук. Адрес: 109240, Россия, г. Москва, ул. Гончарная, д. 12, стр. 1. Тел.: +7 (495) 697-90-67. E-mail: farida.mailenova@mail.ru

Maylenova Farida Gabdelkhakovna, Doctor of Philosophy, Senior Research Fellow, Department of Humanitarian Expertise and Bioethics, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences. Postal address: 12/1 Goncharnaya St., Moscow, Russian Federation 109240. Tel. : +7 (495) 697-90-67. E-mail: farida.mailenova@mail.ru