

**БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД — НОВОЕ ТРЕБОВАНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТИ**

Таратухин Е. О.

Статья посвящена злободневному вопросу междисциплинарности в науке по отношению к медицине — практике и исследовательскому полю. Ответом на необходимость объединения социальных и психологических компонентов больного с его соматическим страданием стал биопсихосоциальный подход. Рассматриваются истоки и особенности подхода, в том числе, с позиции доказательности и практической применимости.

**Российский кардиологический журнал 2015, 9 (125): 80–83**<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-09-80-83>

**Ключевые слова:** интегральная наука, личность, интердискурсивность, психосоциальный, биомедицинский, психосоматика.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия.

Таратухин Е. О. — к. м. н., М. А., доцент кафедры госпитальной терапии №1 л/ф.

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

Рукопись получена 01.08.2015

Рецензия получена 03.08.2015

Принята к публикации 10.08.2015

**BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH — A MODERN DEMAND FOR INTERDISCIPLINARITY**

Taratukhin E. O.

The article takes into consideration a novel integrated approach that combines cultural and psychological parts of human being with biological signs of the disease and health. The historical roots from GL Engel are sketched, and some thoughts provided on evaluation and scientific significance of the approach in research and clinical practice.

**Russ J Cardiol 2015, 9 (125): 80–83**<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-09-80-83>

**Key words:** integrated science, personality, personhood, interdiscourse, psychosocial, biomedical, psychosomatics.

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

Ни для кого не секрет, что современная наука неуклонно утрачивает своё жёсткое дисциплинарное деление. Не прошло и двухсот лет после окончательного разделения знания на поля естественных и гуманитарных дисциплин, а их — на отдельные части согласно предмету и методу, как стало ясно, что учёный заперт внутри своей науки. Он не видит важнейших взаимосвязей, существующих в природе и обществе. Ведь ни природа, ни культура не разложены по полочкам. Они цельны, едины.

Медицина, метанаука и комплекс практик по сохранению и улучшению жизни человека, как никакая другая междисциплинарна. Один лишь её предмет — человек, требует к себе подхода равно естественнонаучного и гуманитарного. С точки зрения естественных дисциплин, человек — биохимическая лаборатория, противостоящая воздействиям внешней физикохимической среды. Сохранение свойств гомеостаза в диапазоне изменений среды позволяет телу человека изменять окружающие предметы и размножаться. Если наступает смерть, энтропия берёт верх и тело постепенно рассеивается. Путём экспериментов медицина исследует закономерности функционирования тела, всё больше проникая в детали, понимая всё лучше, каким образом оно саморегулируется и как можно повернуть саморегуляцию в нужную сторону.

С точки зрения гуманитарной науки, человек не что иное, как сознание, погружённое в систему знаков, производящее знаки собственного внутреннего мира для других сознаний и потребляющее знаки, выраженные другими. Знак имеет всеобъемлющее значение. Начиная от всем понятных знаков языка, система означивания распространяется на всё воспринимаемое. Более того, — то, что не означено, нельзя считать и воспринятым. Медицина сама по себе — громадная система знаков. Для врача это совокупность знания об организме больного, о системе болезней, о методах лечения. Для больного это значение смерти как окончания жизни, болезни как шага навстречу смерти, значение врача и медицины как способов отсрочить смерть, и так далее.

Кажется, будто две эти системы — естественная и гуманитарная — существуют по-отдельности. Ставить диагноз и лечить нужно болезнь. А разговаривать и объяснять — больному. Но подобная иллюзия рассеивается немедленно, если врач вспомнит хотя бы одну простую вещь: сами жалобы и анамнез больных — это уже поле гуманитарной науки, ведь больной, жалуясь, производит знаки собственного внутреннего мира. Это он чувствует и знает о своей боли, о своём кашле, о своей одышке. Задавая уточняющие вопросы, внутри общей для больного и врача системы знаков, врач делает выраженное больным

частью собственной системы — той, которой его научили университет и практика. Подводя итог воспринятому и понятому, врач назначает лечение. Цель лечения — избавить биохимию больного от изменений, выразившихся признаками, усвоенными от больного и данных его исследования. Такая логика кажется очень простой, банальной. Лучше всего об этом знают психиатры: у них почти нет биологических методов, только лишь работа с высказанным и показанным. Но и самым соматическим врачам (к которым относятся и кардиологи) приходится иметь дело с понятиями, которые никак нельзя измерить биологически. На первом плане здесь социальное понятие “качество жизни”, которое стало парадигмальным в процессах оказания медицинской помощи (или медицинских услуг). Повышение качества жизни, в любом состоянии, можно считать универсальной мерой оказанной помощи (или предоставленной услуги).

Уже это интегральное понятие весьма противоречно, и никто кроме самого больного не скажет, как у него дела, как жизнь. Ещё более сложные вопросы ставят социально обусловленные “морбидные” факторы — то, что ведёт к болезненным нарушениям биохимии, будучи при этом всецело в области гуманитарного знания: стресс, особенности пищевого поведения и вредные привычки, особенности физической активности. Краеугольные камни кардиологической практики — курение, ожирение, дислипидемия, гиподинамия, стресс, алкоголь — ни для кого не секрет, являются социально обусловленными. И уже на этом уровне возникает тяжелейшее интердискурсивное, междисциплинарное напряжение между точками зрения на пациента как на биохимическую лабораторию и как на личность. В лабораторию можно ввести химические препараты, поставить искусственные элементы, произвести замену морфологически изменённых частей. Но только личность может бросить курить, отказаться от жирного и сладкого, бегать трусцой и избегать стрессов. Даже на таком простом и понятном уровне проблема выглядит почти неразрешимой.

Но её приходится решать, ведь новая, вновь воскресшая старинная цель врача — лечить не болезнь, но больного. Сегодня из простой житейской мудрости эта фраза становится заглавием сложнейшего научно обоснованного взгляда, включающего совокупность биологических и социальных факторов, вместе составляющих человека. Чтобы повысить качество жизни, чтобы повысить приверженность к лечению, чтобы модифицировать факторы риска, а также, чтобы создать методы, позволяющие дать эти результаты, существует интегрированный биопсихосоциальный подход.

В его названии центральное место занимает “психо”. Между биологией и социумом есть связую-

щее звено, то, что объединяет базовые функции социального человека с его биологической природой: эмоции и настроение, память и интеллект, темперамент и характер, потребности, зависимости, привычки. Психологический компонент обуславливает проявление и выражение интегральных показателей отношений биологии и социума. К примеру, хорошее настроение является частью высокого качества жизни, а оно невозможно без достаточного соматического благополучия и социальных условий. В то же время, при низком, болезненном соматическом статусе возможна социальная компенсация, а при высоком телесном здоровье менее критичны показатели социального благополучия. Эти отношения очень подвижны, и любая генерализация — детище естественной науки — разбивается о конкретную личность. Потому к биопсихосоциальному подходу предъявляются совершенно особые требования: быть генерализацией для индивидуальности.

### Необходимость изменений

Началом этого подхода можно считать статью американского психиатра G. L. Engel в журнале Science 1977г [1]. Он критикует биомедицинский подход, прямо заявляя, что вся медицина находится в кризисе: “поскольку “заболевание” определяется в терминах соматических показателей, врачам нет нужды заботиться о психосоциальных аспектах, лежащих вне поля зрения и ответственности медицины”. Он цитирует высказывание одного из чиновников от здравоохранения того времени: врач должен концентрироваться на реальности, он не может находиться под влиянием теологических и философических измышлений. Для психиатра эта проблема была наиболее ясной и острой, поскольку его основной предмет психосоциальный. Engel называет биомедицинскую модель редукционистской и обозначает необходимость новой модели медицины. Действительно, редукционизм разрушает системный подход, приводя к потере целостности видения: за деревьями не разглядеть леса. Engel приводит пример сахарного диабета: “Хотя диагноз диабета сначала предполагается по определённым клиническим признакам, например, полиурии, полидипсии, полифагии и потере веса, а затем подтверждается лабораторным обнаружением относительного дефицита инсулина, — как эти признаки переживаются и как о них сообщается каждым отдельным индивидуумом, как они влияют на него, всё требует внимания с психологической, социальной и культурной точки зрения, не говоря уже о других конкурентных или осложняющих биологических факторах”. Engel также отмечает, что “рациональное лечение” (то есть, с биомедицинской позиции) не обязательно восстанавливает здоровье пациента даже при объективных данных полного выздоровления.

Эти замечания кажутся понятными и даже банальными. О том, что больной — единое целое, известно испокон веков. Но что мы видим в жизни? Любой практикующий врач скажет, что сегодня отношение к больному практически полностью биологическое. И дело здесь не в недобросовестности и не в неумении. Проблема глубже. Для возврата старого холистического взгляда, установления его на новые рельсы высокоразвитой медицины нужен новый язык. Язык, объединяющий междисциплинарное знание биологических, психологических и гуманитарных дисциплин в единый логичный и понятный дискурс.

Сегодня, несмотря на явное движение к междисциплинарности, по-прежнему непросто ввести полноценный биопсихосоциальный взгляд, как в практику, так и в теорию здравоохранения. Многие концепты остаются в ряду паранаучных, другие используются чисто формально: например, многочисленные опросники, которые просто обсчитываются и “коррелируются” с биологическими показателями.

### Содержание понятия

Если обратиться к базе данных цитирований Scopus по ключевому слову “biopsychosocial” в названиях статей, можно сделать вывод об употреблении данного термина в исследованиях по медицине. В первую очередь, этот подход используется в области психического здоровья, в анализе интернализации социальных проблем и в теории развития [2]; при работе с хроническими болевыми состояниями в онкологии и неврологии [3-5], со старением и терминальными состояниями [6, 7], собственно в психиатрии, психотерапии и психореабилитации [8, 9], в работе с инвалидирующими состояниями [10], с нарушением пищевого поведения [11] и так далее.

Что имеется в виду авторами, заявляющими о таком подходе к работе? Интересный клинический пример предлагают Roy et al. (2014), рассматривая “биопсихосоциальную культуральную” точку зрения на депрессию после травмы головного мозга у пациента — иммигранта из Азии. К стандартным клиническим признакам, или биологическому компоненту (включая фармакотерапию), они добавляют психосоциальный и культуральный [12]. Психосоциальный влияет на то, как человек воспринимает и переживает симптоматику своего заболевания. Показано, что особенности личности, — например, положение её на осях пяти ключевых компонент (“большая пятёрка”), обуславливают внутреннюю картину и внешнее проявление заболевания, влияют на ответ организма на введение вакцины [13]. Врач, ориентируясь на проявления, создаёт у себя в сознании общую картину болезни пациента, а сам больной создаёт отношение к своему состоянию, которое затем влияет и на приверженность к лечению, и на путь к выздоровлению или реабилитации. Существует множество

данных, подтверждающих влияние феноменального, переживаемого, на биологическое: негативные социальные эмоции (стыд, смущение и др.) снижают резистентность, повышают уровень провоспалительных цитокинов, кортизола [13]; положительные эмоции и расслабление, напротив, повышают устойчивость при экспозиции риновирусов, снижают уровни интерлейкинов ИЛ-6, ИЛ-1 [13]; переживание даже влияет на экспрессию генов (эпигенетика) — показано, что социальная изоляция способствует экспрессии генов провоспалительных медиаторов [13]. Психологический уровень устройства человека имеет непосредственно биологическую природу и в то же время обеспечивает основу социокультурного взаимодействия.

Под “культуральным” Roy et al. имеют в виду некоторые элементы семейного анамнеза, а именно отношения в семье, ожидания родителей пациента от его жизни; культурную ассимиляцию, включая отношение к западной традиции медицины пациента-индийца, даже расовую принадлежность его врачей. В отличие от психологического и психосоциального уровня, культуральный компонент полностью зависит от тех смыслов и значений, которые сформированы личностью пациента, его опытом всей жизни. Соединение биологических предпосылок с психологическими особенностями и культурным фоном определило во всей полноте картину заболевания рассматриваемого авторами пациента, и только вовлечение их в совокупности позволило оказать адекватную помощь.

Пример комплексного системного подхода приводится Finegood (2011). В её главе Руководства по социальному изучению ожирения [15] автор описывает модель Научного Отдела правительства Соединённого Королевства (UK Government Office for Science, 2007), в которой сведены воедино физиологические, психологические и социальные факторы. Всего объединено около сотни “проксимальных” и “дистальных” факторов, подразделённых на кластеры: индивидуальные (физиология, физическая активность, потребление пищи, психология индивида) и социальные (условия для физической активности, социальная психология, пищевая промышленность). Карта взаимовлияния с более чем тремя сотнями прямых и сотней обратных связей позволяет понять причины и механизмы развития ожирения. Ей можно руководствоваться в практике.

Таким образом, при работе в рамках биопсихосоциального подхода нужно включать в поле зрения не только биологические признаки патологии, но также социокультурные качества жизненного мира пациента и его психологические особенности и состояния. Взаимовлияние этих уровней гораздо более сложное, чем кажется на первый взгляд. Даже незначительные с позиции врача элементы анамнеза могут

интериоризироваться в изменённый обмен веществ, способствуя или препятствуя системному воспалению, вызывая или уменьшая дислипидемию, влияя на тонус сосудов и частоту сокращений сердца.

### Сложность применения

Из изложенного ясно, каким образом может использоваться биопсихосоциальный подход в клинической практике. Но данные о подобных взаимосвязях необходимо накапливать, подводя научную базу. Каким же образом это изучать? Как добиться должного уровня доказательности?

В отличие от биологических методов, естественных, а значит, экспериментально уместных, уже психологические исследования требуют как минимум операционализации концептов, то есть, оставляют зазор интерпретативности. Методы гуманитарных наук, в принципе, не являются экспериментально подтверждаемыми. Для оценки знаковых, смысловых культурных конструкций нужен специальный подход: качественный тип исследований. Для медицины это совершенно ново, и вряд ли легко будет принята качественная методология в привыкшую к количественным — многоцентровым рандомизированным и плацебо-контролируемым — исследованиям научную парадигму. “Соглашение экспертов” в критериях доказательности имеет уровень C, то есть слабую доказательность.

Тем не менее, качественные методы активно используются. Критерии ценности текстов исследований на их основе разрабатываются. Cho&Trent (2014) детально анализируют признаки, по которым происходит рецензирование рукописей оригиналь-

ных исследований в журналах гуманитарного и психологического профиля [16]. Обобщая их выводы, можно сказать следующее. Признаками качества качественного исследования считаются ценность проблематики (worthy topic), множество критериев научной строгости (rich rigor), саморефлексивность исследователя (sincerity), основательность (credibility), влияние на читателя (resonance), ответственность вклада (significant contribution), этичность (ethics), осознанность (meaningful coherence). Эти критерии важны для любого исследования, но если в количественном последнее слово остаётся за математикой, то в качественном роль играет целостность текста.

Научившись связывать биологические признаки болезни и здоровья с проявлениями психологического уровня жизни пациента и с социальными, культурными, знаковыми составляющими его жизненного мира, медицинская наука и практика достигнут целостного видения своего уникального объекта изучения.

Сегодня налицо объединение различных полей знания о человеке. Под именем биопсихосоциального подхода далёкие дискурсы о болезни и здоровье соединяются друг с другом, начинают говорить друг с другом. Но до слияния, образования единого целого континуума знания о человеке ещё далеко. Достижения фундаментальных наук, объясняющих как биологическое становится социальным, а социальное интериоризуется в биологическое, позволят, наконец, и в практическом здравоохранении создать единое поле работы не с болезнью, но с личностью больного.

### Литература

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977; 196(4286): 129-36.
- Hastings PD. Introduction to the Special Section: biopsychosocial processes in the etiology and development of internalizing problems. *J of Abnormal Child Psych*, 2015; 43(5): 803-5.
- Bath B, Grona SL. Biopsychosocial predictors of short-term success among people with low back pain referred to a physiotherapy spinal triage service. *J of Pain Research*, 2015; 8: 189-202.
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ online*, 2015; 350: h444.
- Novy DM, Aigner CJ. The biopsychosocial model in cancer pain. *Curr Op in Support and Palliat Care*, 2014; 8: 117-23.
- DeLamater J, Koespel E. Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sex and Relationship Ther*, 2015; 30(1): 37-59.
- Heckman TG, Halkitis PN. Biopsychosocial aspects of HIV and ageing. *Behav Med*, 2014; 40(3): 81-4.
- Melchert TP. Biopsychosocial practice: A science-based framework for behavioural healthcare / Melchert. *Amer Psychol Assoc*, 2014. 352p.
- Jorn AC. Elements of the Biopsychosocial interview of the chronic pain patient: a new expanded model using rational emotive behavior therapy. *J of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 2015; July, 2; 10.1007/s10942-015-0217-8.
- Chen KL, Tseng MH, Shieh JY, et al. Determinants of quality of life in children with cerebral palsy: a comprehensive biopsychosocial approach. *Res in Devel Disabilities*, 2014; 35: 520-8.
- Jenull B, Trapp EM. Biopsychosozialer Ansatz der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Psychoterapeut*, 2015; 60(4): 337-50.
- Roy D, Jayaram G, Vassila A, et al. Depression after traumatic brain injury: a biopsychosocial cultural perspective. *Asian J of Psychiatry*, 2014; 13: 56-61.
- Segerstrom SC (ed.). *The Oxford Handbook of Psychoneuroimmunology/Oxford: OUP*, 2012. 528p.
- Provencal N, Binder EB. The effects on early life stress on the epigenome: from the womb to adulthood and even before. *Experim Neurol*, 2015; 268: 10-20.
- Finewood DT. The Complex systems science of obesity/Cawley J (ed.) *The Oxford Handbook of Social science of obesity*. Oxford: OUP, 2011. 894p.
- Cho J, Trent A. Evaluating qualitative research/Leavy P (ed.). *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. Oxford: OUP, 2014. 756p.