https://russjcardiol.elpub.ru
doi:10.15829/1560-4071-2020-4041

ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Фактор духовности и религиозности в клинической работе: концептуализация проблемы

Родионова Ю. В.[1], Часовских Г. А.[2,3], Таратухин Е. О.[2]

Концепты духовности и религиозности (ДР) исследуются в междисциплинарном научном поле применительно к кардиологической патологии и профилактике. В психологии, психосоматике, "психокардиологии" духовность изучается как особенность переживания человека, его феноменологический опыт, приписываемый некоторым определённым, "трансцендентальным" представлениям. Религиозность — часть самоидентификации человека, влияющая на его переживание ситуации взаимодействия с медициной, а шире — вообще мировоззрение и смыслополагание. ДР имеют культурную специфику, в частности, в России, где общество исторически сформировало ряд стереотипов отношения к Богу и к другим категориям непознаваемого. Так, для российского общества характерна "лубочная религиозность", включающая в себя православную метафизику наряду с языческими практиками. В работе кардиолога понятия ДР встречаются эксплицитно (проявление веры и суеверия пациента и самого врача) и имплицитно, скрыто, без выражения. ДР могут влиять и на приверженность пациента, и на принятие решений, и на более сложные психосоматические процессы. ДР могут быть салютогенным фактором, т.е. повышающим уровень здоровья, улучшающим психологическое и соматическое состояние. Но они могут опосредовать и морбидогенные влияния, если врач некорректно обращается к ним во время коммуникации с пациентом. ДР являются частью сложной нисходящей системы соматического проявления социокультурных факторов; необходимость их изучения и учёта в практической работе очевидна.

Ключевые слова: психосоматика, восходящие связи, нисходящие связи, переживание, факторы риска, пациентоориентированность, коммуникация, духовность, религиозность.

Отношения и деятельность: нет.

[1]НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Минздрава России, Москва; [2]ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва; [3]ФГАОУ ВО Национальный исследовательский университет "Высшая школа экономики", Москва, Россия.

Родионова Ю. В. — к.м.н., лаборант-исследователь, лаборатория разработки новых лекарственных форм, ORCID: 0000-0002-6378-6317, Часовских Г. А. — аспирант, магистр философии, преподаватель кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО, ORCID: 0000-0001-5405-2875, Таратухин Е. О.* — к.м.н., доцент, магистр психологии, магистр культурологии, зав. кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО международного факультета, ORCID: 0000-0003-2925-0102.

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

ДР — духовность и религиозность, МРО — мистический религиозный опыт.

Рукопись получена 01.08.2020
Рецензия получена 14.08.2020
Принята к публикации 20.08.2020

CC BY 4.0

Для цитирования: Родионова Ю. В., Часовских Г. А., Таратухин Е. О. Фактор духовности и религиозности в клинической работе: концептуализация проблемы. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(9):4041. doi:10.15829/1560-4071-2020-4041

Role of spirituality and religiosity in clinical practice: problem conceptualization

Rodionova Yu. V.[1], Chasovskikh G. A.[2,3], Taratukhin E. O.[2]

The concepts of spirituality and religiosity are studied in the context of cardiac disease and prevention. In psychology, psychosomatics, psychocardiology, spirituality is studied as a feature of human experience, attributed to certain transcendental ideas. Religiosity is a part of a person's self-identification, influencing his experience of interaction with medicine, and more broadly, in general, his worldview and conceptualizations. Spirituality and religiosity are culturally specific, in particular, in Russia, where society has historically formed stereotypes of attitudes on God and other inaccessible ideas. Thus, the Russian society is characterized by lay religiosity, which includes Eastern Orthodox metaphysics along with paganism. In practical cardiology, the concepts of spirituality and religiosity can be realized explicitly (manifestation of faith by a patient and a doctor) and implicitly, without manifestation. Spirituality and religiosity can influence patient adherence, decision making, and more complex psychosomatic processes. Spirituality and religiosity can be a salutogenic factor, which promotes health, improves the psychological and physical state. But they can also mediate morbid effects if a doctor incorrectly addresses them during communication with a patient. Spirituality and religiosity are a part of complex downward system of somatic manifestation of cultural and social factors, the study and consideration of which is obvious in practice.

Key words: psychosomatics, upward communication, downward communication, experience, risk factors, patient-centered care, communication, spirituality, religiosity.

Relationships and Activities: none.

[1]N. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow; [2]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; [3]National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia.

Rodionova Yu. V. ORCID: 0000-0002-6378-6317, Chasovskikh G. A. ORCID: 0000-0001-5405-2875, Taratukhin E. O.* ORCID: 0000-0003-2925-0102.

*Corresponding author: cardio03@list.ru

Received: 01.08.2020 **Revision Received:** 14.08.2020 **Accepted:** 20.08.2020

For citation: Rodionova Yu. V., Chasovskikh G. A., Taratukhin E. O. Role of spirituality and religiosity in clinical practice: problem conceptualization. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(9):4041. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2020-4041

Сердечно-сосудистая патология — яркий и наиболее характерный пример психосоматических взаимосвязей физиологии человека, нозогенных отношений социальной жизни и соматики. Образ жизни и стрессы — факторы риска неинфекционной патологии, зависящие напрямую от психических функций мотивации, эмоций, настроения, а также личностных черт, акцентуаций, устойчивых особенностей социального Я.

Человек биосоциален. Это значит, что его биологическое, физиологическое устройство через психические функции проявляется в виде социального поведения, а жизнь в социуме накладывает отпечаток на физиологию, а затем и патоморфологию тела. Психосоциальные факторы риска зависят от культурного контекста. Стрессы — результат осмысления и переживания социально-значимых событий, а образ жизни тесно связан с теми требованиями, что предъявляет общество индивиду, и с возможностями, которые оно даёт.

Работа с сердечно-сосудистой патологией требует учёта социокультурных аспектов, вовлечённых в развитие заболевания, а равно способных произвести позитивное действие, способствовать реабилитации, вторичной профилактике. Понятия картины болезни и нарратива (истории) болезни, экзистенциальных вопросов, связанных с болезнью, надежд и способов совладания с ситуацией болезни включают в себя культурные конструкты — представления, выработанные в ходе исторического развития человечества. Среди таких конструктов духовность и религиозность (ДР) — важные понятия, позволяющие объяснять необъяснимое и справляться с неотвратимым. Болезнь и смерть, безусловно, первыми ставят вопросы, на которые люди ищут ответ.

Определения

Понятия духовности (spirituality) и религиозности (religiosity) являются достаточно новыми (или хорошо забытыми старыми) в комплексе отношений к собственному здоровью. Их зачастую ошибочно отождествляют с понятиями “вера”, “религия”, “воцерковленность”.

Понятия ДР — одна из самых трудно определяемых дефиниций в психологии. Общий основной признак ДР — факт признания существования *трансцендентного* как принципиально недоступного опыту восприятия наших внешних органов чувств. Человек, переживая подобный опыт, ощущает себя частью чего-то большего, которое несмотря на своё влияние на психику и соматику переживающего, остается в его восприятии как нечто недоступное опыту. Многие исследователи обозначают это определяющим фактором, однако нам более адекватным представляется признание *имманентного* (т.е. присущего природе вещей и воспринимаемого органами чувств) важной частью религиозного и мистического опыта. Ритуальность является важнейшим аспектом этого социального феномена. Важность имманентного опыта подтверждается и исследованиями, рассматривающими факторы влияния молитв, медитативных практик и участия в жизни религиозных общин как факторов предотвращения развития сердечно-сосудистой патологии.

Духовность от религиозности отличает отсутствие привязанности к социальным институтам и ритуалам. Осмысление своего отношения к трансцендентному чаще ассоциируется именно с духовностью. Так, психолог Sinnott JD (профессор университета Towson, Maryland, США) считает, что духовность более связана с отношением человека к священному, в то время как религиозность больше определяется отношением к обрядам и обычаям [1]. Тем не менее, разделение понятий может быть довольно спорным. Духовность также связана с внутренним переживанием мистического опыта, что имеет схожее с религиозностью соматическое влияние. Для религиозных мыслителей и общего содержания религиозных текстов духовность является, наоборот, неотъемлемой частью религиозного опыта жизни. Это, в свою очередь, означает, что для религиозных людей, самоидентификация которых значима в интервьюировании для эмпирических исследований, духовность реализуется таким же “не противопоставляющим” образом. Сообразно этому, значительное множество, если не большинство, именно эмпирических исследований не обнаруживает не только противопоставления, но и строгой демаркации этих феноменов.

Количественные исследования в России [2] и за рубежом [3-5] показывают положительное влияние религиозности и веры в сверхъестественные силы на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний по целому ряду показателей и параметров. Природа этой связи до конца неясна, однако эффект оказывается положительным и разноплановым. В различных исследованиях доказано, что эффект религиозности имеет многовекторное влияние на жизнь человека, уменьшая вероятность избыточного употребления алкоголя, сигарет, беспорядочных половых связей, а также — улучшает состояния сосудов, предлагает лучшую диету. Показано положительное влияние отдельных религиозных практик на артериальное давление. Всё это позволяет нам рассматривать ДР значимыми факторами динамики развития сердечно-сосудистой патологии у отдельно взятого пациента. Очевидно, что несмотря на отсутствие каких бы то ни было доказательств сверхъестественной природы влияния ДР на здоровье сердечно-сосудистой системы, природа этого влияния заключается в сложной биопсихосоциальной связи соматики и комплексных внешних факторов. Трудности описания данной проблематики во многом определены двумя тесно связанными проблемами: 1) формулирование определений — абстрактных и культурно перегруженных;

2) исследуемый предмет в равной степени является пересечением факторов, большинство которых выходит за рамки биомедицинского знания, вовлекая экономические факторы, культурные нормы и социальные институты. Цифры, доказывающие эту связь в многочисленных публикациях, достоверны и репрезентативны, однако сами по себе к медицинской терапевтической практике малоприменимы [6].

ДР оказываются одними из значимых факторов взаимодействия пациента с врачом, но направление этого влияния, а также конкретные коммуникативные советы оказываются затруднительными для интерпретаций и мало исследованы. Помимо психологических и психосоматических (“культурно-соматических” [7]) взаимосвязей, следует помнить о принятии решений пациентом, о процедуре получения информированного добровольного согласия. Отношения пациента и врача с верой могут оказать влияние на правовые аспекты оказания медицинской помощи и предоставления медицинской услуги. Фактически, в особенностях работы с психосоциальными факторами риска неинфекционных заболеваний трансдисциплинарные компетенции врача и понимание им культурных связей оказываются более важными. Кроме того, несмотря на схожие результаты исследований корреляций ДР, неясным остается наличие какой-либо значимой специфики отечественной, российской религиозности.

Историко-культурная специфичность

Вопрос статистически значимой специфики в религиозности россиян, представленной, прежде всего, в православии, неоднозначен. Начиная с аргументов “против” специфики, стоит сказать, что в сумме исследований мы видим больше доказательств значимости отдельных факторов, нежели принадлежности к определенной религии. В случае социальных факторов имеется в виду включённость в какую-либо общину — постоянную фоновую поддержку, ощущение собственной важности как части конфессии, идущей к спасению. Групповой фактор довольно прозрачен в своем механизме работы, заключается в помощи человеку в восприятии своей идентичности, а также реализует социальную природу нашего биологического вида. Закономерно — одиночество является известным фактором риска неинфекционных заболеваний.

В случае неспецифичных индивидуальных факторов можно выделить наличие пережитого мистического опыта и молитвы. Как показывают исследования нейрофизиологов, первый обыкновенно описывается как сильное внутреннее ощущение себя частью чего-то большего и в основной части связан с работой нижней теменной доли, отвечающей за субъект-объектное восприятие, считывание намерений других людей, а также эпизодическую память [8]. Говоря о втором индивидуальном факторе, важно привести исследование итальянских кардиологов, в котором изучалось влияние произнесения “Аве Мария” (молитвы с четками) на латыни или тибетской буддийской мантры (на языке оригинала) на чувствительность артериального барорефлекса. Известно, что снижение барорефлекса прогностически связано с будущим заболеванием коронарных артерий и сердечной недостаточностью. Результаты исследований показали увеличение барорефлекса при обеих формах медитации [9]. Наконец, салютогенный характер ряда факторов, не имея пока достаточной концептуализации в биомедицине, является своего рода антагонистом патогенного (морбидогенного) фактора, положительно влияя на динамику развития сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Позитивное воздействие фактора ДР связано с удовлетворенностью пациента личной жизнью и своим внешним окружением. Современные параметры “стресса” распространяются на болезнь или смерть близких, семейные конфликты, семейное положение, трудности на работе, отсутствие отдыха [10], т.е. отношения индивидуума с его окружением, но не затрагивают внутреннее отношение человека к самому себе или его личные представления о мире.

С развитием фрейдистской школы в общественную культуру вошло понятие “нормы” и отклонений от нее, которое связывается с заболеванием психозом. Сейчас любой увидевший, услышавший или ощутивший нечто сверхъестественное, выходящее за рамки объяснимой реальности, скажет, возможно, это проявления заболевания — бред и галлюцинации. Выяснение параметров ДР связано еще с одним негативным представлением: все необъяснимые явления и ощущения попадают под устоявшиеся определения, принятые в психиатрии и описывающие склонность к психозу. Бред, галлюцинации и расстройства восприятия, неорганизованная речь (например, сбивчивость и несогласованность), грубая дезорганизация в пространстве или нарушение обычного поведения [11] могут быть расценены как клинические признаки психоза. Поэтому даже позитивный, короткий, но необъяснимый опыт, который может пережить человек, оказывается тщательно скрываемым.

Переживания чувства радости, восторга, возвышенности от “единения с миром”, от церковной службы, от того, как прекрасен мир вокруг, ответ на природные события (закат солнца, радуга), на произведения искусства, соматически определяемые как “мурашки по коже”, “восторг в животе, как с горки”, “свободное дыхание” [2] — могут быть отнесены к позитивному фактору ДР. В то же время, восприятие болезни как “наказания”, “кары”, “несправедливости”, является негативным внутренним переживанием, опять же в диалоге с самим собой или диалоге с окружающим миром. “Я в жизни никогда не пила и не курила — за что мне такое наказание?” — пациентка может задать вопрос врачу, который огласил пугающий диагноз. В этот момент может как раз и возникнуть недоверие

к “официальной медицине”, которая “ошиблась” в диагнозе или назначенном лечении. Когнитивный диссонанс, испытываемый пациентом, приводит не к приятию состояния болезни, а к размышлениям о “вине”: либо он виноват, либо — кто-то иной.

Модификация образа жизни должна включать в себя не только изменение в питании, снижение веса, повышение физической активности и отказ от вредных привычек, но и уравновешивание внутреннего психологического состояния и восприятия внешнего мира. Религиозность позволяет получить “поддержку” от некоей внешней фигуры, которая олицетворяет собой могущественную силу, способную проецировать любовь и чувство удовлетворения, а духовность повышает количество позитивных эмоций, испытываемых индивидуумом.

“Кризис сакральности”

В нашей стране взаимоотношения общества с церковными институтами подвержены влиянию нескольких кризисов. Один из них — “кризис сакральности”, когда церковь воспринимается отделенной от религиозной личности социальной организацией (или корпорацией), предназначенной к выполнению “религиозных услуг” и “услуг” в сфере благотворительности [12]. Пациент, например, начинает воспринимать записку, поданную “за здравие”, в качестве некоего запроса на услугу или лечебное средство, наравне с обращением за врачебной помощью. При этом возможен еще вариант: оказанные услуги начинают сравниваться по стоимости, удобству, психологическому воздействию.

“Лубочная религиозность” в нашей стране считается этнографическим признаком бытового сознания, который поддерживается средствами массовой информации и не имеет отношения к религии. Такая религиозность является смешением языческих и христианских понятий (“исконно христианский” обычай печь блины на масленицу или издание “Молитвослова садовода и огородника”) и зачастую глубоко внедряется в человеческое сознание [12]. Поэтому любой вопрос, связанный с понятием “религиозность”, в первую очередь, будет восприниматься пациентом именно с позиции “правильности” исполнения обрядов, а не глубинно погружать его в созерцание собственного Я.

Зачастую религиозность или проявление религиозности, если врач будет анкетировать своего пациента, может свестись к воспоминаниям о “Крестном ходе” или поездке “по святым местам”.

Однако религиозность — это не только “во что” человек верит и частью какого-либо религиозного института считает себя, но и *как* в нем сочетаются мистика (отношение к сверхъестественному), духовность (внутренние переживания и ощущения) и трансформация собственного Я (Откуда я произошел? Куда я уйду?). Когда человек думает, реагирует на внешние обстоятельства или начинает вести внутренний диалог, то все эти вопросы составляют целостность его мыслительного процесса.

Теория, что “отношения с Богом” (реальные и нереальные) — это всего лишь продукт человеческой психики, была выдвинута Зигмундом Фрейдом сто лет назад. До того, как эта теория прочно начала входить в человеческую культуру, каждый знал: есть Я и есть “нечто”, что на меня воздействует извне и что можно описать словом “кажется”. Тысячу лет назад человек твердо полагал, что его основное предназначение — правильно прожить эту реальную жизнь и получить в награду “иную” жизнь, полную любви и удовольствия.

Духовными переживаниями считаются внутренние ответы человеческой психики на внешние воздействия (например, чувство “прекрасного”, удовлетворенность от любимой работы) или на состояния, которые ощущаются внутри тела, но порождают дополнительный чувственный ответ (например, любовь, нежность, умиление, восторг).

Понятие мистический религиозный опыт (МРО, Mystical Religious Experience) появилось давно и активно разрабатывалось в среде американских сект и религиозных обществ [13] с попытками объяснить состояние “экстаза” или “получение даров Святого Духа”, зачастую под воздействием гипнотических практик или с использованием наркотических средств. Проведенное совсем недавно исследование в пресвитерианской церкви среди прихожан [14] предлагает отказаться от дополнительных внешних стимулов и рассматривать МРО в контексте веры или вовлеченности в религиозные обряды. Однако имеется “смешение” терминологии в значении этого понятия. В православии МРО — это специально организованная практика, направленная “на достижение эксклюзивных состояний (богообщение, обожение)” [15]. Для современного исследования понятие МРО важно трактовать как “некоторое исключительное состояние, интенсивное переживание, которое воспринимается (интерпретируется) индивидом как столкновение с трансцендентальной реальностью” [16]. Предлагается использовать не опросник, связанный с “телесными ощущениями”, параллельно с осознанными изменениями в психике, а нейтральную формулировку А. Харди [17]: “Вы когда-либо осознавали/чувствовали присутствие или влияние силы (называете ли вы ее Богом или как-то иначе), что отличалось от вашего привычного ощущения себя?”. Выработана классификация возможных вариантов проявления “межличностных отношений” в контексте МРО [18]: 1. Человек интуитивно отмечает существование или присутствие Бога как партнера по межличностному взаимодействию. 2. Человеком осознается и принимается взаимный характер отношений между ним и Богом. Бог воспринимается как “сущность”, как партнер, осведомленный о присутствии человека. 3. Осознание взаимного присутствия заменя-

ется эмоциональными отношениями, родственными любви или дружбе. 4. Человек чувствует себя “доверенным лицом” Бога, равноправным участником их взаимоотношений.

В исследовании, проведенном посредством опроса женщин от 23 до 62 лет (к сожалению, в статье не указано количество опрошенных), изучалась духовность и “духовные поиски” [19]. Было показано, что современные российские женщины имплицитны к установке на духовность и участвуют в “духовных” (нерелигиозных) практиках (тренинги психологического роста, семинары “учителей”, занятия тренировками тела). Поскольку автором исследования так и не были приведены четкие критерии духовности для своих опрошенных, то они не смогли различить духовный опыт и МРО, ограничившись перечислением общих элементов: “сложная гамма противоречивых переживаний, ощущения причастности к сверхъестественной реальности, представления о трансцендентальных основаниях повседневного бытия, интерпретация каких-либо объектов и событий собственной жизни как явлений священного”. Автор указывает, что испытуемые получали опыт, погружаясь в духовные практики, соединяющие в себе элементы разных культов и верований. Но для реальной оценки фактора ДР, которую можно было бы применить в повседневной врачебной практике в нашей стране (кроме психологического консультирования), данные классификации являются неприемлемыми.

Практические аспекты

Что же касается непосредственно взаимодействия с клиницистом (кардиологом, терапевтом), то кроме благоприятной картины течения болезней известно, что в основном духовные/религиозные пациенты более склонны к приверженности, доверию врачу и большей вовлеченности в исследования [5]. Вместе с этим, ценностный диссонанс (врач другой религии либо атеист), артикулированный врачом, может оказаться, наоборот, значимой преградой. Этот случай скорее описывает взаимодействие с радикально настроенными православными, коих статистическое меньшинство, но подобный сценарий возможен в случае сочетания других “трудных” факторов: прежде всего, возраста, гендера и района проживания. И хотя в целом более духовные/религиозные пациенты доверяют врачам, активность взаимодействия с пациентом может быть снижена с его стороны вместе со снижением салютогенного фактора, замещенного у пациента ощущением “заслуженного наказания”. Так, например, в российских исследованиях заслуженность наказания оказалась часто встречающимся объяснением произошедшего инфаркта миокарда [2]. Что любопытно, пациенты, определившие себя как не очень религиозные, возлагали на судьбу роль в наказании. Афроамериканцы, проживающие в сельской местности, также оказались склонны трактовать болезни как божественное наказание [20]. Пожилые англичане из Дархема фактически проиллюстрировали схожие ответы, однако кроме наказания встречалась также и интерпретация произошедшего как испытания. Всё это позволяет предположить, что случившийся инфаркт миокарда в трактовке событий со стороны пациента достаточно часто описывается как наказание вне зависимости от региона проживания.

Можно смело предположить, что ощущение заслуженности наказания может не только оказаться барьером, трудно преодолимым для врача, но и в целом скорее негативно влиять на общий настрой. Внутреннее принятие случившегося инфаркта как “испытания” выглядит более выгодным и может быть рекомендовано пациенту терапевтом в коммуникации как альтернативная интерпретация произошедшего с целью улучшить его внутреннее самоощущение.

Также следует заметить, что для получения большей приверженности лечению и лучшему эмоциональному отклику в ситуации ощущения заслуженного наказания, священник может оказаться более подходящим человеком, нежели врач. Последний в подобной ситуации может не иметь достаточного религиозного авторитета, а в священнической практике священнослужители реально иногда отправляют прихожан, обращающихся вначале к ним, к врачу. В российской медицинской практике священники являются частыми посетителями в больницах, однако далеко не всегда они оказываются востребованными даже среди духовных/религиозных пациентов. Возможно, более универсальным инструментом разрешения подобных проблем, независимым от духовно-религиозных предпочтений или их отсутствия, является психотерапия, однако, к сожалению, отношение пациентов к общению с психотерапевтом вызывает заметную негативную реакцию [21].

Важным моментом в коммуникации является тот факт, что несмотря на то, что фактор ДР может благоприятно повлиять на течение заболевания, врачу не следует заниматься его повышением. Неорганичность, неестественность этого совета (например, “сходить в церковь”) может негативно сказаться на общем отношении пациента к врачу. Органичность повышения в таком случае будет скорее реализована в мягких, непрямых выясняющих фактор ДР вопросах пациенту с соответствующими рекомендациями. Фразы вроде “люди будут молиться за вас” или предложение помолиться за пациента не только не успокоят его, но и могут негативно сказаться на лечении. Так, например, рандомизированное исследование 2005г, разделив пациентов на три группы (за которых молились, но они об этом не знали, за которых молились, и они об этом знали, и контроль) получили наихудший результат по мерцательной аритмии у тех, кто знал, что за них молятся [22]. Одной из возможных интерпретаций подобного результата может быть несоответствие фреймов: в больнице, где людей должны лечить, пациенту после весьма опасного заболевания — инфаркта

миокарда, сообщают, что за него молятся, что вызывает ощущение молитвы как “последнего средства”, когда все альтернативы уже себя исчерпали, а терапевтическое воздействие неэффективно.

Всё это приводит к тому, что не врач должен быть инициатором разговоров о Боге, но он может к ним подвести и ни в коей мере не навязывать ни свою позицию, ни своих рекомендаций по действиям, касающимся ДР. Не инициатива, а именно поддержка будет лучшей стратегией взаимодействия (положительный ответ на просьбу о молитве, независимый от собственных религиозных убеждений врача, и т.д.). В случае же атеистических взглядов врача, ему следует воспринимать фактор ДР как необходимую часть нашей эволюции и нашего социума, закономерно имеющего определенные положительные функции, в т.ч. и для здоровья.

Основываясь на данных о положительном влиянии ДР, можно ли атеисту рекомендовать задуматься о повышении собственной ДР? Есть основания дать отрицательный ответ. Акцентирование внимания на этом факторе не является благоприятным для атеиста: вместо уверования с дальнейшим “исцелением”, пациент скорее зациклится во фрейме веры как “упущенной возможности”, что, как и любое другое сильное негативное переживание, отрицательно сказывается на картине лечения. Таким образом, с пациентом атеистических взглядов обсуждение религиозных вопросов может быть чревато, а инициатива органического повышения фактора ДР не только затруднительной, но и опасной.

Индивидуальные духовные поиски обязательно приводят к группе со схожими интересами или к группе, которая своими идеями может удовлетворить эту потребность. В случае с пациентом — это могут быть и соседи по больничной палате. Очень часто этот фактор ускользает от внимания врача, поскольку он наблюдает “своего” пациента, а не группу людей, собранных в одном месте и объединенных общей “бедой”. В условиях больницы человек вырывается из привычной обстановки и круга общения, становясь более уязвимым к воздействию новой среды и больше нуждается в позитивном настрое. Лечащий врач может внести свой вклад в создание “салютогенной среды”, задав правильные установки — больной не одинок, находится под внимательным наблюдением, схема лечения подобрана правильно, члены семьи поддерживают и ждут выздоровления.

Однако лечащий врач не может выполнять функции личного психолога, но может направить в “школы здоровья”, которые создаются в настоящее время для поддержки пациентов с той или иной патологией. Если же пациент говорит об индивидуальном дискомфорте — неудовлетворенности жизнью, работой, отсутствии интереса к жизни, то подойдут групповые тренинги, направленные на личный рост.

Совет личной беседы со священником — неоднозначен. Во-первых, если пациент уже посещает религиозные собрания, то такие встречи на них проводятся. Во-вторых, обращение к религиозному институту для человека, не связанного с какой-либо религиозной конфессией, может породить страх перед неизвестностью и стыд перед обязанностью рассказать о своих внутренних переживаниях незнакомому человеку. Тот же тезис относится и к индивидуальной встрече с психологом.

Поэтому представляется важным для врача оценить приверженность своего пациента к выполнению предписаний назначенного лечения и изменения не только образа жизни, но и отношения к заболеванию. Духовность (позитивный настрой) можно поддерживать прослушиванием любимой музыки, просмотром кинофильмов, прочтением книг или посещением мест, которые больной хотел бы увидеть, но никак не решался. Потребность к мистицизму и получению “подкрепления” в виде снов и “откровений” решается за счет интеллектуальной и творческой работы над собой (писательство, рисование, лепка и пр.) и физкультурой. Общая религиозность, базовая потребность которой — отсутствие одиночества и чувство любви, достигается переосмыслением жизненных установок пациента, но этот процесс не происходит одномоментно.

Как уже говорилось выше — в социокультурном плане в нашей стране действуют несколько векторов, которые люди в повседневной жизни стараются отделять друг от друга и даже скрывать от своих близких. Такое отношение определяется принятыми в обществе критериями “стыда” и “наказания” — естественными сдерживающими факторами внутри любого общества. Поэтому степень откровенности в разговоре, на которую пойдет пациент, зависит не только от личности врача, но и от гарантии конфиденциальности.

Фактор ДР имеет выраженный гендерный аспект. Фактор ДР имеет различия по поколениям. О ДР склонны забывать люди, погруженные в повседневные жизненные проблемы, они психологически отгораживаются, стараясь не думать, поэтому своеобразным “триггером” открытия могут быть воспоминания о начале “духовных поисков” — юношеский возраст. Или некое трагическое событие (например, смерть близкого человека), после которого человек резко меняет свою жизнь. Более редкий вариант — любовь, поскольку это чувство не так четко понимаемо в современном обществе в духовном плане, направленном на внешние характеристики “красоты, за которую можно полюбить” или на удовлетворение потребностей организма. Если человек посещал (продолжает посещать) “тренинги духовного роста”, то его психика более лабильна к восприятию событий или установок, связанных с ДР.

Отрицание, или “вытеснение”, основано на естественном нежелании человека переживать болезненные вопросы: как нужно жить? “Здесь и сейчас” (украшая и потребляя окружающий мир) или реальная жизнь ждет после смерти? Это две противоположные друг другу парадигмы. Однако следующий вопрос — зачем

жить: если реальность не устраивает, а в загробную жизнь я не верю? Тогда человеческое общество живет как бы “ради себя”, мир похож на колонию бактерий — кто-то умирает, а кто-то рождается. Все личностные кризисы объяснимы депрессиями и детскими травмами, а “смысл жизни” обретается в творчестве или работе. Болезнь — фактор, изменяющий повседневность, т.е. при установке “плохая реальность — другой жизни нет”, внутри человека как бы запускается негативный сценарий. Поэтому первоначально врача должны волновать только два аспекта: есть ли у пациента желание изменить жизнь? И второй, не менее важный, осознает ли пациент, что благополучие в его жизни зависит только от него самого? Не от врача, правительства, семьи или плохого прогноза погоды.

Заключение

Концептуализация понятий ДР для научной и практической кардиологии необходима ввиду мощного культурно-специфического влияния описываемых этими понятиями факторов на пациента. Такое влияние реализуется, как минимум, двумя путями: через психосоматические переживания, создающие как салютогенные, так и морбидогенные эффекты, и через поведенческие компоненты — образ жизни, стрессы, приверженность, доверие медицине, принятие решений, коммуникация.

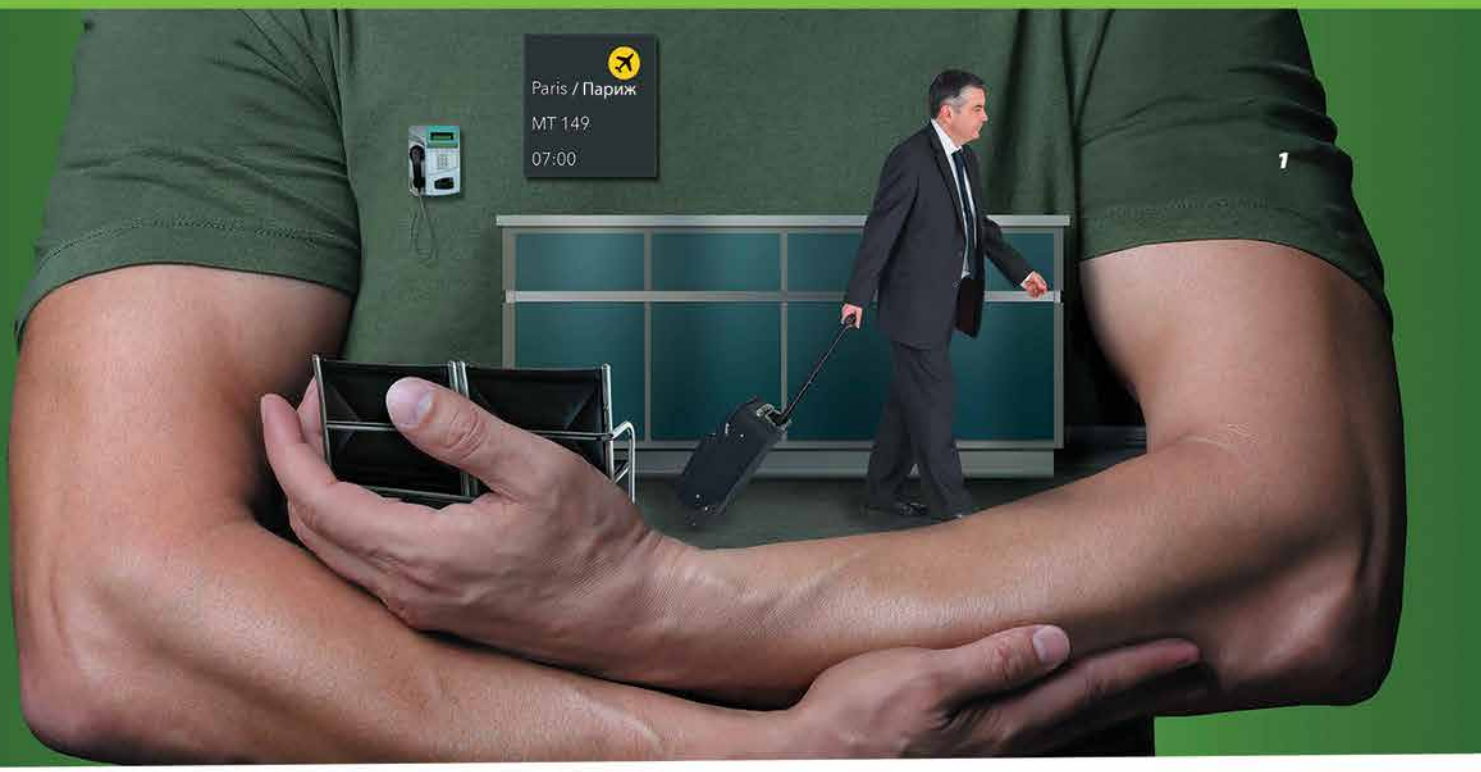
В клинической практике остаётся множество вопросов, не предполагающих точного ответа, но включённых в картину болезни, в картину мира и пациента, и врача. Индивидуальный характер ответа на них зависит от мировоззрения, опыта, “системы координат” человека. Не только психология, но философия и науки о культуре, через свойственную им исследовательскую оптику, позволят операционализировать сами понятия ДР и их отдельные элементы для более практически применимого и эффективного включения в клиническую практику.

Отношения и деятельность: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Sinnott JD. Special issues: Spirituality and adult development. Journal of Adult Development. 2001;8(4):199-200. doi:10.1023/A:1011353527010
2. Taratukhin EO. Spirituality and religiousity in a context of psychosocial cardiovascular risk factors. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2017;16(3):52-5. (In Russ.) Таратухин Е. О. Духовность и религиозность в контексте психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16(3):52-5. doi:10.15829/1728-8800-2017-3-52-55.
3. Beeri MS, Davidson M, Silverman JM, et al. Religious education and midlife observance are associated with dementia three decades later in Israeli men. J Clin Epidemiol. 2008;61(11):1161-8. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.09.011
4. Holt CL, Haire-Joshu DL, Lukwago SN, et al. The role of religiosity in dietary beliefs and behaviors among urban African American women. Cancer Control. 2005;12(Suppl 2):84-90. doi:10.1177/1073274805012004S12
5. Lucchese FA, Koenig HG. Religion, spirituality and cardiovascular disease: research, clinical implications, and opportunities in Brazil. Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: orgao oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. 2013;28,1:103-28. doi:10.5935/1678-9741.20130015.
6. Koenig HG, King DE, Carson VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2012. p. 1169. ISBN: 978-0-19-533595-8.
7. Taratukhin EO. Risk factors hierarchy. Russian Journal of Cardiology. 2017;(9):28-33. (In Russ.) Таратухин Е. О. Иерархия факторов риска. Российский кардиологический журнал. 2017;(9):28-33. doi:10.15829/1560-4071-2017-9-28-33.
8. Miller L, Balodis IM, McClintock CH, et al. Neural Correlates of Personalized Spiritual Experiences. Cerebral Cortex. 2019;29(6):2331-8. doi:10.1093/cercor/bhy102.
9. Martin MCG, Lopez MA, Lopez DA, et al. Psychoeducational intervention proposal to promote salutogenic lifestyles in patients convalescent from myocardial infarction. Corsalud. 2016;8(4):227-34.
10. Akimov AM. Parameters of stressful events at a young age (data of cross-sectional epidemiological studies). Russian Journal of Cardiology. 2020;25(6):3660. (In Russ.) Акимов А. М. Параметры основных стрессовых событий в молодом возрасте по данным кросс-секционных эпидемиологических исследований. Российский кардиологический журнал. 2020;25(6):3660. doi:10.15829/1560-4071-2020-3660.
11. International Statistical Classification of Diseases AND Related Health Problems (ICD). 10th revision. F23. (In Russ.) Международная классификация болезней. 10 пересмотр. F23. https://mkb-10.com.
12. Simonov VV. Professional journal in the system of scientific knowledge. Russian Journal of Church History. 2020;1(1):5-12. (In Russ.) Симонов В. В. Профессиональный журнал в системе научного познания. Российский журнал истории Церкви. 2020;1(1):5-12. doi:10.15829/2686-973X-2020-1-15.
13. Evans J. Freedom from control. How to go beyond internal restrictions. M.: Bombora. 2018. s. 432. (In Russ.) Эванс Дж. Свобода от контроля. Как выйти за рамки внутренних ограничений. М.: Бомбора. 2018. с. 432. ISBN: 978-5-04-093012-8.
14. Rodionova YV. Susan L. DeHoff. Psychosis or Mystical Religious Experience? A New Paradigm Grounded in Psychology and Reformed Theology. P. 248. ISBN: 978-3-319-68260-0. Review. Russian Journal of Church History. 2020;1(2):116-29. (In Russ.) Родионова Ю. В. Susan L. DeHoff. Psychosis or Mystical Religious Experience? A New Paradigm Grounded in Psychology and Reformed Theology. P. 248. ISBN: 978-3-319-68260-0. Обзор книги. Российский журнал истории Церкви. 2020;1(2):116-29. doi:10.15829/2686-973X-2020-2-27.
15. Avanesov SS. Mystical aspect of Orthodox Christian religious experience. Ideas and ideals. 2012;1(4):75-83. (In Russ.) Аванесов С. С. Мистический аспект православно-христианского религиозного опыта. Идеи и идеалы. 2012;1(4):75-83.
16. Shumkova VA. Research of identity in narratives about religious experience. Journal Of Frontier Research. 2018;4(12):110-21. (In Russ.) Шумкова В. А. Исследование идентичности в нарративах о религиозном переживании. Журнал Фронтирных Исследований. 2018;4(12):110-21. doi:10.24411/2500-0225-2018-10026.
17. Hardy A. The Spiritual Nature of Man. London: Clarendon Press. 1979. Pp.162.
18. Bulanova IS, Chernov AYu. Classification of types of religious experience. Bulletin of Volgograd state University. Series 11: Natural Sciences. 2011;(2):82-7. (In Russ.) Буланова И. С., Чернов А. Ю. Классификация типов религиозного опыта. Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11: Естественные науки. 2011;(2):82-7.
19. Kuznetsova OV. Living spiritual experience: the problem of searching for conceptual foundations (based on empirical research). Bulletin of Tomsk state University. Philosophy. Sociology. Political science. 2020;(53):76-84. (In Russ.) Кузнецова О. В. Проживание духовного опыта: проблема поиска концептологических оснований (по материалам эмпирического исследования). Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2020;(53):76-84. doi:10.17223/1998863X/53/8.
20. McAuley WJ, Pecchioni L, Grant JA. Personal accounts of the role of God in health and illness among older rural African American and White residents. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2000;15:13-35. doi:10.1023/A:1006745709687.
21. Taratukhin EO, Kudinova MA, Shaydyuk OYu, et al. Person-centered interview as a tool for clinical work in myocardial infarction setting. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2017;16(1):34-9. (In Russ.) Таратухин Е. О., Кудинова М. А., Шайдюк О. Ю. и др. Человекоцентрированное интервью как инструмент клинической работы с больными инфарктом миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017;16(1):34-9. doi:10.15829/1728-8800-2017-1-34-39.
22. Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, et al. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. Am Heart J. 2006;151(4):934-42. doi:10.1016/j.ahj.2005.05.028.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОКС/ЧКВ С ПОЗИЦИИ АНТИАГРЕГАНТА 1-Й ЛИНИИ



Для предупреждения тромботических осложнений у пациентов с ОКС, которым проводится ЧКВ[3]

Более выраженное действие по сравнению с клопидогрелом в снижении частоты ПКТ и ВКТ с 3-го дня и до 450 дней[2]

Среди пациентов, которым показан прасугрел (Эффиент®) 10 мг, нет отличий от терапии клопидогрелом 75 мг по риску "больших" по классификации TIMI, не связанных с АКШ кровотечений[2]

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ*

Состав*. Прасугрела гидрохлорид 5,49/10,98 мг, соответствует прасугрелу (основанию) 5,00/10,00 мг. **Показания к применению***. Для предупреждения тромботических осложнений у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), которым проводится чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ): пациентам с нестабильной стенокардией (НС) или инфарктом миокарда (ИМ); без подъема сегмента ST (ИМБПST), которым проводится ЧКВ. Пациентам с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМСПST), которым проводится первичное или отложенное ЧКВ. Для предупреждения тромбоза стента при ОКС. **Способ применения и дозы***. Внутрь, независимо от приема пищи. Недопустимо ломать таблетку перед приемом. Прием начинают с приема однократной нагрузочной дозы 60 мг. Далее принимают ежедневную поддерживающую дозу 10 мг. Пациенты с НСЛИМБПST, которым проводится коронарная ангиография в течение 48 часов после госпитализации, должны принимать нагрузочную дозу только во время ЧКВ. Пациенты, принимающие прасугрел, также должны ежедневно принимать ацетилсалициловую кислоту (75–325 мг). У пациентов с ОКС, которым было проведено ЧКВ, преждевременное прекращение терапии любым антиагрегантом, включая Эффиент®, может привести к повышенному риску тромбоза, ИМ или смерти вследствие основного заболевания. Рекомендуется лечение продолжительностью до 12 месяцев, если не возникнут показания для отмены препарата. Пациенты с массой тела < 60 кг: прием начинают с однократной нагрузочной дозы 60 мг. Далее принимают ежедневную поддерживающую дозу 5 мг. Поддерживающая доза 10 мг не рекомендуется. Пациенты в возрасте ≥ 75 лет: применение лекарственного препарата Эффиент®, как правило, не рекомендуется, если лечение считается необходимым, то прием начинают с однократной нагрузочной дозы 60 мг, далее назначается ежедневная поддерживающая доза 5 мг. Пациенты с почечной недостаточностью: коррекция дозы не требуется. Пациенты с печеночной недостаточностью: для пациентов с умеренной печеночной недостаточностью коррекция дозы не требуется (класс А и В по шкале Чайлда – Пью). Дети и подростки: не рекомендуется, так как данные об эффективности и безопасности недостаточны. **Противопоказания***. Установленная повышенная чувствительность к прасугрелу или к любому компоненту, входящему в состав препарата; состояния с повышенным риском кровотечения (патологические кровотечения, например, при пептической язве); транзиторная ишемическая атака или инсульт в анамнезе; тяжелая печеночная недостаточность (класс С по шкале Чайлда – Пью); дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; период грудного вскармливания; возраст до 18 лет; планируемое срочное аорто-коронарное шунтирование (АКШ), в связи с тем, что это связано с более высоким риском послеоперационного кровотечения. При проведении планового АКШ рекомендована продолжительная (за 7 дней до планируемой операции) отмена прасугрела. **Особые указания***. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) может возникнуть менее чем через 2 недели после начала приема препарата. ТТП – серьезное заболевание, которое может привести к летальному исходу и требует срочного лечения, включая плазмаферез. ТТП характеризуется тромбоцитопенией с геморрагическим синдромом, неврологическими нарушениями, нарушением функции почек и лихорадкой. Хирургические вмешательства. Пациентам рекомендуется сообщать врачам, в том числе стоматологам, о применении прасугрела при планировании хирургических вмешательств или назначении новых лекарственных препаратов. Увеличение частоты кровотечений в 3 раза и их тяжести может наблюдаться у пациентов с АКШ в течение 7 дней после отмены прасугрела. Риск кровотечения. У пациентов с ИМБПST, принимавших нагрузочную дозу прасугрела в среднем за 4 часа перед диагностической коронарной ангиографией, увеличивался риск больших и малых кровотечений по сравнению с пациентами, принимавшими нагрузочную дозу прасугрела во время ЧКВ. Пациентов следует предупреждать о возможном увеличении времени кровотечения на фоне приема прасугрела (в комбинации с АСК) и о необходимости информировать врача о любых возникших кровотечениях. Гиперчувствительность, включая ангионевротический отек: сообщалось о случаях у пациентов, принимавших прасугрел, в том числе у пациентов с реакцией гиперчувствительности к другим тиенопиридинам в анамнезе. Лактоза. Пациентам с редкими наследственными проблемами непереносимости галактозы, дефицитом лактазы, глюкозо-галактозной мальабсорбцией принимать препарат не следует. **Взаимодействие с другими лекарственными средствами***. Варфарин: с особой осторожностью в связи с возможностью увеличения риска кровотечения. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): в связи с возможностью увеличения риска кровотечения применение прасугрела на фоне постоянной терапии НПВП (включая ингибиторы ЦОГ-2) должно проводиться с особой осторожностью. Лекарственные средства, метаболизирующиеся изоферментом CYP2B6: прасугрел – слабый ингибитор изофермента CYP2B6. У здоровых субъектов прасугрел на 23 % снижал эффект гидроксибупропиона – метаболита бупропиона, образованного изоферментом CYP2B6. Такой эффект может быть клинически выраженным, только когда прасугрел применяется совместно с препаратами, имеющими узкое терапевтическое окно и метаболизирующимися исключительно изоферментом CYP2B6 (например, циклофосфамид или эфавиренз). Другие виды сочетанного применения препаратов: можно одновременно применять с препаратами, метаболизируемыми изоферментами цитохрома P450, включая статины, или с препаратами, являющимися индукторами или ингибиторами изоферментов цитохрома P450. Также можно одновременно применять с АСК, гепарином, дигоксином и препаратами, повышающими pH желудочного сока, включая ингибиторы протонной помпы и блокаторы H2-гистаминовых рецепторов. **Беременность* и период грудного вскармливания***. Неизвестно, выделяется ли прасугрел с грудным молоком. В период грудного вскармливания применение препарата не рекомендовано. Прасугрел может назначаться во время беременности, только если потенциальная польза для матери оправдывает потенциальный риск для плода. **Влияние на способность управлять автомобилем и выполнять работы, требующие высокой скорости психических и физических реакций***. Не установлено. **Побочное действие***. Побочные эффекты, выявленные в ходе клинических исследований (при лечении ОКС). Кровотечения, не связанные с АКШ: «большие» кровотечения по классификации TIMI (угрожающие жизни, в том числе: фатальные; клинически выраженные внутричерепные кровотечения; требующие инотропных препаратов; требующие хирургического вмешательства; требующие переливания крови (≥ 4 единицы)); «малые» кровотечения по TIMI. Кровотечения, связанные с АКШ: «малые» кровотечения по классификации TIMI, «большие» кровотечения по классификации TIMI (фатальные, повторная операция, переливание ≥5 единиц крови, кровоизлияние в мозг). Побочные реакции геморрагического характера. Часто: гематома, носовое кровотечение, желудочно-кишечное кровотечение, экхимозы, гематурия, гематома в месте пункции сосуда, кровотечение в месте пункции, ушиб. Нечасто: внутриглазное кровоизлияние, кровохарканье, ректальное кровотечение, кровотечение из десен, кровянистый стул (гематохезия), забрюшинное кровотечение, подкожная гематома, кровотечение после проведения процедуры. Нежелательные реакции не геморрагического характера. Часто: анемия, кожная сыпь. Редко: тромбоцитопения. При использовании стандартных режимов дозирования прасугрела пациенты, перенесшие ранее инсульт или транзиторную ишемическую атаку, имеют больший риск развития инсульта или ТИА, чем пациенты с отсутствием этих заболеваний в анамнезе. Нежелательные реакции, выявленные методом сбора спонтанных сообщений. Редко: реакции гиперчувствительности, включая ангионевротический отек. Очень редко: тромбоцитопеническая пурпура. **Передозировка***. **Фармакологические свойства***. Антиагрегантное средство; является антагонистом рецепторов класса P2Y12 к аденозиндифосфату и ингибирует активацию и агрегацию тромбоцитов. **Форма выпуска***. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг.

АО «Сервье», Россия, 125196, г. Москва, Лесная ул., дом 7, этаж 7, 8, 9.
Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701, www.servier.ru

Номер регистрационного удостоверения: ЛП-000675.

* Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.
**Исследование Тритон-Тими 38.

АКШ – аорто-коронарное шунтирование; ВКТ – вторичные конечные точки (выявленный/возможный тромбоз стента, смерть от сердечно-сосудистой причины, нефатальный инфаркт миокарда, нефатальный инсульт, экстренная реваскуляризация целевого сосуда в течение 30 дней или повторная госпитализация по причине коронарно-ишемических событий); ОКС – острый коронарный синдром; ПКТ – первичные конечные точки (нефатальный инфаркт, нефатальный инсульт, смерть от сердечно-сосудистой причины); ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Эффиент® прасугрел таблетки

1. Двойная антитромбоцитарная терапия при ишемической болезни сердца: обновленная версия 2017 года, Российский кардиологический журнал. 2018; 23(8): 113-163. 2. Antman E. M., Wiviott S. D., Murphy S. A. et al. Early and late benefits of Prasugrel in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: a TRITON-TIMI 38 (TRial to assess Improvement in Therapeutic Outcomes by optimizing platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis In Myocardial Infarction) analysis. J Am Coll Cardiol. 2008; 51 (21): 2028–2033 /Антман Е. и соавт., Ранние и отдаленные преимущества прасугрела в лечении пациентов с ОКС и ЧКВ, исследование Тритон-ТИМИ 38, журнал Американского колледжа кардиологов, 2008; 51(21): 2028–2033. 3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Эффиент® ЛП-000675 от 05.07.17.