

НАУЧНАЯ ЖИЗНЬ

DOI: 10.14515/monitoring.2019.6.15

Правильная ссылка на статью:

Кубряк О. В., Багдасарьян Н. Г., Герасименко М. Ю., Краснов В. Н., Кулябина Е. В., Подвойский Д. Г., Трущелёв С. А. О критичности врача: междисциплинарный подход // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2019. № 6. С. 295—313. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.6.15>.

For citation:

Kubryak O. V., Bagdasaryan N. G., Gerasimenko M. Yu., Krasnov V. N., Kulyabina E. V., Podvoyskiy D. G., Trushchelev S. A. (2019) On doctor's criticism: an interdisciplinary approach. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 6. P. 295—313. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2019.6.15>.



О. В. Кубряк, Н. Г. Багдасарьян, М. Ю. Герасименко, В. Н. Краснов, Е. В. Кулябина, Д. Г. Подвойский, С. А. Трущелёв О КРИТИЧНОСТИ ВРАЧА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

О КРИТИЧНОСТИ ВРАЧА: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

КУБРЯК Олег Витальевич — доктор биологических наук, заведующий Лабораторией физиологии функциональных состояний человека, НИИ нормальной физиологии им. П. К. Анохина, Москва, Россия

E-MAIL: o.kubryak@nphys.ru

<http://orcid.org/0000-0001-7296-5280>

ON DOCTOR'S CRITICISM: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

Oleg V. KUBRYAK¹ — Dr. Sci. (Bio.), Head of the Laboratory of Physiology of Human Functional Condition

E-MAIL: o.kubryak@nphys.ru

<http://orcid.org/0000-0001-7296-5280>

¹ Anokhin Institute of Normal Physiology, Moscow, Russia

БАГДАСАРЬЯН Надежда Гегамовна — доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой социологии и гуманитарных наук, Университет «Дубна», Дубна, Россия; профессор факультета мировой политики, Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия; профессор кафедры социологии и культурологии, МГТУ им. Н. Э. Баумана, Москва, Россия
E-MAIL: ngbagda@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0003-0639-3987>

ГЕРАСИМЕНКО Марина Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, директор, НИИ молекулярной и персонализированной медицины, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия
E-MAIL: gerasimenkomu@rmapo.ru
<https://orcid.org/0000-0002-1741-7246>

КРАСНОВ Валерий Николаевич — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела клинико-патогенетических исследований в психиатрии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
E-MAIL: valery-krasnov@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0002-5249-3316>

КУЛЯБИНА Елена Валериевна — кандидат технических наук, начальник Лаборатории метрологического обеспечения биологических и информационных технологий, Всероссийский научно-исследовательский институт метрологической службы, Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии, Москва, Россия
E-MAIL: kuliabina@vniims.ru
<http://orcid.org/0000-0002-6076-4569>

Nadezhda G. BAGDASARYAN^{2,3,4} — Dr. Sci. (Philos.), Professor, Head of Department of Sociology and Humanities; Professor, Faculty of World Politics; Professor, Department of Sociology and Cultural Studies
E-MAIL: ngbagda@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0003-0639-3987>

Marina Yu. GERASIMENKO⁵ — Dr. Sci. (Med.), Professor, Director
E-MAIL: gerasimenkomu@rmapo.ru
<https://orcid.org/0000-0002-1741-7246>

Valeriy N. KRASNOV⁶ — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Clinical and Pathogenetic Research in Psychiatry
E-MAIL: valery-krasnov@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0002-5249-3316>

Elena V. KULYABINA⁷ — Cand. Sci. (Tech.), Head of Laboratory for Metrological Assurance of Biological and Information Technologies
E-MAIL: kuliabina@vniims.ru
<http://orcid.org/0000-0002-6076-4569>

² Dubna State University, Dubna, Russia

³ Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁴ Bauman Moscow State Technical University, Moscow, Russia

⁵ Research Institute of Molecular and Personalized Medicine, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

⁶ Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of the Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia

⁷ All-Russian Research Institute for Metrological Service, Federal Agency for Technical Regulation and Metrology, Moscow, Russia

ПОДВОЙСКИЙ Денис Глебович — кандидат философских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, Институт социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра, Российская академия наук, Москва, Россия; доцент кафедры социологии, Российский университет дружбы народов, Москва, Россия
E-MAIL: dpodvoiski@yandex.ru
<http://orcid.org/0000-0002-7396-1828>

ТРУЩЕЛЁВ Сергей Андреевич — доктор медицинских наук, профессор Учебно-методического отдела, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, Москва, Россия
E-MAIL: sat-geo@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0003-4836-3129>

Аннотация. Круглый стол «Критичность врача при постановке диагноза и восприятии профильной информации», состоявшийся 28 февраля 2019 г. в рамках 15-й Ежегодной междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» в Москве, собрал экспертов из разных областей науки и практики. Междисциплинарный характер обсуждения связал различные социальные аспекты с критичностью мышления врача, острыми проблемами медицины, касающимися всего общества.

Ключевые слова: критичность, критичность мышления, врач и пациент, социальные роли медицины, медицина и общество, экспертные мнения о развитии медицины, медицина и наука

Denis G. PODVOYSKIY^{8,9} — *Cand. Sci. (Philos.), Associate Professor, Leading Research Fellow; Associate Professor, Department of Sociology*
E-MAIL: dpodvoiski@yandex.ru
<http://orcid.org/0000-0002-7396-1828>

Sergey A. TRUSHCHELEV¹⁰ — *Dr. Sci. (Med.), Professor at the Department of Education*
E-MAIL: sat-geo@mail.ru
<http://orcid.org/0000-0003-4836-3129>

⁸ Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

⁹ Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

¹⁰ Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract. The round table “Doctor’s criticism in the establishment of diagnosis and perceptions of the profile information” held on February 28, 2018, in Moscow in the framework of the Annual Inter-Disciplinary Vein Conference gathered experts in various scientific fields and with different experience. Inter-disciplinary character of the discussion tied different social aspects to doctor’s criticism and acute medical problems of the entire society.

Keywords: criticism, critical thinking, doctor and patient, social roles of health care, medicine and society, expert opinions on the development of medical science, medicine and science

Обмен мнениями на круглом столе «Критичность врача при постановке диагноза и восприятию профильной информации», состоявшемся 28 февраля 2019 г. в рамках 15-й Ежегодной междисциплинарной конференции «Вейновские чтения» в Москве, касался важной темы, ведь уникальность социальной роли врачей (специалистов-практиков) и исследователей (специалистов, генерирующих новые знания и создающих инструменты для практики) определяется их профессиональной деятельностью.

П. А. Сорокин, описывая последствия революционных преобразований в России начала XX в., отмечал: «Абсолютно ненормальные условия, в которые поставлено было население и его нервная система во все эти годы, сверхчеловеческие ужасы, лишения и горе, вывели последнюю из равновесия у всех, увеличили психозы и неврозы» [Сорокин, 1922]. Сорокин четко обозначил связь общественных явлений и здоровья народа. В наиболее контрастных проявлениях связи гражданских катаклизмов с общественным здоровьем хорошо заметны и в XXI веке [Идрисов, Краснов, 2008]. Если говорить о ситуации в современной России, то опросы показывают, что доля россиян, постоянно испытывающих стресс (здесь подразумеваются разные неуточненные состояния, часто называемые в обиходе словом «стресс»), увеличилась с 3% в 2010 г. до 8% в 2019 г. Об этом свидетельствуют данные опроса¹, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) ко Всемирному дню психического здоровья. К профессиональному психологу при возникновении стрессовых и неприятных ситуаций обращался каждый десятый россиянин (12%), преимущественно женщины (15%), а также респонденты в возрасте от 18 до 24 лет (18%) и от 25 до 34 лет (16%). Причем в последние полгода обращались за помощью к специалисту только 2% опрошенных. Большинство же соотечественников не имели такого опыта (88%), в особенности мужчины (92%) и люди в возрасте от 60+ (90%). Наиболее распространенными способами борьбы со стрессом среди россиян является самоуспокоение, настрой на позитивный исход ситуации (9%), анализ ситуации и поиск решения (9%) и использование успокоительных средств (7%). Еще 6% выходят из стресса при помощи занятий спортом, столько же стараются отвлечься от ситуации или сменить обстановку (6%). Справляются со стрессом посредством алкоголя 5% опрошенных, столько же обсуждают ситуацию с близкими людьми или работают (по 5%).

Если говорить о психологических и психиатрических проблемах в глобальном контексте, то можно заметить широкое обсуждение тем, не касающихся напрямую радикальных социальных потрясений, часто отмечается связь содержания современных медиа и уровня агрессии [Anderson et al., 2017], интернет-зависимости и видеоигр с расстройствами психики [Evren et al., 2019; Liu et al., 2018], выбора радикальных политических течений и наличия психопатических черт личности [Duspara, Greitemeyer, 2017]. Иными словами, социальные и культурные явления, практики, обнаруживают связи с уровнем здоровья людей, сближая социальные и медицинские проблемы. Развитая система здравоохранения, включающая должную подготовку специалистов, передовые научные исследования

¹ Жизнь в стрессе: масштаб проблемы и пути решения // ВЦИОМ. 2019. 9 октября. No. 4075. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9939> (дата обращения: 01.12.2019).

и адекватное управление, как предполагается, может повышать адаптивность общества — за счёт поддержания общего здоровья людей и связанной с этим критичности мышления, психического состояния. В этом контексте критичность мышления врачей и ученых в их непосредственной профессиональной деятельности представляется особой ценностью.

Мультидисциплинарный взгляд на проблемы критичности в медицине и науке с прошедшего круглого стола, продолжает эту важную тему, в формате, начатом в прошлом году [Кубряк и др., 2018]. Надеемся, что взгляд, оценки собранной экспертной группы, будут способствовать выявлению важных проблем, привлечению внимания самих врачей и ученых, а также управленцев и политиков, к роли медицины в обществе, критичности в целом и особой роли критичности мышления для медицины.

Критичность медицинских специалистов при выборе источников информации (С. А. Трущелёв)

Медицинская информация — это совокупность данных и фактов о пациентах и заболеваниях, нацеленная на решение явлений неопределенности и неполноты знаний. Она обладает динамическим характером — обновление знаний и технологий происходит каждые несколько лет. Важно, каким образом и из каких источников специалисты получают профессиональную информацию. При опросе 3036 медицинских специалистов² о необходимости и способах получения нового знания оказалось, что почти половина респондентов не участвует в системе непрерывного медицинского образования. На вопрос «Удовлетворены ли Вы существующей системой повышения квалификации?» отрицательно ответили 66 % респондентов. В другом опросе установлено, что только 1 из 20 медицинских специалистов имел подписку на профильный научно-практический журнал. Опрошенные отметили, что профессиональные навыки они чаще приобретают на рабочем месте из общения с коллегами. Для поиска профессиональной информации чаще используют поисковые информационные системы Яндекс и Google. Большинство отметили, что их рабочее место не оборудовано медицинской информационной системой. На необходимость повышения квалификации указали 80 % респондентов. Обострение проблемы потребности надёжности и достоверности медицинской информации в конце 1980-х годов за рубежом привело к необходимости выдвижения концепции научно-обоснованной медицинской практики (доказательная медицина). Главный постулат этой концепции: каждое клиническое решение врача должно базироваться на научно-обоснованных фактах.

На пути внедрения научно-обоснованной медицинской практики встречается немало трудностей. Так, Г. Гайатт и соавторы [Guyatt et al., 1995] отметили наиболее важные из них: большинство медицинских специалистов не владеют принципами критической оценки публикаций; многие специалисты предпочитают быстрые и простые ответы, поэтому медицинские руководства в виде простых и однозначных инструкций («поваренные книги») имеют большую привлекательность; а поиск

² Валеев Р. Опрос Минздрава: медработники считают, что внедрять систему НМО не следует // ЛекОбоз. 2018. 8 февраля. URL: <https://lekoboz.ru/professiya-farmatsevt/career/opros-minzdrava-medrabotniki-schitayut-cto-vnedryat-sistemu-nmo-ne-sleduet> (дата обращения: 01.12.2019)

научно-обоснованной медицинской практики часто воспринимается специалистами как отвлечение от основной деятельности; у специалистов нет мотивации для смены устоявшейся медицинской практики.

Другой аспект проблемы заключается в том, что совершенно нереально требовать от врача общей практики каждый раз самостоятельно отыскивать и критически оценивать факты, необходимые для решения клинической задачи. Необходимо учитывать и то обстоятельство, что 80 % медицинских публикаций в мире издаются на английском языке. И, наконец, ни один практикующий врач просто физически не в состоянии переработать колоссальный объём новой информации. Оптимальное решение проблемы — привлечь экспертов, которые, основываясь на принципах научно-обоснованной медицины, подготовят информационный продукт для медицинских специалистов в виде клинических рекомендаций, систематических обзоров, научных дайджестов и других удобных форматах.

В 1990-е годы принцип подготовки клинических рекомендаций претерпел существенные изменения: от метода экспертных оценок и консенсуса перешли к современным методам отбора и критической оценки научных фактов. Это было обусловлено тем, что клинические рекомендации потенциально могут иметь негативное влияние. Поскольку они разрабатываются узкой группой специалистов, то могут отражать их мнения в ущерб научным фактам. Рекомендации, разработанные на национальном уровне, могут не учитывать местных проблем; не учитывать специфики первичной медицинской помощи, если разработаны для специализированной помощи и наоборот; способствовать стандартизации «усредненных», а не оптимальных подходов. Такие рекомендации могут мешать индивидуальному подходу к лечению больного. С современной позиции медицинской науки и практики, клинические рекомендации (или руководство), основанные на принципах научно-обоснованной медицинской практике, — это документы, в которых детально, точно и недвусмысленно прослеживается связь между каждым утверждением и научными данными. Научные факты первенствуют над мнением экспертов. Цель клинических руководств: внедрить в клиническую практику стандарты, основанные на современных строгих научных данных; облегчить процесс принятия решений; служить основой для оценки профессионального уровня и качества работы; улучшить клинические исходы. Будучи внедренными в практику, хорошо составленные клинические рекомендации обеспечивают, помимо прочего, колоссальный экономический эффект.

Однако следует учитывать, что не все клинические исследования обладают одинаковой доказательностью. Так, британский исследователь Иэн Чалмерс — один из известных сторонников доказательной медицины и основатель некоммерческой организации «Кокрейновское сотрудничество», которая объединяет почти 40 тысяч ученых по всему миру — заявил, что исследования, показавшие неэффективность или опасность препаратов, обычно не публикуют. В результате разработчики не учатся на ошибках коллег, а пациенты порой получают лекарства, целебная сила которых, мягко говоря, преувеличена.

В России часто проводятся клинические исследования. Однако у большей части научной продукции обнаруживается низкий уровень доказательств. Основная причина — это практическое отсутствие финансирования независимых

клинических исследований, поэтому большинство клинических исследований выполняется при финансовой поддержке фармацевтических компаний, которые не всегда заинтересованы в проведении дорогих исследований с высоким уровнем доказательств.

Научное сообщество пытается преодолеть проблемы, связанные с повышением качества научной продукции, — вводятся рейтинги научных журналов, производится их группировка по качеству предоставляемой информации и востребованности в научном сообществе, регламентируется содержание и структура научных публикаций, предъявляются требования к научному обоснованию результатов исследований. Расширяются формы предварительного, открытого и независимого обсуждения публикаций. С целью повышения качества научной продукции расширилась практика изъятия статей (ретракция), которая осуществляется по официальному обращению редакции журнала. Вместе с тем, необходимо отметить, что для по-настоящему критичной оценки научной информации медицинский специалист должен владеть определенными навыками, которые формируются и развиваются только при вовлечении в научную деятельность, в работу научных и профессиональных сообществ.

Критичность для врача (В. Н. Краснов)

Профессиональная критичность врача, пожалуй, самое необходимое его качество, при этом имеющее несколько аспектов. Во-первых, в формировании диагностического суждения и, особенно, планировании терапевтических действий, врач не только имеет право на сомнения, но и должен их иметь, выбирая наиболее обоснованное решение, и даже, в части случаев, делиться с пациентом своими размышлениями, как бы вместе приходя к выбранному решению. Во-вторых, врач должен быть очень осторожен и деликатен в отношении заключений и действий других коллег, ранее имевших дело с больным, не допускать прямой критики, даже если он не согласен с ними. Наконец, врач должен не императивно, но последовательно, можно сказать, искусно, попытаться сформировать у пациента критическое отношение к ложному пониманию его недуга, если таковое имеется. Критика к болезни может дать больному дополнительные защитные ресурсы, обеспечить приверженность предложенному и согласованному с ним лечению, что располагает к сотрудничеству врача и пациента.

Врач — диагноз — пациент, или что значит быть критичным? (немного социологической оптики) (Д. Г. Подвойский)

Критичность мышления врача, как и всякого другого профессионала, выражается в наличии у него определенного (достаточно высокого) уровня рефлексивности. Иначе говоря, профессионал не просто что-то делает, но делает это осознанно, т. е. постоянно думает над тем, что он делает и как. Среди прочего, это означает перманентную адресацию самому себе ряда вопросов, в т. ч. «неудобных», и готовность на них отвечать: что тут, собственно, происходит (в моем кабинете, — процедура, исследование, операция, консультация... каков смысл моей деятельности для меня и для других, каковы ее возможные последствия (ближайшие и отдаленные, явные и латентные, позитивные и негативные), как она выглядит со стороны, вер-

нее — с разных сторон, какова мера моей ответственности, чем могут обернуться мои слова, рекомендации, предписания, и т. д. и т. п.? Критичность профессионала как специфическая ментальная установка обычно сочетается с известной мерой сомнения и специфической дистанцией взгляда, в т. ч. в отношении самого себя, своей собственной позиции.

С социологической точки зрения, важно осознание макро- и микросоциального контекстов развертывающихся изо дня в день типических, более или менее рутинизированных ситуаций взаимодействия. Врач — коллеги (и руководство) — диагноз — пациент (и его близкие) — лечение и его исход... Эта цепочка акторов и актов не просто социальна по существу, так как состоит из людей и их взаимно направленных поступков (микроуровень). Она также находится под влиянием множества общественно-исторических сил и факторов, выходящих (по своему происхождению) за рамки конкретных медицинских практик текущего дня, осуществляемых врачами как мастерами своего дела в условиях определенного места/времени — в клинике, на приеме в медицинском учреждении, на дому у пациента и т. д. (макроуровень).

Возьмем для примера диагноз. Что это? Каков его статус, «онтологические» и «эпистемологические» реквизиты? Диагноз — это всегда особого рода номинация, т. е. процесс именования, совершаемого врачом как экспертом, наделенным социально легитимированным правом на авторитетное суждение в области своей компетенции: какое-то состояние организма (психики... etc.) мы назвали так-то и так-то, или композицию таких-то и таких-то симптомов мы определили как проявление патологии конкретного типа, как болезнь, носящую то или иное имя. И тут сразу же встает трудный вопрос: диагноз — это корректное или не очень отражение «объективной» реальности (т. е. «распознавание», «опознание») или ее активное «субъективное» конструирование в сознании врача, осуществляемое в когнитивных масштабах исторически сложившейся системы медицинских категорий (той или иной эпохи, врачебной школы, терапевтической традиции, выработанной профессиональным сообществом на том или ином уровне развития медицинских знаний, и т. д.)? По-видимому, и то, и другое.

Что происходит, когда ставится и оглашается диагноз? Человек, ставший объектом медицинского наблюдения, волей и когнитивными усилиями врача оказывается квалифицирован как «больной», причем больной определенного типа, т. е. опознан, классифицирован, помечен. От поставленного диагноза многое зависит: и методы лечения, и состояние пациента, и реакция общества. И тут начинает работать принцип капитана Врунгеля: «Как вы яхту назовете, так она и поплывет»³. Право же номинации/называния в такой ситуации принадлежит именно врачу. Крайний случай авторитарного воздействия экспертной власти врача иронически и гротескно обыгрывается в известном анекдоте: когда на недоуменный вопрос живого еще пациента — куда его везут, санитары реагируют суровой репликой — врач сказал в морг, значит в морг... Или, как в фильме «Покровские ворота» (Оботов: Нет у меня никакого приступа!.. Маргарита Павловна: ...Его аппендикс

³ Именно этим объясняются распространенные практики неоглашения ряда диагнозов, прежде всего серьезных (своего рода «ложь во благо»), когда существует уверенность, что знание пациентом «действительной картины заболевания» принесет больше вреда, чем пользы.

что-то шалит... Вера Семеновна: Резать, к чертовой матери, не дожидаясь перитонитов, — единственно прогрессивный взгляд...).

В связи с этим вспоминается хрестоматийная работа одного из лидеров Французской социологической школы Марселя Мосса: «Физическое воздействие на индивида коллективно внушенной мысли о смерти» [Мосс, 2011: 286—303]. В этой статье на разнообразном этнографическом материале показано насколько сильной может быть степень интернализованного⁴ влияния коллективных представлений, ретранслируемых авторитетными персонами (старейшинами, колдунами, шаманами и т. д.), на сознание рядового представителя группы, готового умереть «естественным образом», задохнуться в кратчайшие сроки, будучи до совершения «греха» совершенно физически здоровым, поскольку было сформулировано соответствующее предсказание, например, дано указание на фатальный характер последствий нарушения пищевых запретов (молодой человек съел самку опоссума, или попугая не того вида...).

В эпоху модерна на смену знахарю приходит дипломированный врач. Вдобавок уровень прямой зависимости индивидуального сознания от форм сознания коллективного постепенно снижается (хотя и никогда не достигает нулевой отметки). Разумеется, современный пациент не умирает мгновенно или даже через некоторое время лишь в силу того, что доктор налагает табу на гамбургеры, алкоголь и сигареты в его рационе потребления. Более того, в клинической практике известно множество случаев, когда человеку удается бороться с тяжкими недугами и побеждать их вопреки всем и всяческим диагнозам, независимо от знания или незнания вынесенного врачом «приговора».

Ясно, что диагноз как процедура осуществляемой врачом «власти номинации» ощутимо воздействует на медицинскую биографию пациента, и в ряде случаев не только на медицинскую (особенно когда речь идет о «психических» заболеваниях). И дело не в одном лишь потенциально суггестирующем (психологическом по сути) эффекте диагноза (упасть в обморок после оглашения диагноза), но и в том, что диагноз в ряде случаев может работать как социальный маркер, «ярлык», инструмент стигматизации и эксклюзии, как «судимость», «клеймо», «волчий билет» — потом не отмоешься! («он псих, что с него взять!»), — или, наоборот, как оправдательный документ («мне теперь нельзя поднимать тяжести»...).

Один и тот же индивид — с диагнозом в карте, и без такового — предстает как два разных человека. Выходящий из кабинета врача пациент может почти мгновенно почувствовать себя другим человеком — например, из больного превратиться в здорового, или наоборот (говоря в интеракционистской (социально-драматургической) манере, — освоить или принять на себя роль «больного», «идущего на поправку», «безнадежного» или т. п.). А врач в такой ситуации выступает авторитетным «переключателем тумблера», добрым или злым волшебником, обладающим способностью снимать или налагать чары диагноза: «доктор сказал, что я теперь здоров...». Вслед за врачом и окружающие (большая и малая социальная среда, общество) меняют свое отношение к индивиду, происходит его социальная

⁴ Речь здесь идет именно о внутреннем влиянии (социально инспирированном, но выражающемся при этом в силе собственной убежденности индивида), а не о прямом / внешнем групповом давлении. Человека не казнят и не подталкивают к самоубийству, он умирает сам, хотя и под влиянием общества.

рекатегоризация, он становится, например, «человеком со справкой», «инвалидом», etc... со всеми преимуществами и ограничениями такого положения.

Если и не по содержанию, то, по крайней мере, по выполняемой социально-символической функции влияние врача на пациента в современную эпоху сопоставимо с культурно легитимным (и, как минимум, потенциально эффективным) воздействием, которое оказывали на страждущих и болящих шаман, знахарь, святой-целитель, носитель харизмы или иного типа сакрализованного авторитета в традиционных обществах. Врач не просто прописывает медикаменты или оглашает рекомендации «материально-содержательного» свойства — как лечиться (дает отвар, зелье, etc). Он наделен санкционированным коллективными представлениями правом налагать и снимать «заклятие» диагноза. Социально признаваемый статус врача подобен волшебной палочке Гарри Поттера. Но она правильно работает только в руках «волшебника», того, кто наделен сакральными полномочиями ей оперировать, иначе говоря, — правом священнодействовать. Именно таким способом лечили в Средние века золотуху короли-чудотворцы, о чем столь детально и увлекательно повествует в своем известном исследовании Марк Блок [Блок, 1998]. «Обычный» (пускай, и очень могущественный в иных отношениях) человек возложением рук исцелить недуг не может, — общество не наделило его такой силой.

Важно также понимание того, что сами категории болезни/здоровья, нормы/патологии, как и множественные классификации состояний, признаваемых патологическими или «пограничными», в т. ч. в психиатрии, доминирующие представления об эффективных и предпочтительных методах лечения различных заболеваний, само отношение общества к больному и его правам являются исторически изменчивыми. В интеллектуальной традиции, связанной с именем Мишеля Фуко [Фуко, 1997, 2014], медицина как таковая, в т. ч. современная «рациональная» (научная) медицина, рассматривается как институт социального контроля *par excellence*, как механизм воспроизводства и легитимации власти, осуществляемых над известной частью общества при помощи людей в белых халатах.

Он просто со странностями, или он — больной и его следует лечить, он не опасен для окружающих или его надо изолировать, он — блаженный, избранник богов, или одержим демонами, что это было — религиозный экстаз или эпилептический припадок...? Разные характеристики подходят для описания одного и того же состояния. В зависимости от изменения медицинской «оптики», ее настойки, меняется и отношение людей к носителю болезни как социальному субъекту (или объекту).

В недавно переведенной на русский язык книге шведской исследовательницы Карин Юханнисон «История меланхолии» [Юханнисон, 2018] (см. также критический комментарий к книге: [Гребнев, Панкова, 2018]) подробно рассказывается, как на протяжении последних веков менялись представления общества о людях, отличающихся девиантно высоким, болезненным уровнем психической чувствительности. В европейской истории Нового и Новейшего времени наблюдалась значительная вариативность в проявлениях и ликах меланхолии («черной» и иных оттенков), ипохондрии, акедии, депрессии, нервозности, хандры, сплина и иных чувств. Например, XVII и XVIII века — чрезвычайно слезливы и сентиментальны в сравнении с дисциплинированным и строгим викторианским веком. Для квали-

фикации определенных состояний психики и ощущений появлялись и продолжают появляться новые слова (депрессия, истерия, «нервы», астения, синдром хронической усталости, психическое выгорание и т. д.). Сегодня реальным основанием для прекращения службы в российской армии может стать новый диагноз — «тоска по дому». Мыслимо ли было такое еще полвека назад?

Обращает на себя внимание примечательный сюжет: когда общество находит способ описания, понятие, термин для обозначения определенного типического для ряда людей душевного состояния (что обычно делает «экспертное» сообщество — медицина или художественная литература), люди эпохи, ориентируясь на это, начинают чувствовать именно так, подгонять свои чувства под известный им «диагноз», под клише, образец, паттерн. Диагноз притягивает носителей симптомов, дает ключ к трактовке их состояний, делая последние объяснимыми — как для медиков, так и для общества, самих страдающих и их окружения. И каждая эпоха склонна считать набор испытываемых ее современниками чувств, «чувственный код» чем-то естественным, общечеловеческим, хотя при сравнении разных эпох становится ясно, что это не так, а структура и язык чувств весьма подвижны.

Почему все эти нюансы полезно знать врачу? Конечно, не только для общего кругозора. Диагноз — своего рода оружие врача, средство его когнитивного арсенала, которым он пользуется почти ежедневно. Как военный или страж порядка, имеющий право на ношение пистолета, несет ответственность за его применение, так и врач, способный стрелять словами в медицинской карте, наделенный авторитетным, общественно закрепленным правом судить о здоровье пациента, вынужден пользоваться им с предельной осторожностью и аккуратностью, — рефлексивно, а, стало быть, «критично», учитывая характер мишени и убойную силу/мощность инструмента знания-власти, находящегося в его руках.

Проблемы формальной этики, подготовки нормативов и критичность врача (О. В. Кубряк)

Желание пациентов лечиться у умных и подготовленных врачей, умеющих критически мыслить, можно интерпретировать и как нежелание сталкиваться с глупостью, в медицине в прямом смысле слова опасной для жизни и здоровья. Однако глупость так же, как и ум, является неотъемлемой частью нас. Самый подготовленный и критически мыслящий врач может оказаться в ситуации, когда его желание и потенциальная возможность помочь пациенту не соответствуют каким-либо сложившимся на тот или иной момент условиям — например, отсутствию разрешения (физической возможности) выписки рецепта на необходимое больному сильнодействующее лекарство. Или, когда под видом современных этических норм может не оказываться помощь пациенту (например, больному хроническим алкоголизмом), который категорически выступает против какого-либо лечения (не даёт согласия) в связи с тем, что не считает себя больным. То есть, слова пациента, потерявшего способность к критической самооценке здоровья, могут считаться имеющими большую силу, чем слова здравомыслящего врача и родственников алкоголика, физически, морально и экономически страдающих от его болезни. А обстоятельства, препятствующие его лечению — самыми ува-

жительными. При этом в современной Клятве Гиппократа, прописанной в статье 71, 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года, сказано, что врач должен «внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств». Иными словами, противоречащей Клятве Гиппократа и глупой представляется ситуация, когда реальные жизненные («жить или погибнуть») интересы пациента входят в конфликт с таким видом возведенной в норматив этики, которая прямо или косвенно запрещает оказание остро необходимой медицинской помощи.

Можно сказать, что врач сегодня сталкивается со своего рода эмотивизмом — эмоциональным, не обоснованным настоящими жизненными потребностями общества регулированием отношений в виде определенного типа навязываемой этики. В этой связи следует вспомнить дискуссии, которые велись в СССР, в том числе с зарубежными философами и специалистами по этике («с буржуазной этикой»). Полвека назад советский философ О. Г. Дробницкий отмечал [Дробницкий, 1971], что «этический волюнтаризм дезориентирует человека в сложном современном мире, где сталкиваются между собой противоположные моральные позиции, а личная установка на произвольность нравственных принципов в конце концов делает человека бессильным против столь часто навязываемых ему антигуманных принципов».

Важнейшим аспектом, касающимся рассматриваемой темы, является способ, обстоятельства и целеполагание в подготовке стандартов, порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций. То есть нормативов, регулирующих документов, алгоритмов диагностики и лечения. Для известного нам недавнего клинического случая [Масленникова и др., 2019], когда вызванное простейшим паразитом (лямблиями) угрожающее жизни поражение печени у пожилой пациентки первоначально принималось за пневмонию, потом за онкологический процесс, мы не нашли среди более 200 документов, выложенных на сайте отечественного Минздрава, подходящих клинических рекомендаций, которые бы облегчили диагностику и выбор терапии лечащим врачом. С другой стороны, если рекомендаций очень много, то, как врачу выбрать необходимое? Иными словами, мы опять приходим к тому, что врач должен обладать критическим мышлением. Однако в ситуации, когда его действия строго регламентированы иногда вовсе без рациональной основы, или сообразно с внешними по отношению к медицинским задачам обстоятельствами (например, экономическими установками), мышление врача искусственно ограничивается. Понимая и всемерно поддерживая необходимость должной стандартизации, предупреждения необоснованных «экспериментов» в диагностике и лечении, адекватного регулирования работы врача, нельзя не отметить, что настоящему критическому мышлению будут способствовать те регуляторные механизмы, создание которых задаётся нормальными целями: целями медицины (конечно, учитывающими экономические и иные реалии, но — медицинскими, ориентированными на улучшения здоровья населения). Трудность формулирования и достижения адекватных целей может быть преодолена только

при критическом рассмотрении острых вопросов организации здравоохранения, отбора в специальность и образования врачей.

Критичность врача при оценке достоверности биомедицинских измерений (Е. В. Кулябина)

О достоверности результатов любых измерений, в том числе и биомедицинских, можно говорить, только рассмотрев, из каких составляющих складывается процесс измерений. В процессе измерений участвуют:

- *объект* — в нашем случае человек; принимаются во внимание параметры организма (состав крови, мочи, слюны, слез, выпотов, других жидкостей организма, свойства жидкостей и тканей организма, активность работы головного мозга, параметры функционирования сердца, давление крови, температура тела и так далее). Также необходимо учитывать, что эмоциональное состояние человека может влиять на результат измерений;
- *средство измерений* — устройство, используемое для выполнения измерений, в том числе, в сочетании с одним или несколькими дополнительными устройствами. Средства измерений имеют нормированные (установленные) метрологические характеристики, и их погрешность или неопределенность вносит свой вклад в результат измерений. Средствами измерений являются биохимические анализаторы, спектрофотометры, жидкостные и газовые хроматографы и анализаторы, масс-спектрометры, ЯМР-спектрометры и многие другие технические устройства;
- *методика измерений* (в случае косвенных измерений) — детальное описание измерения в соответствии с одним или более принципами измерений и данным методом измерений, которое основано на модели измерений и включает вычисления, необходимые для получения результата измерения;
- *метод измерений*, реализуемый в конкретной лаборатории — совокупность влияющих факторов: анализируемого образца, конкретного анализатора лаборатории, набор реагентов, нередко без указания метрологической прослеживаемости;
- *основа для сравнения* — стандартный образец исследуемого материала, который предназначен для воспроизведения размера величины, подлежащей количественной оценке. Так при необходимости точного количественного определения активности фермента или, например, содержания антибиотика в тканях и жидкостях организма, результат измерения можно получить, только откалибровав прибор по измеряемой величине. Иначе результат, конечно, будет получен, но интерпретировать его будет крайне сложно. С подобной проблемой мы, как пациенты, сталкиваемся получая результаты нашего анализа (одного и того же, например, отправленного в разные лаборатории) и, получая различные значения, нередко выраженные в разных единицах.

Врач, получая результаты исследования, сталкивается с проблемой, — что есть правильное значение и насколько можно ему верить? Оператор, выполняющий измерения, — в нашем случае лаборант, — также может повлиять на результат измерений. Таким образом, говорить о достоверности биомедицинских измерений

можно только при включении в оценку результата анализа всех приведенных выше факторов. При использовании для выполнения измерений биоаналитических средств измерений с оцененными метрологическими характеристиками, аттестованных методик измерений, стандартных образцов мы получим то самое «единство измерений», которое даст нам возможность получать результаты измерений с известной точностью, выраженные в одних и тех же единицах, от какой лаборатории они бы не были получены, что в свою очередь значительно упростит их интерпретацию. Особенно большую роль отсутствие единства измерений играет в случае сопоставления результатов измерений, используемых в судебно-медицинской практике. Тогда отклонение полученного результат от установленной законом нормы может повлечь за собой неправильное обвинение или неправильное оправдание человека. Подобные ситуации возникают при освидетельствовании водителей, сотрудников, работающих на опасных производствах.

Конечно, можно оценить достоверность и в числовом выражении с помощью общеизвестных методов математической статистики. Хочется подчеркнуть, что в случае биомедицинских измерений уровень нашей уверенности, как пациентов, как врачей, в точности (погрешности или неопределенности) получаемых результатов и будет той самой достоверностью результатов измерений, а обеспечить высокий уровень достоверности, соответствующий должной критичности мышления — наша общая задача — врачей и исследователей, социологов и метрологов.

Критичность мышления и критичность врача (Н. Г. Багдасарьян)

Критическое мышление — явление не новое. Им пронизана вся философская мысль — от «Сократических вопросов» и «Диалогов» Платона до Августина, Хайдеггера и Мамардашвили, его демонстрирует вся великая литература. Вряд ли без возникшей на определенном этапе цивилизационного развития способности человека ставить под сомнение поступающую к нему информацию и выносить обоснованные оценки, возникла бы наука. То есть, сам по себе такой тип мышления, который можно было бы назвать «критическим», не нов. Но его исследование, ведущееся как в рамках социально-философского и психологического подхода, так и в проблемном поле когнитивистики, началось относительно недавно. И этому есть ряд весьма убедительных причин.

Распространено мнение, что критическое мышление, присущее людям с более развитыми личностными характеристиками, необходимо лишь для «высокого» уровня интеллектуального творчества, а в обыденной жизни, и в рутинных сферах профессиональной деятельности, оно не востребовано. Разумеется, это не так. Человек и в повседневной жизни, а уж тем более, в профессии, вынужден принимать множество решений, требующих таких процедур, как наблюдательность, анализ и сравнение, выбор из альтернатив. Существенно то, что в современном мире возросла скорость принятия решений, влияющих на судьбы людей. И ряд видов профессиональной деятельности (к ним в первую очередь относится медицина) ежедневно и ежечасно требуют быстрых, точных и обоснованных решений. Поэтому не случайно, что критичность мышления сама по себе выступает предметом научных исследований, будучи рассмотренной в разных ракурсах. В последнее время появилось довольно много работ, посвященных проблеме возникновения

нового знания. И хотя роль критичности мышления в этом процессе непосредственно не изучается, ряд выдвигаемых положений связан с выявлением способности к такому типу мышления. Если «опрокинуть» эти положения на врачебную деятельность, можно акцентировать внимание на следующем. В частности, известно, что новые научные идеи, способные корректировать, а подчас и полностью изменять лечебную практику, формируются как следствие разрешения обнаруживающихся противоречий (внутри научной теории, между устоявшимися теориями и новыми опытными данными, между наблюдениями т. н. народной медицины и медициной «доказательной», часто находящимися в конфликте и другое). Но кто тот субъект, который обнаруживает эти противоречия? Какими свойствами интеллекта он должен обладать? В целом ответ очевиден: именно критичность мышления позволяет видеть новые связи и зависимости явлений, осуществлять их анализ и синтез в новом направлении. Здесь можно построить шкалу, на одном конце которой — чувство уверенности субъекта познания в своих знаниях, а на другом — сомнение в выборе единственного варианта решения. Между тем, общих представлений о критичности ума явно недостаточно, чтобы быть убежденными в правильности принятого врачом решения. Критичность — это целая система параметров личности врача, позволяющая поддерживать здоровье и спасать жизни. Назовем некоторые, на наш взгляд, наиболее существенные, из них.

- Способность собирать и оценивать актуальную информацию, эффективно ее интерпретировать, проверяя на соответствие устоявшимся критериям и стандартам. Например, протоколам диагностики и лечения. Эти протоколы имеют разные уровни доказательности и, соответственно, разные степени рекомендаций («должно», «желательно», «можно»). Однако для ряда методик лечения экспериментальных исследований не существует, методики применяются конвенционально, на основе экспертного согласия. Соответственно, для принятия эффективного решения врачу необходимо действовать — с одной стороны, в соответствии со строгими стандартами (что способно обезопасить его еще и юридически), а — с другой стороны, уметь управлять их использованием. Бездумное следование лечебным протоколам может привести к трагическим исходам.
- Способность мыслить непредвзято, даже будучи приверженцем или последователем той или иной врачебной школы, помня, что каждый организм — уникален, мыслить в рамках альтернативных практик, признавая и оценивая, по мере необходимости, их опыт, следствия и практические последствия.
- Способность к коммуникации, совершенное владение профессиональным языком, эффективное взаимодействие с другими коллегами в поиске решений сложных проблем, а также стремление к преодолению эгоцентризма, личных и корыстных мотивов, соблюдение этических принципов, в особенности в ситуации практически повсеместного лоббирования коммерческих интересов.
- Чтобы реализовать названные выше требования, врач должен знать методы логического исследования и рассуждения и обладать умением эти методы применять.

Таким образом, критическое мышление требует настойчивых усилий по распознаванию проблем, интерпретации данных, оценке доказательств и аргументов, признанию логических отношений между предложениями действенных средств для решения этих проблем.

Приходит ли способность к критическому мышлению сама по себе? Мы не полагаем данными о врожденных структурах, обеспечивающих подобную способность. Поэтому делаем акцент на том, что (а) критическое мышление может быть развито; (б) существуют разработанные методики, кейсы, тренинги, а также блистательный опыт великих Учителей; (в) все уровни обучения — от детских садов до аспирантских спецкурсов по организации научных исследований — целесообразно выстраивать в ключе критического мышления.

Критичность как необходимое качество в работе и последипломном образовании врача (М. Ю. Герасименко)

В научной, практической медицине и в образовании врачей вопросы критичности занимают одно из основополагающих мест при формировании идей и реализации научных достижений, формулировании диагноза и последующем выборе методов лечения, в усвоении и применении знаний, полученных при обучении и так далее. Под понятием «критичность», вероятно, следует признать образ мышления, который в данном обществе и на данном этапе его развития признается нормальным, с умением оценивать собственные мысли, объем своих знаний и возможностей, признать, и в идеале, скорректировать свои действия, исправить ошибки в соответствии с реальными условиями.

Перед врачом всегда существует четыре основных вопроса в работе, требующие критичности мышления. Первый, базовый — это вопрос восприятия себя как специалиста, и окружающего мира в виде совокупности информационного пространства, объема приобретенных знаний и возможности их переосмысления и расширения, применения в клинической практике. Второй — это пациент, который смотрит на врача с противоположных позиций, с одной — «голубчик помоги» и «буду делать всё, что необходимо», пока ему плохо. А с другой — вечный скепсис и неуважение к медицинскому работнику — «а что он знает, это же не интернет, где все уже прописано и определено, поэтому я буду диктовать свои условия». Третий — это родственники, одним из которых «всё равно», главное — «отделаться от больного» и снять с себя все обязанности, а с другой — «Вы здесь нам все обязаны и ничего не понимаете». Четвёртый — администрация, требующая исполнения должностных инструкций и функциональных обязанностей согласно установленным нормативно-правовым документам.

Низкий уровень критичности мышления врача может проявляться в том, что он превращается просто в послушного исполнителя, который внешне четко следует инструкциям и указаниям, забывая или игнорируя свои творческие возможности при обследовании пациента, при постановке диагноза, при выборе методов лечения. Если все идет «гладко», то фиксируются основные атрибуты общепринятого профессионального мышления, и выстраивается строгая схема работы. Все удовлетворены. Однако вдруг появляется пациент, который «не укладывается» в типовые клинические рекомендации, у которого много сопутствующей патоло-

гии, а ранее ему уже «установили» с десяток диагнозов и убедили в них человека. Вот здесь остро проявляется необходимость критического мышления, которое надо рассматривать не только как некий объем знаний, когнитивных навыков, но и как ценность интеллекта, позволяющего «взвешивать» доводы «за» и «против» установленных диагнозов, определять и подвергать их всесторонней проверке. Соответственно, при наличии развитого критического мышления значительно повышается адаптивный потенциал врача и проявляется специализированная врачебная институция.

Что сделать для повышения критичности врача, развития его критического мышления? Совокупность ранее полученных знаний в высшей школе, увеличение их объема при профессиональной подготовке и изучении научной литературы, выдвигающей разные гипотезы, объема «околонаучных» знаний, взятых из интернета и рекламы фармкомпаний, дружеского обмена информацией между коллегами и посещения конференций и конгрессов? Перед врачом встает необходимость осознанного последиplomного образования с целью формирования критического мышления, которое выступает в качестве основной цели профессионализма и важнейшей ценности культуры доктора. При совокупности полученных знаний, практического опыта, возможности расширения когнитивных навыков, умения не только доверять клинично-функциональным, особенно высокотехнологичным методам исследования, но и возродить часто утерянную наблюдательность за динамикой жалоб, внешним видом и функциональными навыками пациента, можно развить критичность. Только тогда критичность будет проявляться в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия и/или ошибки, подвергать возникающие гипотезы всесторонней проверке. Наличие критичности характеризует врача как сформированную и активную личность, сочетается с высоким уровнем интеллекта и общей культуры, а также продвинутым уровнем восприятия окружающего мира. Высококритичные люди с хорошо развитым критическим мышлением становятся лидерами в профессии, образовании и науке. Следует учесть, что часто завышенная самооценка, постоянная критика (не путать с критическим мышлением) формируют примитивную подозрительность и мелочность, ограничивает интеллектуальные и профессиональные возможности врача, не только как специалиста, но и как человека. Следовательно, формирование критического мышления является одной из основополагающих задач высшего и последиplomного образования. Разумная критичность интеллектуально обогащает человека и формирует высококлассного специалиста.

Список литературы (References)

Блок М. Короли-чудотворцы: Очерк представлений о сверхъестественном характере королевской власти, распространенных преимущественно во Франции и в Англии. М. : Языки русской культуры, 1998.

Bloch M. (1973) *Royal Touch: Sacred Monarchy and Scrofula in England and France*. Montreal: McGill — Queen's University Press.

Гребнева В. Е., Панкова А. В. «Меланхолия как счастье от пребывания в печали», и другие исторически изменчивые одеяния социальных чувств // Вестник РУДН.

Серия: Социология. 2018. Т. 18. No. 3. С. 567—580. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-2272-2018-18-3-567-580>.

Grebneva V. E., Pankova A. V. (2018) “Melancholy as Happiness of Being in Sorrow”, and Other Historically Variable ‘Dresses’ of Social Emotions. *RUDN Journal of Sociology*. Vol. 18. No. 3. P. 567—580. <http://dx.doi.org/10.22363/2313-2272-2018-18-3-567-580>. (In Russ.).

Дробницкий О. Г. Дискуссия по проблемам этики // Вопросы философии. 1971. No. 4. P. 132—135.

Drobnitsky O. G. (1971) Discussion on the Problems of Ethics. *Problems of Philosophy*. No. 4. P. 132—135. (In Russ.).

Идрисов К. А., Краснов В. Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации. Сообщение III: сравнение трех этапов популяционного исследования 2002, 2004, 2006 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. No. 1. С. 18—21.

Idrisov K. A., Krasnov V. N. (2008) Mental Health of the Chechen Population Exposed to Long-Term Emergency Circumstances. Paper III. Comparison of Three Stages of the Population Study (2002, 2004 and 2006). *Social and Clinical Psychiatry*. Vol. 18. No. 1. P. 18—21. (In Russ.).

Кубряк О. В., Багдасарьян Н. Г., Глазачев О. С., Король М. П., Кулябина Е. В., Лебедев Г. С., Сидякина И. В., Силаева В. Л. Инструменты исследователя и врача: границы достижимых результатов и влияние на выводы исследований. По материалам круглого стола на XIV Вейновских чтениях, 10 февраля 2018 года. К 120-летию П. К. Анохина // Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены. 2018. No. 6. С. 386—406. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.6.18>.

Kubryak O. V., Bagdasaryan N. G., Glazachev O. S., Korol M. P., Kulyabina E. V., Lebedev G. S., Sidiyakina I. V., Silaeva V. L. (2018) Researcher’s and Doctor’s Tools: The Boundaries of Achievable Results and the Impact on the Study Findings. Proceedings of the XIV Vein Conference Roundtable Held on February 10th, 2018 (to the 120th Anniversary of P. K. Anokhin). *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 6. P. 386—406. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2018.6.18>. (In Russ.).

Масленникова Н. В., Кириллова Е. С., Кубряк О. В. Случай лямблиоза, первоначально принимаемого за пневмонию и онкологический процесс // Русский медицинский журнал «Медицинское обозрение». 2019. No. 9. С. 43—46.

Maslennikova N. V., Kirillova E. S., Kubryak O. V. (2019) Giardiasis Case, Originally Mistaken for Pneumonia and the Oncological Process. *Russian Medical Journal “Medical Review”*. No. 9. P. 43—46. (In Russ.).

Мосс М. Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. М. : КДУ, 2011.

Mauss M. (2011) *Societies. Exchange. Personality. Works in Social Anthropology*. Moscow: KDU. (In Russ.).

Сорокин П. А. Современное состояние России. Прага, 1922.

Sorokin P. A. (1922) *The Current State of Russia*. Prague. (In Russ.).

Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб. : Университетская книга, 1997.

Foucault M. (1965) *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Random House.

Фуко М. Рождение клиники. М. : Академический проект, 2014.

Foucault M. (1973) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Pantheon Books.

Юханнисон К. История меланхолии. О страхе, скуке и чувствительности в прежние времена и теперь. М. : Новое литературное обозрение, 2018.

Johannisson K. (2018) *History of Melancholy. On Fear, Boredom, and Sensitivity in Former Times and Now*. Moscow: New Literary Observer. (In Russ.).

Anderson C. A., Bushman B. J., Bartholow B. D., Cantor J., Christakis D., Coyne S. M., Donnerstein E., Brockmyer J. F., Gentile D. A., Green C. S., Huesmann R., Hummer T., Krahé B., Strasburger V. C., Warburton W., Wilson B. J., Ybarra M. (2017) Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics*. Vol. 140. No. 2. P. 142—147. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758T>.

Duspara B., Greitemeyer T. (2017) The Impact of Dark Tetrad Traits on Political Orientation and Extremism: An Analysis in the Course of a Presidential Election. *Heliyon*. Vol. 3. No. 10. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2017.e00425>.

Evren B., Evren C., Dalbudak E., Topcu M., Kutlu N. (2019) The Impact of Depression, Anxiety, Neuroticism, and Severity of Internet Addiction Symptoms on the Relationship Between Probable ADHD and Severity of Insomnia Among Young Adults. *Psychiatry Research*. Vol. 271. P. 726—731. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.010>.

Guyatt G. H., Sackett D. L., Sinclair J. C., Hayward R., Cook D. J., Cook R. J., Bass E. B., Gerstein H., Haynes B., Holbrook A., Jaeschke R., Laupacls A., Moyer V., Wilson M. (1995) Users' Guides to the Medical Literature IX. A Method for Grading Health Care Recommendations. *JAMA — Journal of the American Medical Association*. Vol. 274. No. 22. P. 1800—1804. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530220066035>.

Liu L., Yao Y. W., Li C. R., Zhang J. T., Xia C. C., Lan J., Ma S. S., Zhou N., Fang X. Y. (2018) The Comorbidity Between Internet Gaming Disorder and Depression: Interrelationship and Neural Mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00154>.