

А.Ф. СОКОЛ¹, д.м.н., профессор, Р.В. ШУРУПОВА², к.пед.н., профессор¹ Израильская независимая академия развития науки² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России

ЭФФЕКТ ФРЕЙМИНГА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНЕ

(ПО КОНЦЕПЦИИ Д. КАНЕМАНА И А. ТВЕРСКИ)

Статья основана на концепции фрейминга, описанной в работах лауреата Нобелевской премии Д. Канемана и А. Тверски. Цель работы – ознакомить врачей и организаторов здравоохранения с эффектом фрейминга в медицине. Изложена сущность эффекта фрейминга. Приведены примеры принятия решений в медицинской практике и организации медицинской помощи на основе эффекта фрейминга. Подчеркивается влияние формулировки на выбор решения. Указана зависимость эффекта фрейминга от Системы 1 мыслительной деятельности. Обсуждается вопрос о морально-этическом аспекте фрейминга во врачебной практике.

Ключевые слова: эффект фрейминга, Система 1, Система 2, принятие решений в медицине.

FRAME EFFECT AND ITS INFLUENCE ON DECISION-MAKING IN MEDICINE (ACCORDING TO D. KAHNEMAN AND A. TVERSKI CONCEPT)

The article is based on the concept of framing, as described in the works of the Nobel Prize laureate D. Kahneman and A. Tverski. The purpose of work is acquaintance physicians and health care managers with the effect of framing in medicine. The essence of effect of framing is expounded. The examples of decision-making in medical practice and the organization of medical care on the basis of effect of framing are given. Emphasized influence of the formulation on the choice of the solution. Dependence of effect of framing is indicated on System of 1 cogitative activity. The question of moral and ethical aspect of framing in medical practice is discussed.

Keywords: effect of framing, System 1, System 2, decision-making in medicine.

Принимать решения – как говорить прозой:
люди делают это непрерывно,
осознанно или неосознанно.

Д. Канеман, А. Тверски

Принятие решений в медицинской практике – чрезвычайно сложный и ответственный этап в работе врачей и организаторов здравоохранения. Процесс принятия решения интересует специалистов разного профиля (социологов, психологов, клиницистов, статистиков, математиков и др.).

В настоящем сообщении обсуждается вопрос о влиянии рамочного анализа (фрейминга) на принятие решений в медицинской практике. Работа основана на концепции Д. Канемана, изложенной в его книге «Думай медленно... Решай быстро» [1].

Даниэль Канеман – выдающийся современный психолог, лауреат Нобелевской премии. Как подчеркивает Д. Канеман, его книга в конечном итоге посвящена изучению психологии человеческих ошибок. «Основную часть ошибок люди совершают по определенным шаблонам» ([1], с. 10). Эффект фрейминга и его роль в медицинской деятельности не нашли достаточного освещения в литературе.

Клинические и психологические аспекты ошибочных суждений врачей и пациентов отражены в нашей монографии [2].

Фрейминг – «необоснованное (курсив наш – А.С., Р.Ш.) влияние формулировки на убеждения и предпочтения» ([1], с. 475). Как подчеркивает Д. Канеман, исследования эффекта фрейминга проводилось им совместно с его многолетним соавтором А. Тверски, что нашло отражение в работе [3]. Для лучшего понимания сущности фрейминга приведем пример.

Согласитесь ли вы на операцию, при которой смертельный исход равен 15%?

Согласитесь ли вы на операцию, при которой выживаемость равна 85%?

Как свидетельствует опыт, подавляющее число больных выбирает второй вариант, в соответствии с которым дает согласие на оперативное вмешательство. Между тем, в сущности, и первая, и вторая формулировка вопроса содержат одинаковую информацию. Однако эмоционально второй вариант оказывается предпочтительным.

Для понимания изложенного выбора следует кратко остановиться на понятиях Система 1 и Система 2 [1].

В психологии различают два типа мыслительной деятельности, которые условно называются Система 1 и Система 2. Система 1 отражает «быстрое» (автоматическое, инстинктивное, эмоциональное), Система 2 – «медленное» (рациональное и логическое) мышление.

Система 1 работает без видимого усилия и осознанного контроля («закон наименьшего напряжения»). Эта

система автоматически порождает впечатления, чувства, сложные схемы мыслей.

Система 2 включает внимание, необходимое для умственных усилий и сложных вычислений. Она характеризуется субъективным ощущением «деятельности, выбора и концентрации». Система 2 в состоянии упорядочить в определенной последовательности ход мыслей и впечатлений, возникших в Системе 1.

«Разделение труда между Системой 1 и Системой 2 очень эффективно: оно дает наилучшую производительность при минимуме усилий. Большую часть времени всё работает хорошо, потому что Система 1, как правило, отлично выполняет свои функции: формирует точные модели ситуаций и краткосрочные прогнозы, а также быстро и чаще всего уместно реагирует на возникающие задачи. Однако у Системы 1 есть и свои искажения, систематические ошибки, которые она склонна совершать в определенных обстоятельствах. Еще одно ограничение Системы 1 состоит в том, что ее нельзя отключить» [1].

Вернемся к обсуждению фрейминга. Выбор решения в предложенных выше вариантах задач определяется исключительно действием Системы 1, которая не всегда связана с реальностью.

Для клинической практики важен вопрос: подвержены ли врачи эффекту фрейминга? В связи с этим приведем пример из книги [1].

Группа врачей в Гарвардской медицинской школе получала статистику результатов двух вариантов лечения

рака легкого: хирургическая операция и лучевая терапия. Оценивался пятилетний уровень выживаемости при использовании каждого варианта. При таком подходе хирургическое вмешательство оказалось предпочтительным. Однако в краткосрочной перспективе риск при хирургической операции был значительно выше, нежели при использовании лучевой терапии. Краткосрочный прогноз при использовании хирургического вмешательства был представлен в двух формулировках:

1. Месячный уровень выживаемости – 90%.
2. Смертность составляет 10% в первый месяц.

Врачи – участники эксперимента были разделены на две группы: одна получала статистику в терминах выживаемости, вторая – в терминах смертности.

В результате хирургическое вмешательство в первой формулировке выбрали 84%, между тем при использовании второй формулировки 50% врачей отдали предпочтение лучевой терапии.

Поскольку по существу первая и вторая формулировки в информационном смысле совершенно идентичны, логически выбор при рациональном подходе должен был быть одинаковым при оценке любой формулировки.

Однако, как замечает Д. Канеман, Система 1 не остается безучастной к эмоциональной стороне вопроса. «Смертность» звучит плохо и тревожно, «выживание» – обнадеживающе. «Выживаемость в 90% случаев» воспринимается гораздо оптимистичнее, нежели «смертность в 10% случаев», которая отпугивает.



ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

www.med-sovet.pro

- АРХИВ ЖУРНАЛА С УДОБНЫМ ПОИСКОМ
- НОВОСТНОЙ РАЗДЕЛ
- ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ И ЗАДАЧАМ

НАШИ ГРУППЫ В СОЦСЕТЯХ



Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ. Журнал индексируется службой «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ), размещен в Электронной научной библиотеке.

105082,
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.
Тел.: 8 495 780 3425
факс: 8 495 780 3436
remedium@remedium.ru

Д. Канеман и его многолетний друг и соавтор А. Тверски, рано ушедший из жизни, пришли к выводу, что врачи подвержены эффекту фрейминга, как и люди без медицинского образования, в том числе их пациенты.

Решение проблемы диагностики или лечения очень часто связано с определенным риском. В какой ситуации врач выбирает рискованный вариант? Приведем пример из книги [1].

Предположим, что прогнозируется тяжелая эпидемия новой болезни, которая по подсчетам может унести жизни 600 человек. Предложены две научно прогнозируемые программы борьбы с грозящей эпидемией:

1. Программа А гарантирует спасение жизни 200 человек.
2. При использовании программы Б с вероятностью 1/3 будут спасены 600 человек и с вероятностью 2/3 никто не спасется.

Большинство участников эксперимента выбрали вариант А, который обеспечивал гарантированный исход.

Далее была предложена та же задача в иной формулировке:

1. При использовании программы А1 умрут 400 человек.
2. При использовании программы Б2 с вероятностью 1/3 никто не умрет и с вероятностью 2/3 умрут 600 человек.

В сущности, вторая формулировка отражала ситуацию точно так же, как и первая. Однако во втором случае оба исхода представляются неблагоприятными. Психология человека такова, что он всегда предпочитает гарантированный исход. При неблагоприятном исходе каждого из вариантов человек предпочитает рискнуть и выбирает «игру», (в нашем случае вариант Б2). Другими словами, различный выбор определяется рамками формулировки. Приведенный пример свидетельствует о том, что предпочтение решения, связанного с риском, определяется не реальностью, а вариантами формулировок.

Чрезвычайно любопытный случай влияния эффекта фрейминга на принимаемое решение приведен в книге Д. Канемана [1]. А. Тверски был приглашен на встречу с группой профессионалов, принимающих решение о вакцинации населения и других профилактических программах. Этой группе специалистов была предложена описанная выше задача об «эпидемии необычной азиатской болезни». Половина участников получила вариант «со спасенными жизнями», а половина – «с потерянными жизнями». Эффект фрейминга сработал как и у обыкновенных людей. Следовательно, даже весьма ответственные решения принимаются посредством Системы 1. Система 2, по справедливому замечанию Д. Канемана, не имеет «собственных моральных суждений» [1] для решения этого вопроса.

В свете концепции Д. Канемана и А. Тверски моральные суждения и соображения привязаны к *описаниям* (курсив наш – А.С., Р.Ш.) реальности, а не к самой реальности.

Поэтому эффект фрейминга не следует рассматривать как некоторое внешнее влияние, которое искажает или маскирует наши предпочтения.

Незначительные детали иногда определяют выбор решения, что иллюстрируется следующим примером [1]. Известно, что во многих странах существует система регистрации лиц, дающих свое согласие на пересадку их

органов в случае внезапной смерти. Оказывается, что в соседних странах Европы уровень донорства существенно отличается. Так, в Австрии он равен почти 100%, в Германии – 12%, в Швеции – 86%, в Дании – 4%. Это различие обусловлено эффектом фрейминга, который вызван формулировкой главного вопроса. В некоторых странах следует в бланке отмечать в клеточке нежелание стать донором, в других – готовность стать донором. Между тем готовность стать (или не стать) донором, как правило, определяется человеком без колебаний, а заполнение соответствующих граф или клеток существенно меняет оценку его предпочтений.

Д. Канеман приводит оригинальный пример. Представьте себе, что в соответствии с принятым решением человеку предлагается решить две задачи: в одной строке написано $2 + 2 = ?$, в другой – $13 \times 17 = ?$. Несомненно, что при таком подходе количество потенциальных доноров будет существенно меняться, что объясняется не столько доминированием Системы 1, сколько «леностью» Системы 2 [1].

При обсуждении эффекта фрейминга в медицине возникает вопрос морально-этического порядка. Известно, что решение о лечении и обследовании пациента должно приниматься врачом совместно с больным. Этот вопрос достаточно полно освещен в работе [4]. «Пациент имеет право решать не потому, что его решения более разумны, а потому, что это его решение» (Д.Б. Добс, [5], с 172). Известный немецкий врач и философ Клаус Дёрнер высказал мысль о том, что медицина как отрасль практической деятельности прежде всего является наукой об отношениях и лишь затем – наукой о действиях [6].

В связи с изложенным подчеркнем, что врач может оказать влияние на решение пациента с помощью формулировки о ситуации и возможном исходе. Важно, однако, что при этом врач совершенно *не искажает* и *не скрывает* (курсив наш – А.С., Р.Ш.) реальную ситуацию. Он лишь выбирает формулировку, кажущуюся ему наиболее приемлемой в конкретном случае. Иногда врач формулирует проблему совершенно непреднамеренно, не отдавая себе отчет об эффекте фрейминга. Главное – не искажать реальное состояние дел и выбирать для больного наименее травматичные и наиболее эффективные формулировки. Говоря иначе, эффект фрейминга в медицине является феноменом не только (возможно, не столько) психологическим, но и морально-этическим.



ЛИТЕРАТУРА

1. Канеман Д. Думай медленно... Решай быстро (пер. с англ.). М.: Изд. АСТ, 2015. 653 с.
2. Сокол А.Ф. Ошибки мыслительной деятельности врача и пациента: клинические и психологические аспекты. Беэр-Шева: 2016. 207 с.
3. Канеман Д., Тверски А. Выбор, ценности и фреймы. В кн: Канеман Д. Думай медленно...Решай быстро (пер. с англ.). М.: Изд. АСТ, 2015: 573-594.
4. Ефименко С.А., Сокол А.Ф. Роль и место пациента в принятии решений в клинической практике. *Ученые записки. Вестник Академии*, 2014, 1: 14-21.
5. Сокол А.Ф. Медицина из глубины веков до наших дней. Антология высказываний. Беэр-Шева: 2012. Т. 2. 382 с.
6. Дёрнер Клаус. Хороший врач (пер. с нем.). Москва: 2006. 544 с.