

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ И МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова (Санкт-Петербург)

Аннотация. Анализируются современные концептуализации и методология исследования качества жизни в медицине, подчеркивается необходимость синтеза естественно-научной и гуманистической парадигм в контексте биопсихосоциального подхода. Указывается на теоретические и методологические трудности в данной сфере исследования, отмечается возможность рассмотрения качества жизни в рамках теории систем и концепции адаптации с сохранением приверженности гуманистическим принципам: признания уникальности переживаний, жизненного опыта и ценностно-смысловой сферы личности больного.

Ключевые слова: качество жизни, биопсихосоциальный подход, гуманистическая парадигма в медицине, психосоматические-соматопсихические соотношения, адаптация к болезни, психологическая диагностика.

В настоящее время необходимость глубокого осмысления биопсихосоциальной сущности человека, его целостного видения стала очевидной для специалистов так называемых «помогающих» профессий, и прежде всего врачей и психологов. Идеи антропоцентризма, представление о том, что необходимо лечить не болезнь, а больного, стали одним из наиболее важных достижений «гуманистической революции» середины XX в., однако до сих пор они не являются очевидными для многих из тех, кто имеет отношение к проблеме здоровья человека.

Частично это обусловлено стремительным расширением технических возможностей медицины, способствовавших ее выходу на новый уровень понимания многих биохимических, генетических, физиологических закономерностей. Успехи в исследовании тончайших механизмов функционирования организма и патологических нарушений в нем затмили ту сторону врачебной деятельности, которая основывается на признании уникальной роли личности больного в лечебном и профилактическом процессах.

Следует, однако, отметить, что доминирующая естественно-научная парадигма в медицине встречает все большее оппонирование среди тех специалистов, которые осознают пределы ее эффективности без действенного учета личности пациента. Как антитеза традиционной модели, где пациент выступает в качестве объекта медицинского воздействия, развивается гуманистическая модель, указывающая на необходимость рассмотрения не только объектной, но и субъектной роли больного, а также на важность установления партнерских отношений в системе врач–пациент [15, 23].

Развитию гуманистических тенденций в медицине в немалой степени способствовало становление гуманистической психологии, подчеркивающей активное, творческое начало в человеке, его трансцендентные потребности, ценностно-смысловой аспект бытия. Основатель этого направления А. Маслоу [17],

в частности, отмечает очевидную «неприспособленность науки для выяснения вопросов, касающихся человека, где учет личностных ценностей и целей, намерений и планов играет решающую роль в понимании людей даже применительно к классическим целям науки – предсказанию и управлению».

Еще в середине XX в., указывая на необходимость развития гуманистической парадигмы в медицине, представители гуманистической психологии (К. Роджерс, В. Франкл и др.) подчеркивали, что нужно исследовать и лечить целостного человека с уникальным характером переживаний, свободно и ответственно решающего, как поступать в различных ситуациях, в том числе и в ситуации болезни¹. Утверждаемые идеи эмпатического понимания и принятия больного с его генетическим и историческим опытом и проблемами, стремлением к росту и развитию, к духовности, к постижению смысла жизни и ценности бытия [25] являются все более актуальными и все более востребованными.

Эти идеи нашли отражение в принципах психотерапии не только экзистенциально-гуманистического, но и других направлений, однако их внедрение в практическую медицину, в особенности соматически ориентированную, оказалось весьма проблематичным, поскольку в медицине гуманистические идеалы не могут подменять собой естественно-научный подход, прежде всего, с точки зрения патологических закономерностей и реалий самого лечебно-восстановительного процесса. Они должны являться (и уже являются) условием утверждения принципов интегрированного биопсихосоциального подхода в медицине в целом и в области психического здоровья в частности.

Одной из реальных попыток теоретико-методологического осмысления биопсихосоциального подхода в медицине стала концепция реабилитации. Известно, что реабилитация понимается как многомерный и многоуровневый процесс – процесс ресоциализации, определяющий возможность восстано-

ления индивидуальной и общественной ценности больного, его личного и социального статуса [13]. Реабилитационные принципы партнерства врача и больного, разносторонности усилий, единства биологических и психосоциальных воздействий и др. можно рассматривать как методологическое и практическое воплощение гуманистических идей в медицине. Однако преимущественная направленность концепции реабилитации на психически больных, с нашей точки зрения, не позволила ей найти достаточного применения в соматологии.

Еще раз следует отметить, что глобальный гуманистический прорыв привел к признанию необходимости биопсихосоциального подхода, вместе с тем преодоление противоречий между естественно-научным и гуманитарным видением человека не обеспечило их полного взаимопонимания, а следовательно, взаимопроникновения и взаимообогащения. Несмотря на то, что еще в Уставе ВОЗ, утвержденном в 1948 г., здоровье определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», в конкретной практической деятельности врача центром внимания остается все же болезнь, а не страдающий человек и его благополучие в контексте всех обстоятельств, связанных с расстройствами здоровья.

Причины подобного несоответствия многообразны: от «неэкономичности» пациенто-центрированной деятельности врачей (прежде всего с точки зрения затраты времени и душевных усилий)² до консерватизма в системе их обучения и усовершенствования. Кроме того, попытки внедрения гуманистических идей в медицинскую практику отражали в большей мере протест, чем ее эволюционное развитие. Импульс к этому протесту исходил преимущественно не изнутри самой естественно-научно ориентированной медицины, ощутившей пределы своей компетенции, а извне – от наук, изначально имеющих гуманитарную основу, в частности психологии. В ортодоксальной медицине, по крайней мере на фундаментальном уровне, принятие субъектности больного, внимание к системе его значимых отношений и личностному смыслу болезни еще не стали в полной мере естественными. И это имеет свои причины.

Весьма вероятно, что согласиться воспринимать больного как субъекта в широком смысле означало бы для медицины разрушить собственный мировоззренческий фундамент, присутствующий в сознании практически каждого представителя врачебного сообщества. И здесь речь идет о враче не как о человеке, который, безусловно, признает в пациенте активное личностное начало, а о враче как профессионале, для которого пациент остается объектом медицинского воздействия. Говорить о принятии гуманистической

парадигмы можно было бы лишь в том случае, если бы антропоцентризм стал неотъемлемой частью профессиональной деятельности, проявлением профессиональной позиции или профессиональной идеологии, а не социального функционирования врача в целом.

Особенно ярко «конфликт» естественно-научного и гуманистического проявляется в отношениях между соматически ориентированной медициной и медицинской (клинической) психологией. При попытках сближения психологов и медиков нередко становится очевидно, что у последних ожидания в отношении психологии соответствуют механистическому пониманию человеческой сущности. Принимая помощь психолога, врач как будто вверяет ему душу пациента, оставляя себе заботу об организме. Психологическое заключение и иная информация о субъективной стороне страдания пациента малоинформативны для ортодоксально мыслящего врача-соматолога, поскольку он ожидает, что полученные данные можно будет применить в первую очередь для коррекции стратегии лечения (например, замены одного фармакологического препарата другим), а не личностного взаимодействия с больным. По-видимому, именно поэтому качество жизни (прежде всего качество жизни, связанное со здоровьем, – *health-related quality of life*) стало единственным понятием, которое прижилось на биоцентрической «почве».

Разработка концепции качества жизни связана преимущественно с деятельностью ВОЗ и ее институтов, решающих задачи масштабного (в том числе сравнительного межкультурального и транснационального) исследования здоровья населения в рамках биопсихосоциального подхода. Согласно определению ВОЗ качество жизни – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [34]. В области медицины исследуется преимущественно качество жизни, связанное со здоровьем, которое рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [20].

Концепция качества жизни привлекает внимание к личностному плану переживания ситуации болезни пациентом, в частности к его субъективному восприятию возможности удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения. Более того, ВОЗ указывает на необходимость рассмотрения качества жизни как основного критерия эффективности лечебно-восстановительных мероприятий при отсутствии реальной угрозы жизни пациента.

Однако введение понятия качества жизни в медицинский дискурс пока не привело к существенным

изменениям во взаимодействии врача и пациента. Фактически сегодня отношение к данным о качестве жизни пациента сродни отношению к результатам того или иного аппаратного исследования – биохимического анализа крови, электрокардиографии, нейровизуализации мозга и т.п. Качество жизни по результатам самоотчетов интерпретируется скорее как критерий, характеризующий степень выраженности болезни, чем как структурно сложный психосоциальный конструкт.

Оценивая качество жизни с помощью опросников, призванных определить масштабы влияния заболевания на физическое, психическое и социальное функционирование пациента, врач фактически пытается воспроизвести то, что устанавливается при использовании традиционного клинического метода, только с меньшей объективностью. Исследовать функциональный статус, самочувствие, болевые ощущения, настроение – идея далеко не новая. Так или иначе ее воплощает в своей практике любой добросовестный специалист. Информация о множестве параметров функционирования пациента в повседневной жизни используется с тем, чтобы квалифицировать тяжесть случая и вероятный прогноз. В этом отчасти суть естественно-научного подхода, который не может измениться даже при применении разнообразных методов оценки качества жизни как одного из критериев эффективности лечения.

Стремление адаптировать понятие качества жизни к практическим нуждам естественно-научно ориентированной медицины привело к созданию многочисленных нозоспецифических (специальных) опросников, предназначенных для оценки влияния на условное благополучие пациента конкретных заболеваний, синдромов и симптомов. Качество жизни было «расчленено» на бесчисленные детали в соответствии с нозологическими критериями. В настоящее время в литературе можно встретить упоминания практически о «любом» качестве жизни, сопровождаемые солидным эмпирическим материалом, например о качестве жизни, связанном с астмой [32], заболеваниями почек [30], эндометриозом [28] и т.п. Подобное дробление исходного понятия в прагматических целях – наглядное свидетельство его ассимиляции, поглощения биоцентрированной системой.

Характерно и обоснование нозоспецифического подхода: методики для оценки нозоспецифического качества жизни более чувствительны к индивидуальным различиям в соматическом статусе и его изменениям по клиническим критериям, чем общие опросники, неспецифичные в отношении заболевания пациента [43]. Парадокс: одним из стимулов к исследованию качества жизни больных с соматической патологией являлось несоответствие между тем, как состояние пациента видится врачу, и субъективными представле-

ниями о болезни самого пациента, степенью декларируемого им благополучия или неблагополучия. В частности, еще в 70-е гг. XX в., анализируя результаты опроса лиц с серьезно ограниченными физическими возможностями, A. Campbell et al. [27] отметили, что почти половина респондентов не были согласны с утверждением о неудовлетворенности своим состоянием здоровья. Некоторые даже настаивали на том, что полностью им удовлетворены. Возможно, что в ряде случаев имеет место анозогнозия, однако это обстоятельство не снижает значимости переживаний и представлений респондентов.

Возвращаясь в связи с этим к вопросу о критериях валидации современных нозоспецифических (специальных) опросников, следует обратить внимание на следующее обстоятельство: сегодня при оценке чувствительности инструмента и его критериальной валидности используется то, расхождение с чем так удивило инициаторов исследования качества жизни, – объективные данные медицинского обследования (клинического и аппаратного). В этой ситуации применение подобных опросников становится своего рода тавтологией, поскольку исходно их психометрические свойства предполагают корреляцию с объективной картиной болезни, которая и так доступна для исследования.

Осознание несоразмерности концепции качества жизни тому, что в настоящее время исследуется с помощью соответствующих опросников, привело к появлению ряда критических работ, авторы которых подчеркивают глубину и сложность рассматриваемого понятия, необходимость изучения механизмов формирования удовлетворенности/неудовлетворенности различными аспектами жизнедеятельности, а также учета ценностно-смыслового аспекта бытия [29, 39]. Не умаляя значения точки зрения пациента на состояние его здоровья, критики отмечают, что эта точка зрения лишь один из индикаторов качества жизни, но не его сущность. Попытки свести его к простым и удобным конструкциям наносят ущерб его изначальному гуманистическому смыслу. В связи с этим показательно, что в литературе все чаще понятия методов оценки качества жизни (quality of life assessment methods) и методов оценки состояния здоровья (health status assessment methods) используются как взаимозаменяемые [33]. В этой тенденции проявляется стремление избежать использования понятия, имеющего скорее гуманистически-философскую, чем естественно-научную семантику. Потеря философского оттенка термина обретает особый смысл, если учесть, что в проникновении в медицину гуманистической терминологии состояло одно из завоеваний гуманистической психологии в последней трети XX в.

Началом современной истории исследования качества жизни в медицине принято считать конец 40-х гг.

XX в., дату опубликования работ D. Karnofsky et al. [31], посвященных оценке функциональных возможностей и уровня активности онкологических больных. Однако частью научного понятийно-терминологического аппарата качество жизни стало лишь два десятилетия спустя. Как отмечает С. McHorney [33], вплоть до начала 1970-х гг. инструменты для оценки качества жизни носили исключительно нозоспецифический характер – были предназначены для оценки функционального статуса больных с разными видами патологии.

Конец 1960-х гг. связан с упрочением идеи целостного видения человека, которая нашла свое воплощение и в работах по методологии многомерной оценки качества жизни. Следующее десятилетие ознаменовалось появлением целого ряда общих опросников (в противоположность нозоспецифическим), предназначенных для получения информации о физическом, психическом, социальном и духовном благополучии человека [4, 33].

Однако по мере накопления эмпирических данных с использованием общих опросников у соматических больных вскрылся ряд сложностей, отражающих исходные противоречия между гуманистической и естественно-научной парадигмами, разрешением которых стали описанные ранее тенденции, во многом дискредитировавшие само понятие качества жизни. Принципами его исследования стали простота, удобство использования, экономичность. Кроме того, возрастание значимости психометрических требований сделало актуальным вопрос о валидности инструментов оценки. Попытки решения этого вопроса привели к очередным упрощениям и окончательному избавлению от философской подоплеки понятия: гуманистическая форма была соединена с медико-социологическим содержанием.

Измеримо ли качество жизни? Познаваемо ли оно, учитывая индивидуальное (по сути, уникальное) своеобразие опыта проживания собственной жизни, своеобразие, связанное с самой философской категорией качества? В чем заключаются трудности операционализации качества жизни и возможна ли она в принципе?

Первая и не всегда осознаваемая проблема, возникающая в процессе выработки методологии оценки качества жизни, – это сам термин. Исследуя качество жизни на основании данных самоотчетов, мы в действительности исследуем не жизнь, а самого респондента, его самосознание, систему значимых отношений личности, в том числе самоотношение. Жизнь субъекта немислима без самого субъекта, а потому не может изучаться как нечто самостоятельное. Иными словами, такой конструкт, как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандар-

тами и заботами», отражает не столько качество жизни, сколько некое качество состояния или свойств личности в реальных жизненных условиях.

То, что удовлетворенность/неудовлетворенность жизнью, субъективные оценки благополучия в различных сферах жизнедеятельности являются индикаторами прежде всего определенных психосоциальных характеристик человека, косвенно подтверждается данными, согласно которым влияние тревожных и депрессивных расстройств на качество жизни превосходит влияние на него тяжелой соматической патологии [40]. Неудовлетворенность представляет собой один из аспектов негативных эмоциональных состояний – подавленности, тревоги, раздражения, гнева, крайними формами которых являются аффективные психопатологические расстройства. В ряде исследований [36] также обнаруживается, что относительно устойчивые эмоционально-личностные и поведенческие характеристики соматических больных (например, стиль совладания со стрессом) более тесно связаны с показателями качества жизни, чем тяжесть заболевания по клиническим критериям. Именно это обстоятельство – психологическая сущность качества жизни – создало интерпретационные трудности, повлекшие за собой последовательное упрощение понятия, его естественно-научную адаптацию.

Что представляет собой качество жизни как психологический феномен? По-видимому, речь идет о качественных характеристиках субъективного опыта проживания собственной жизни в конкретный период, возможно, в их сопоставлении с прошлым и прогнозируемым будущим. Однако в чем сущность этого опыта, можно ли проникнуть в него с помощью психометрического инструментария?

Говоря о проживании жизни с психологической точки зрения, необходимо вновь подчеркнуть, что жизнь человека неотделима от него самого, тем более в ее субъективном (психологическом) аспекте. И здесь нельзя не согласиться с одним из фундаментальных тезисов экзистенциально-гуманистической психологии: жизнь человека – это он сам в широком смысле, во всем многообразии его ощущений, мыслей, переживаний, потребностей, целей, ценностей [17, 37]. В связи с этим качество жизни можно определить как совокупность переживаний и отношений человека (больного или здорового), которые ориентированы на осмысление существования, ценности здоровья и возможности личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии со своими потребностями и индивидуальными возможностями, в том числе и в условиях болезни [7].

Такой подход существенно затрудняет практическую оценку качества жизни и, вероятно, требует пересмотра методологии его исследования с учетом сложных психологических механизмов его формирования.

Одним из путей преодоления указанных трудностей, с нашей точки зрения, является рассмотрение качества жизни с системных позиций [16]. Понятие системности предполагает рассмотрение человека как открытой биопсихосоциальной системы – комплекса взаимосвязанных элементов, взаимодействие которых обеспечивает его функционирование и развитие в изменяющихся условиях за счет механизмов адаптации и компенсации [2, 10, 14, 18]. При этом в контексте рассматриваемой проблемы наибольшее значение приобретает психическая адаптация, по-видимому наиболее тесно связанная с общим ощущением благополучия/неблагополучия, удовлетворенности/неудовлетворенности, которым уделяется особое внимание при оценке качества жизни [3, 6, 8].

Значение принципа системности при исследовании качества жизни заключается в необходимости всесторонней – многомерной и многоуровневой – оценки функционирования человека, а также изучения межуровневого и внутриуровневого взаимодействия элементов, определяющего своеобразие человека как биопсихосоциальной целостности, обуславливающего уникальность его субъективного опыта.

Иными словами, индивидуальное качество жизни можно рассматривать как интегративную характеристику биопсихосоциальной системы, проявляющуюся на психологическом уровне в субъективном опыте проживания собственной жизни и отражающую структурные и уровневые механизмы формирования сферы здоровья, такие как знание, понимание и отношение человека к здоровью и болезни, системные механизмы формирования внутренней картины болезни, соотношения жизненных целей и ценностей и др.

Являясь системной характеристикой, качество жизни зависит от множества переменных и должно анализироваться преимущественно на структурном уровне путем оценки и анализа сложных взаимодействий элементов биологического, психического, социального и духовного уровней. Очевидно, что проблематичность подобного исследования заключается прежде всего в отсутствии однозначных причинно-следственных связей внутри биопсихосоциальной системы. Это проявляется как во внутриуровневом, так и в межуровневом взаимодействии. Ярким примером последнего является неразрывное единство соматического и психического.

Область знаний о психосоматических и сомато-психических соотношениях в настоящее время – это область знаний преимущественно о соматических коррелятах психического и психических коррелятах соматического вне зависимости от того, идет ли речь о поперечном срезе или о проспективной связи.

Так, например, известно, что хронический психический стресс является фактором риска развития со-

матических (психосоматических) заболеваний [22, 35]. Однако очевидно, что несмотря на свою «психическую» сущность, стресс имеет физиологический аспект, описанный еще Н. Selye [38]. В конечном счете именно психофизиологические (вегетативно-эндокринно-гуморальные) сдвиги, сопровождающие длительное воздействие стрессора, а не психические феномены являются непосредственной причиной соматических нарушений при хроническом эмоциональном стрессе. То, что при анализе его роли в патогенезе соматических заболеваний эмоциональное состояние рассматривается как первичное по отношению к нейроэндокринным, вегетативным изменениям, – условность. Стрессу как состоянию соответствует богатая палитра отрицательных эмоций, нередко сменяющих друг друга [1] и формирующих диффузную картину напряженности, тревоги, раздражения, подавленности и т.п. Психический компонент стресса относительно неспецифичен, точно так же как относительно неспецифичен неотделимый от него физиологический компонент стресса. Доказать первичность психического или соматического в данном случае чрезвычайно трудно, если вообще возможно: стрессовая реакция реализуется одновременно и на физиологическом, и на психическом уровне.

Еще более очевидным единство психического и соматического становится при рассмотрении патологических состояний (прежде всего психических и соматических заболеваний). Патологические состояния могут рассматриваться как естественные и наглядные модели нарушения интегрированного функционирования человека, позволяющие осознать сложность биопсихосоциальных взаимоотношений.

О признании трудности разграничения психического и соматического свидетельствуют содержание раздела психических расстройств в Международной классификации болезней 10-го пересмотра [11, 19]. При анализе представленных в ней диагностических критериев становится очевидной значимость соматических симптомов в клинической картине целого ряда психических заболеваний. В частности, единственное, что согласно МКБ-10 отличает соматоформную вегетативную дисфункцию (F45.3) как психическое нарушение от соматического заболевания, – это «отсутствие признаков расстройства структуры и функций органов или систем, которыми озабочен больной» при субъективном ощущении соматического страдания. К психическим расстройствам соматоформная вегетативная дисфункция была отнесена на том основании, что она не является соматическим расстройством в традиционном его понимании.

При рассмотрении соотношений элементов биологического и психосоциального уровней выявляются сложные взаимосвязи, что отражено, в частности, в понятии кольцевых психосоматических-сомато-

психических зависимостей. Характерным примером являются соотношения «аффективные расстройства – соматическая патология». Доказано, что депрессивные расстройства являются фактором риска развития и неблагоприятного течения многих соматических заболеваний. В качестве опосредующих звеньев этой зависимости выделяют сопутствующие нейроэндокринные изменения, нарушения режима лечения и контакта с врачом, повышение стрессогенности межличностных взаимоотношений и т.д. В то же время само соматическое заболевание способствует развитию депрессивных расстройств за счет действия комплекса клинических (биологических) и психосоциальных факторов [21]. Когда возникает этот «порочный круг»? Возможно, еще до того, как потенциальный больной появился на свет, поскольку уже тогда формируются предпосылки к развитию у него соматических и психических расстройств, и прежде всего в связи с онтогенетическими и социогенетическими характеристиками его матери.

Подчеркивая сложность, полифакторность механизмов патогенеза психических нарушений у соматических больных, многие авторы указывают на невозможность проведения четкой границы между так называемыми соматогениями и нозогениями – проявлениями нейротоксического эффекта болезни и дезадаптивной личностной реакции на нее [11]. В настоящее время также ставится под сомнение возможность существования чисто психогенных расстройств [9], подчеркивается необходимость определенных конституциональных предпосылок, нейродинамических сдвигов и т.п.

Все вышесказанное свидетельствует о значимости психосоматического взаимодействия в процессе формирования качества жизни. Не меньшее значение имеют и психосоциальные взаимосвязи, а также взаимозависимости между биологическим и социальными уровнями. В ряде исследований установлен повышенный уровень морбидности и смертности у лиц с низким социально-экономическим статусом [26, 44]. Однако было также показано, что лица с разным социально-экономическим статусом отличаются по степени выраженности ряда саногенных психологических характеристик [41], в частности уровня субъективного контроля, оптимизма, доброжелательности, самоуважения и т.п.

Являются ли низкий уровень субъективного контроля, пессимизм, враждебность, низкая самооценка и др. факторами, препятствующими достижению высокого социально-экономического статуса вследствие, например, неудовлетворительного социального функционирования в целом? Или эти особенности формируются под влиянием неблагоприятных социальных условий? Возможно, сама биологически обусловленная предрасположенность к заболеваниям делает лю-

дей менее конкурентоспособными в социальной среде? Не менее вероятно также то, что неблагоприятные экологические и бытовые условия при низком социально-экономическом статусе определяют высокую морбидность и смертность. Ни один из представленных вариантов объяснения биопсихосоциальных связей не противоречит действительности, что делает необходимым распространение модели кольцевых зависимостей на все уровни функционирования человека [42].

Кольцевые зависимости – результат сложной системной организации человека, обеспечивающей широкие возможности для приспособления к изменяющимся условиям, а также компенсации того или иного рода недостаточности. Перестройка структурных связей системы позволяет актуализировать адаптационно-компенсаторные ресурсы в стрессогенных обстоятельствах и восстановить нарушенное равновесие без существенных потерь для субъективного ощущения благополучия/неблагополучия. Способность к адаптации и компенсации, являясь неотъемлемой характеристикой человека, определяет, с одной стороны, динамику структуры качества жизни в процессе приспособления, а с другой – относительную устойчивость интегративного чувства удовлетворенности/неудовлетворенности жизнью. Еще раз подчеркнем, что качество жизни может рассматриваться как производное многомерной функциональной системы адаптации, прежде всего ее психосоциального уровня, который играет определяющую роль в плане субъективной оценки личностью индивидуального благополучия/неблагополучия [7].

Исследование адаптационно-компенсаторных механизмов чрезвычайно важно для корректной интерпретации данных о динамике показателей субъективного благополучия, в частности при возникновении психотравмирующих обстоятельств, изменении соматического статуса, проведении лечебно-восстановительных мероприятий и т.п. Высокая пластичность биопсихосоциальной системы скрывает в себе потенциал преодоления самых тяжелых испытаний. Уникальность в этом отношении человека во многом определяется наличием неисчерпаемых ресурсов духовности в широком смысле этого понятия, отражающего ценностно-трансцендентный аспект бытия. Духовная и смысловая наполненность жизни представляет собой действительно качественную сторону субъективного опыта ее проживания. Согласно точке зрения одного из идейных вдохновителей гуманистической медицины В. Франкла [24], удовлетворенность потребности в смысле как основной и одновременно высшей потребности человека – необходимое условие счастья, являющегося квинтэссенцией качества его жизни.

Таким образом, рассматривая вопрос о сущности и измеримости качества жизни, следует, вернувшись к исходным гуманистическим идеям в медицине (идеи

субъектности больного, его целостного видения, значимости ценностно-смысловой сферы его личности), дополнить их общенаучными идеями теории систем и концепции адаптации применительно к уникальной биопсихосоциальной системе – человеку. Подобный синтез позволяет разрешить противоречие между гуманистически-экзистенциальными представлениями о непознаваемости субъективного опыта и общенаучными представлениями о возможности выявления структурно-функциональных особенностей и закономерностей деятельности сложных живых систем. Гуманистическое в этом синтезе определяет границу познания человека, общенаучное – приближает к этой границе.

Качество жизни, отражая глубоко индивидуальное и непознаваемое существо субъективного опыта и переживаний человека [5], может быть исследовано на уровне структурно-функциональной организации биопсихосоциальной системы и ее динамики. При этом чем глубже и шире взгляд исследователя, чем большее количество релевантных элементов и связей между ними становится предметом изучения, тем полнее и ближе к гипотетическому «оригиналу» выстраиваемая картина качества жизни, оставшаяся, однако, место для исследовательской интуиции и неизвестного, заключенного в самой природе человеческой души.

Примечания

¹ Следует заметить, что гуманистический подход к личности в известной мере созвучен концепции личности В.Н. Мясщикова как системы отношений в единстве и взаимовлиянии когнитивных, эмоциональных и поведенческих компонентов, рассматриваемых в генетическом и историческом контексте [12].

² В последние годы весьма актуальной является проблема профессионального «выгорания» врачей различных специальностей.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу: Основы теории, диагностики, терапии. СПб., 2004.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л., 1988.
4. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998.
5. Василюк Ф.Е. Психология переживаний. М., 1984.
6. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
7. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А. и др. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб., 2001. С. 103–114.
8. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб.; М., 2003.
9. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейн. М., 2003.
10. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. М., 1987.
11. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. М., 2000.
12. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясщикова и медицинская психология. СПб., 1999.
13. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1985.
14. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб., 2004.
15. Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В. Психологические основы деятельности врача. М., 1999.
16. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984.
17. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М., 1999.
18. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. М., 1986.
19. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / ВОЗ. Женева, 1994.
20. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие для вузов. М., 2004.
21. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М., 2001.
22. Судаков К.В. Эмоциональный стресс и психосоматическая патология. М., 1998.
23. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984.
24. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.
25. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб., 2001. С. 479–573.
26. Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A. et al. Socioeconomic inequalities and health // JAMA. 1993. Vol. 269. P. 3140–3145.
27. Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L. The Quality of American Life. N.Y., 1976.
28. Colwell H.N., Mathias S.D., Pasta D.J. et al. A health-related quality-of-life instrument for symptomatic patients with endometriosis: a validation study // Am J. Obstet Gynecol. 1998. Vol. 179. P. 47–55.
29. Gill T., Feinstein A.R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life-measurements // JAMA. 1994. Vol. 272. P. 619–626.
30. Hays R.D., Kallich J.D., Mapes D.L. et al. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument // Qual Life Res. 1994. Vol. 3. P. 329–338.
31. Karnofsky D.A., Abelmann W.H., Craver L.F., Burchenal J.H. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma: with particular reference to bronchogenic carcinoma // Cancer. 1948. Vol. 1. P. 634–656.
32. Marks G.B., Dunn S.M., Woolcock A.J. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma // J. Clin Epidemiol. 1992. Vol. 45. P. 461–472.

33. McHorney C.A. Health status assessment methods: past accomplishments and future challenges // *Rev. Public Health*. 1999. Vol. 20. P. 309–335.
34. Orley J. The World Health Organization (WHO) quality of life project / Eds. by M.R. Trimble, W.E. Dodson. N.Y., 1994. P. 99–133.
35. Rabin B.S. Stress, immune function, and health: the connection. N.Y., 1999.
36. Rose M., Burkert U., Scholler G. et al. Determinants of the quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy // *Diabetes Care*. 1998. Vol. 21. P. 1876–1885.
37. Royce J., Mos L. Humanistic psychology: Concepts and criticisms. N.Y., 1981.
38. Selye H. Stress in Health and Disease. London, 1976.
39. Siegrist J., Junge A. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine // *Soc Sci Med*. 1989. Vol. 29. P. 463–468.
40. Surtees P.G., Wainwright N.W.J. Functional health status, chronic medical conditions and disorders of mood // *The British Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 183. P. 299–303.
41. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial Resources and the SES-Health Relationship // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. P. 210–225.
42. Wasserman L.I., Trifonova E.A. Diabetes mellitus as a model of Psychosomatic and Somatopsychic interrelationships // *The Spanish Journal of Psychology*. 2006. Vol. 9. P. 75–85.
43. Wiebe S., Guyatt G., Weaver B. et al. Comparative responsiveness of generic and specific quality-of-life instruments // *J. Clin. Epidemiol*. 2003. Vol. 56. P. 52–60.
44. Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease // *Am J. Public Health*. 1992. Vol. 82. P. 816–820.

METHODOLOGICAL ISSUES IN QUALITY OF LIFE RESEARCH IN MEDICINE

L.I. Wasserman, E.A. Trifonova (St. Petersburg)

Summary. The paper discusses conceptual and methodological issues in quality of life research in medicine. The importance of integrating scientific and humanistic paradigms within biopsychosocial approach is emphasized. The authors call attention to theoretical and methodological difficulties in this domain of research and suggest that quality of life be considered using principles of systems and adaptation theory as well as humanistic principles of taking into account the unique nature of individual experience, feelings, needs, values and personal meanings systems.

Key words: quality of life, biopsychosocial approach, humanistic paradigm in medicine, psychosomatic-somatopsychic interrelationships, adjustment to disease, psychological assessment.