

## ЛИЧНОСТЬ БОЛЬНОГО: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Таратухин Е. О.

Статья посвящена вопросу положительного здоровья — проблемам в его достижении и необходимости учёта личности больного. Озвучивается необходимость междисциплинарного подхода, который позволил бы интегрировать знание о человеке и направлять практическую медицинскую деятельность не только на борьбу с соматической патологией, но и на достижение здоровья.

Российский кардиологический журнал 2014, 9 (113): 22–25

**Ключевые слова:** биопсихокультуральный подход, психосоматика, психокardiология, доказательная медицина, факторы риска.

Кафедра госпитальной терапии № 1 ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия.

Таратухин Е. О. — к.м.н., master of arts (M.A.), кардиолог, терапевт, ассистент кафедры.

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): cardio03@list.ru

Рукопись получена 11.08.2013

Рецензия получена 13.08.2013

Принята к публикации 20.09.2013

## PATIENT'S PERSONALITY: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH TO CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

Taratukhin E. O.

The article takes into account the opportunity of the positive health, that is possible instead of the fight against diseases. As a main part of such interdisciplinary approach the personality is evaluated. To summon up the knowledge from biochemical to cultural bodies of human existence might turn medical science from the negation of a somatic disease to the health.

Russ J Cardiol 2014; 9 (113): 22–25

**Key words:** biopsychocultural approach, psychosomatics, psychocardiology, evidence-based medicine, risk factors.

SBEI HPE RNRMU n.a. N.I. Pirogov, Moscow, Russia.

“Лечить не болезнь, но больного”, — кажется, эти слова слышали все. И, кажется, мало кто понимает, что они на самом деле означают. Современная медицина, развивающаяся вместе с культурой в целом, приобрела в XX веке закономерные черты той науки, которая сделала возможными полёты в космос, восстановление и изменение человеческого тела, модификацию сознания.

Она приобрела разные черты. В первую очередь, это необходимость проверки достоверности любых данных, поиска доказательств и принятия решений на основании опыта. Такая доказательность требует унификации. Для уменьшения роли случайности множество этих возможных случайностей должно быть столь велико, чтобы за ним искомый признак выделился и был обнаружен. При неуспешности смазывания индивидуальных признаков унификация оказывается безрезультатной, и искомая взаимосвязь приобретает недостоверные свойства. Поэтому хорошая научная база включает данные максимально большого числа участников. Получившийся средний человек похож на всех сразу и не похож ни на одного из них. Создаётся иллюзия абсолютной достоверности. А между тем, ещё в 1937 г в журнале The Lancet было опубликовано предупреждение об “опьянении” статистикой, которая вызывает “сильную эмоциональную реакцию у нематематических умов” [1]. Шансов получить выгоду от усреднённого опыта больше у того, кто больше похож на середину. Чем больше индивид отличается, тем меньше он застрахо-

ван от ошибки. Это удивительно соответствует вообще культурной парадигме массовости, равенства и демократии, воцарившейся в Новейшее время.

Индивидуальность пациента как личности здесь уходит на задний план. Когда речь заходит о больном, в расчёт берутся конкретные объективные данные. Жалобы тоже в них входят: если болит, то определённым образом. Одна из причин этому — модель болезни с обязательным морфологическим субстратом. Болезнь и её лечение изучаются точно так же, как изучаются минералы, растения, грибы. Воздействие на больного осуществляется точно так же, как на химический субстрат: если нагреть ацетилен в присутствии платины, получится бензол; если заблокировать рецепторы к ангиотензину, изменится тонус сосудов, снизится скорость образования соединительной ткани, повысится уровень калия.

Это работает.

В чём же проблема? Проблема в случайности. Случайное событие предопределяется некоторым числом факторов — достаточно большим, чтобы их невозможно было учесть. В данном случае вместо учёта может быть использована повторяемость или массовость [2]. Они уменьшают роль случайности. Человеческий организм — сложная взаимосвязь обуславливающих друг друга процессов. Их число может быть бесконечным, но они регулируются, а потому предсказуемы. Главная цель такой регуляции — поддержание гомеостаза при изменяющихся условиях внешней среды. Различия в протекании этих процессов

дают предсказуемость произвольного воздействия при экстраполяции на любого человека с условием усреднения множества. Во многом, поскольку информация о внешней среде поступает через центральную нервную систему, именно функция по образованию сознания, личности, “Я” во взаимодействии с миром объединяет внешние изменения с внутренними. Подход к болезни через её морфологический компонент почти не учитывает этой регуляторной роли ЦНС. Пресловутые факторы риска рассматриваются как химические влияния, приводящие к нарушению нормального функционирования. Их социальная, символическая, смысловая природа располагается в другом поле — отдельно от соматической медицины. А между тем, лечебное влияние на личность как компонент высшей нервной деятельности, представленный вовне, в общество, может таить бесконечный потенциал. Об этом свидетельствуют разного рода практики нетрадиционной медицины.

В телесно-ориентированном подходе работа медицины направлена на избавление от болезни. А состояние здоровья — это не только отсутствие болезней [3]. Для предотвращения болезней и для достижения состояния позитивного здоровья требуется подход более сложный, нежели химико-физическое воздействие на материальный субстрат тела. То есть, работа с личностью больного.

Но можно ли критиковать традиционный телесно-ориентированный подход? Ведь он спасает сотни миллионов жизней. Критиковать его было бы невежественно и неконструктивно. Я лишь хочу попытаться предложить ряд вопросов, на которые, наверное, следовало бы ответить, чтобы решить проблему: как повернуть медицину к здоровью личности пациента? Вначале нужно обратиться к великому Мишелю Фуко.

Как он указывает в своей знаменитой археологии медицинского знания, современная медицина началась с момента, когда вопрос врача к больному “Что с Вами?” был заменён вопросом “Где у Вас болит?”. “Начиная с этого момента, все связи означающего и означаемого перераспределяются на всех уровнях: между симптомами, которые означают, и болезнью, которая означается; между описанием и тем, что оно описывает... между повреждением и болью, которая о нём сигнализирует”. Болезнь и тело начинают совпадать. Накопление опыта, позитивистское, в полной мере соответствующее цивилизационному фону XVIII–XIX веков, складывание знания об общем в течении болезней позволяет производить общие средства воздействия — эффективные, но забирающие у больного его личную, неповторимую болезнь. Институционализация такого обобщённого знания приводит к возникновению своего рода “полиции непосредственных знаний”, контролирующей то медицинское знание, согласно которому следует производить лечебное действие. Фуко указывает, что

до XVIII века “...медицина куда чаще ссылалась на здоровье, нежели на норму <...> Медицина XIX века, напротив, организовывалась по отношению к норме, нежели к здоровью”. В больнице больной — только субъект своей болезни, её случай. Болезнь оказывается текстом, и больной — лишь то, на чём этот текст написан, более или менее разборчиво. В итоге, Фуко формулирует ряд важнейших выводов, из которых отметим два. Во-первых, “через заимствование вероятностного мышления медицина полностью обновила перцептивные ценности своей области” — пространство внимания врача стало неограниченным пространством; медицина посвящает себя не обнаружению истинной сущности под видимой индивидуальностью, но оказывается перед задачей бесконечного восприятия событий в открытом пространстве. Взгляд врача, таким образом, становится накопительным, вписанным в товарообмен, приумножающим знание как капитал (это во-вторых) [4].

Включение медицинской науки в культурную парадигму капитализма позволило достичь невероятных высот. Стараясь удовлетворить потребности человека в выздоровлении, медицина даже научилась создавать спрос, предоставляя уже не столько выздоровление, сколько улучшение, модификацию худшего, а также категории худшего и лучшего как таковые. В этой ситуации отправную точку определяет сам пациент — клиент, адаптирующийся к транслируемой извне социальной типологии идентичностей. Такой стиль работы требует предоставления гарантий. Их даёт метод доказательной медицины, выводящей модель среднего пациента по ряду референтных факторов и указывающей на эффективность и безопасность искомого способа воздействия. Личность пациента в этом процессе участия не принимает.

Красноречивым свидетелем того, что что-то в описанной модели идёт не так, является эпидемиология. Множащиеся подробности устройства патологических процессов, обнаружение новых медиаторов и рецепторов, генетические особенности, селективность фармакологических воздействий, кажется, теоретически бесконечны. Их бесконечность измеряется потенциальным количеством организмов, в которых протекают эти процессы. Так, в начале двухтысячных годов о синдроме ночного апноэ актуальная литература сообщала важность коррекции факторов риска — ожирения, увеличенных миндалин и т.д. В середине десятых годов уже исследуются генетические предпосылки этого состояния. Эпидемиологически же вклад его в развитие сердечно-сосудистой патологии так и остаётся колоссальным [5]. Углубление знания позволяет всё более прецизионно проникать в материальный субстрат болезни, всё более точно “вырезать” патологический процесс, не задевая процессы нормальные. И вслед за одной модифицированной проблемой проявляют себя новые, тоже требующие коррекции. Это очень удобно, ведь

такой подход даёт сохранение спроса при адекватном удовлетворении потребностей. Болезнь отрицается, но здоровье не приходит.

Сегодня даже экспериментально доказано, как важно учитывать сознание и личность пациента в работе с его заболеванием. Этим занимается психология — клиническая, нейро-, и другие её аспекты. Накоплено множество экспериментальных и клинических данных о взаимосвязи нейрофизиологических процессов с соматическими и поведенческими. К примеру, выполнение различных “ментальных задач” вызывает активацию различных адренорецепторов (связанных с активным действием —  $\beta$ , с необходимостью сопротивляться и терпеть —  $\alpha$ ) [6]. Создано значительное число теорий, объясняющих развитие психосоматической патологии, к которой относится большая часть сердечно-сосудистых заболеваний. Психодинамическая теория, например, разрабатывает долю бессознательного и конфликта в развитии заболевания. В соответствии с этой теорией, депрессивное состояние после инфаркта миокарда является результатом уже протекавших процессов, и реакция на болезнь возникает скорее как их обострение, нежели непосредственно из-за соматической патологии [7]. Для развития артериальной гипертензии и ИБС стали хрестоматийными представления о стрессе как факторе риска, о типах личности “А” или “D”. Показано, что состояние дистресса и агрессия ведут к повышению уровня ИЛ-6 у здоровых в остальном людей, активируют натуральные киллеры и усиливают их цитотоксичность. С повышенным уровнем цитокинов ассоциирована и депрессия [8]. Явления “жизненного истощения”, хронической усталости, посттравматического стресса, по данным множества исследований, ведут к развитию и обострению сердечно-сосудистой патологии [9, 10]. Все эти данные, в общем, широко известны и понятны. Рекомендаций избегать стрессов, бросать курить, правильно питаться и больше двигаться не слышал, наверное, только младенец. Однако вот на этом этапе начинаются непреодолимые сложности. Показано, что большинство пациентов после выписки из стационара, хотя и могут пересказать рекомендации по модификации образа жизни, не следуют им практически [11]. Сколько ваших пациентов бросают курить, изменяют диету, ходят пешком? Проблема заключается в том, что рекомендации, равно как и терапевтические воздействия, направлены на изолированную часть внутреннего мира — отдельные поведенческие компоненты. Но если можно поставить стент или заблокировать адренорецепторы, то как быть с привычками, желаниями, побуждениями? Мотивация человека включена в структуру его личности, и для успешной коррекции проблем, трансформируемых в сердечно-сосудистую патологию, нужно научиться взаимодействовать с личностью в целом: лечить не болезнь, а больного.

Психология занимается душевным миром человека. Существует позитивная психология, психология личности, клиническая, когнитивная и так далее. Эти науки, будучи идеологически ближе к естественным, пользуются позитивистским подходом к изучению человека. Накопление материала, эксперимент, статистика. Сегодня благодаря среднему человеку с его усреднённым внутренним миром из сотен тысяч чужих внутренних миров существует возможность психотерапевтического и психофармакологического воздействия. Но в работе с личностью единственное, что может быть материалом для исследователя, — это проявления тех или иных процессов, переживаний. Психология относится к “особым наукам” (см.: Fodor J. “Special Sciences”, 1974), в которых редукция объекта до составляющих не даёт эквивалентной этому объекту картины [12, 13]. Другими словами, редукция духовного мира человека до отдельных процессов не только не позволит составить полной картины, но приведёт лишь к её искажению. Хотя объективация многих процессов возможна (с измерением сопротивления кожи, параметров кровообращения, выполнением функциональной МРТ), большая часть информации — это вербальные и невербальные высказывания. В случае с больным, это его жалобы и анамнез, которые хотя и достаточны для работы с соматической патологией, в сфере психической создают серьёзные сложности. Потому исследованию личности больного грозит та же проблема, что и исследованию его тела.

Как же быть? По-видимому, ответ может дать современная тенденция к междисциплинарности в науке. Только объединение разных видов знания о человеке, — человеке как биологическом, духовном и культурном единстве, позволит в качественно новой форме проводить его исследование и лечебное воздействие на него. Наряду с интеграцией психического и соматического, психосоматического и социального, необходимо включение символического дискурса и феноменального пространства пациента (да и врача). Такой подход можно назвать биопсихокультуральным, хотя и с рядом оговорок. В западной литературе этот термин обозначает кросс-культурное расширение биопсихосоциального подхода к работе с человеком и его болезнью [14]. Как представляется мне, у биопсихокультурального взгляда есть качественное отличие, связанное, в первую очередь, с качественной методологией. Полная разработка этого отличия не входит в задачи настоящего текста, а равно формата журнала. Нет возможности в данной статье привести и те оговорки, которые следует сделать в отношении кросс-культурного подхода к психологии здоровья. Укажу только, что биопсихокультуральный способ работы с личностью больного человека способен дать онтологическое взаимодействие с болезнью и со здоровьем.

Объединение знания о человеке насквозь — от его биохимической до культурной жизни — сегодня уже не перспектива, но насущная необходимость. Стороны приложения такого знания сегодня ещё трудно полностью осознать. Интеграция духовной составляющей в патофизиологическое знание не является чем-то новым: в русской клинической школе до некоторых

пор всегда сохранялся приоритет работы с больным, а не с его болезнью, как работали наши талантливые земские врачи — Чехов, Вересаев. Новыми являются возможности этой интеграции, её перспективы, её основания. Такое знание позволит кораблю медицины поднять паруса и обратиться к здоровью человека, перестав, наконец, грести против течения.

### Литература

1. Gigerenzer G, Muir Gray JA (eds.). Better Doctors, Better Patients, Better Decisions. Envisioning Healthcare 2020. Strüngmann Forum Reports. London: MIT Press, 2011, p.42.
2. Glymour C. Causation and Statistical Inference. C. Glymour, Beebe H. et al. (eds.) The Oxford Handbook of Causation. Oxford University Press, 2012: 498–519.
3. "Health" WHO definition. Website of WHO. URL: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. accessed 17.08.2014 (Определение здоровья ВОЗ — Веб-сайт Всемирной организации здравоохранения).
4. Foucault M. Naissance de la clinique. Une archéologie du regard medical. Paris: Presses Universitaires de France, 1963. Russian (Фуко М. Рождение клиники / пер. с франц. М.: Академический проспект, 2010. 252 с).
5. Shaydyuk OYu. The influence of Sleep apnea syndrome on clinical course and life quality of patients with ischemic heart disease. Russ J Cardiol, 2012; 5 (97): 70–4. Russian (Шайдук О.Ю. Влияние синдрома апноэ во сне на клиническое течение и качество жизни больных ишемической болезнью сердца. Российский кардиологический журнал, 2012; 5 (97): 70–4)
6. Light KC, Girdler SS, Hinderliter AL. Genetic and behavioral factors in combination influence risk of hypertensive heart disease. Anderson N. et al. (eds.) Expanding the boundaries of health: bio-behavioral-social perspectives (pp. 41–67). Oxford University Press, 2003.
7. Jordan J, Bard B. Psychodynamic hypotheses on the etiology, course and psychotherapy of coronary heart disease. Zeiger AM (ed.) Contributions Towards Evidence-based Psychocardiology, American Psychological Association, 2007. p.81.
8. Kop WJ, Cohen N. Psychoneuroimmunological pathways involved in acute coronary syndromes. Psychoneuroimm, 2007, 4ed.; 921–43.
9. Smolderen KG, Spertus JA, Reid KJ, et al. The association of cognitive and somatic depressive symptoms with depression recognition and outcomes after myocardial infarction. Circulation: CQO, 2009; 2: 328–7.
10. Kayumova MM, Akimova EV, Gafarov VV, et al. A life-exhaustion: interrelation with the prevalence of ischemic heart disease. Russ J Cardiol, 2014; 8: 71–4. Russian (Каюмова М.М., Акимова Е.В., Гафаров В.В. Жизненное истощение: взаимосвязь с распространенностью ишемической болезни сердца. Российский кардиологический журнал, 2014; 8: 71–4)
11. Scotto CJ, Wächter DJ, Rosneck J. Adherence to prescribed exercise and diet regimens two months post-cardiac rehabilitation. Can J Cardiovasc Nurs, 2011; 21 (4): 11–7.
12. Millikan RG. Historical Kinds and the "Special Sciences". Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition, Vol. 95, No. 1/2, Reduction and Emergence "The Thirty-Third Oberlin Colloquium in Philosophy", pp. 45–65, Springer, 1999.
13. Fodor J. Special Sciences. Synthese, 1974; 28 (2): 97–115.
14. Gurung RAR. Health psychology: a cultural approach. 3rd ed. Cengage Advantage Books, 2014. 592p.