

Социокультурные факторы в кардиологии: старое знание *de novo*

Таратухин Е. О.

Несмотря на достижения биомедицинских подходов в работе с сердечно-сосудистой патологией, вопрос социальной жизни человека и его социальных отношений остаётся актуальным. Влияние на приверженность к модификации образа жизни и к терапии, влияние на факторы риска вроде стресса или гиподинамии необходимо в первую очередь и не может быть реализовано только биомедицинскими способами. В модификации социокультурных и психосоциальных факторов риска работа врача с пациентом — это взаимодействие двух субъектов, личностей, обладающих опытом своей жизни. В статье приводится краткий анализ современного понимания социокультурных аспектов относительно соматических кардиоваскулярных процессов и предлагается понятие идентичности как смысловой единицы работы в такой системе координат. Современное понимание биосоциального устройства человека позволяет продвинуться от декларативных принципов “лечить не болезнь, но больного” к строго научному междисциплинарному и применимому на практике представлению. Как бы это ни казалось неожиданным в текущей биомедицинской парадигме представлений о медицинском процессе, включение в него сугубо гуманитарного знания об устройстве культуры и социума даст новое, конструктивное, понимание взаимодействия врача и пациента.

Ключевые слова: психосоматика, пациентоориентированность, выгорание, факторы риска, коммуникация, приверженность, социальная идентичность.

Отношения и деятельность: нет.

ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия.

Таратухин Е. О. — к. м. н., доцент, зав. кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО международного факультета, магистр психологии, магистр культурологии, ORCID: 0000-0003-2925-0102.

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

Рукопись получена 17.08.2020

Рецензия получена 21.08.2020

Принята к публикации 26.08.2020



Для цитирования: Таратухин Е. О. Социокультурные факторы в кардиологии: старое знание *de novo*. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(9):4072. doi:10.15829/1560-4071-2020-4072

Sociocultural factors in cardiology: previous knowledge *de novo*

Taratukhin E. O.

Despite the progression in cardiovascular biomedicine, the issue of a person's social life and his social relations remains relevant. The impact on adherence to lifestyle changes and therapy, on risk factors such as stress or physical inactivity, is imperative and cannot be realized through biomedical methods alone. In the modification of sociocultural and psychosocial risk factors, the work of a doctor with a patient is the interaction of two subjects, who have experience in their lives. The article provides a brief analysis of the modern understanding of sociocultural aspects of cardiovascular processes and proposes the concept of identity as a unit of meaning in such a coordinate system. The modern understanding of the biosocial structure of a person makes it possible to move from the declarative principles of “treating the patient — not just the disease” to a scientific interdisciplinary and practical concept. The inclusion of a humanitarian knowledge about the structure of culture and society in modern biomedicine will provide a novel, constructive understanding of doctor-patient relationship.

Key words: psychosomatics, patient-centered care, burnout, risk factors, communication, adherence, social identity.

Relationships and Activities: none.

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.

Taratukhin E. O. ORCID: 0000-0003-2925-0102.

Corresponding author:
cardio03@list.ru

Received: 17.08.2020 **Revision Received:** 21.08.2020 **Accepted:** 26.08.2020

For citation: Taratukhin E. O. Sociocultural factors in cardiology: previous knowledge *de novo*. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(9):4072. doi:10.15829/1560-4071-2020-4072

История движется по спирали. История медицины — не исключение, и сегодня хочется сделать вывод о возвращении в медицину человека после десятилетий упоения биологическими его составляющими. Движение по спирали предполагает новый уровень, основанный на накопленном знании. Старые истины о том, что нужно “лечить не болезнь, но

больного” в своём исходном виде вызывают лишь sentimentalный вздох у любого практика, вовлечённого в современные экономические и социальные отношения. Но старые истины получают второе дыхание. Развитие гуманитарного знания, поддерживаемое успехами нейронауки и психологии, даёт качественно иное понимание устройства человека

социального, а в обратном направлении — понимание специфики соматических процессов под влиянием факторов социокультурных. И “лечить не болезнь, но больного” получает подкрепление не менее основательное, чем биомедицинские подходы, столь точные и статистически верные.

Взаимосвязи биологического и социального укоренены глубоко в природе человека. Не учитывать социальное взаимодействие в качестве фактора здоровья и болезни — значит отказаться от самой природы человека. Социальное есть проявление жизни, одушевленного морфологического субстрата (психология — *psyche* — душа). Ранее мной была предложена “иерархия факторов риска” сердечно-сосудистой патологии [1], согласно которой на нижнем уровне находятся сугубо биологические факторы (морфофункциональные), а на верхнем — социокультурные. Движение снизу вверх — это движение по био-психосоциальному определению здоровья (согласно дефиниции Всемирной организации здравоохранения), т.е. движение по биосоциальной природе человека. Обрамляет все факторы генетика и эпигенетика, точнее, то разноплановое влияние, которое имеет геном на устройство и функционирование человека как биосоциального существа. Геном предопределяет некое устройство биологии человека, однако экспрессия генов динамична и связана, в т.ч. с воздействием факторов социальных [2]. Таким образом, один из множества порочных кругов кардиоваскулярного континуума может состоять в том, что исходные психофизиологические предпосылки подкрепляют стереотипы поведения в обществе, а складывающаяся ввиду поведения обстановка, обратно, создаёт условия для определённых регуляторных сдвигов.

Но социум и культура — явления рукотворные. Они есть сумма действий всех людей. Культура — результат деятельности людей в истории, и её первая задача состоит в том, чтобы освобождать человека от природной необходимости. Культура удовлетворяет потребности в тепле, пище, убежище, лечении болезней и т.д. То общее, что вовлекает людей, в интересующем взаимодействии, и порождает культуру. А культура, становясь контекстом развития и жизни социального человека, определяет его поведение, установки, стереотипы, мотивацию, переживания, чувства. И факторы риска заболеваний тоже.

Напрашивается вывод: работа с культурой как самостоятельным миром, средой, существующей подобно физической природе по своим законам, не менее важна для клинической медицины, чем умение управляться с биологическими компонентами патогенеза болезней. Но гуманитарное знание противоположно по своему устройству знанию естественнонаучному. Общее для выборки естественных процессов есть их общая закономерность, присущая всем. В естественном знании обобщение позволяет открыть

истину. В гуманитарном знании любое обобщение чревато потерей индивидуальности. Общее выявить можно, но применимость такого обобщения к конкретному индивиду ограничена степенью универсализации. Чем более детальное заключение о природе социального взаимодействия производится, тем менее совпадает оно с людьми в целом и с отдельным человеком, в частности. Компромисс предоставляет психология. Находясь между физиологией психических функций и культурно-семиотической реальностью, концептуализируя явления социальной жизни для их статистического обобщения, психология позволяет примирить индивидуальность и обобщение, чтобы получить хотя бы какой-то применимый результат. Психология, например, обобщает в паттерны некоторую специфику реагирования человека в жизненных ситуациях. Это соматопсихический процесс в ответ на семиотическую стимуляцию — слова, понятия, высказывания.

То, что мы называем психосоциальным фактором риска, есть соматический ответ на семиотические воздействия. Будь то поведенческие особенности (потребление веществ, действия или отсутствие действий) или особенности переживаний, их соматизация в качестве компонентов патогенеза происходит по причине интерпретации (восприятия) входящего “сигнала”; осмысления и переживания продукта интерпретации (не самого “сигнала”!); соматической реакции на такое переживание с последующим действием (поведением). Когда практическая медицина выбирает мишень для воздействия, эффективность такого воздействия должна быть доказана на больших выборках. Большие выборки уравнивают “шум” различий между людьми и позволяют выделить закономерность. Это совершенно точно возможно для биохимических процессов, менее возможно для процессов психологических и ещё менее возможно — для социально-психологических и социологических процессов. Область культуры же, в принципе, не подвергается обобщению.

Социальные науки могут выделить общие культурные предпосылки (например, уровень дохода) и таким же образом заключить о взаимосвязи. Например, если провести многофакторный анализ по уровню дохода, окажется, что более бедные люди чаще заболевают и раньше умирают от сердечно-сосудистой патологии. У них больше стрессов, хуже качество пищи, выше склонность к зависимостям и деструктивному поведению [3]. Но значит ли это, что, установив безусловный базовый доход на высоком уровне, мы избавим этих людей от поведенческих факторов риска? Не окажется ли, что низкий доход есть не причина, а результат социальной дезадаптации ввиду низкого уровня образования и/или интеллекта и/или осознанности, которые сами по себе могут определять поведенческие паттерны? Вы-

давая деньги просто так, доведя доход до уровня, например, среднего класса, получим ли мы такую же картину относительно параметров здоровья? Станут ли эти люди лучше питаться, переживать меньше стрессов, избавятся ли от вредных привычек и гиподинамии? Вероятно, отчасти — да, но в результате вмешательства в социальные взаимодействия появятся новые факторы, до этого вмешательства не известные.

Очевидно, что универсализация в таких вопросах рассыпается об индивидуальные особенности человеческого опыта, который и предпосылает тем или иным факторам поведения, а также определяет специфику действия факторов среды. И стресс как биопсихосоциальное событие тому лучший пример. Стрессогенность того или иного события зависит от контекста этого события и от опыта, предпосылающего такому пути осмысления и переживания с развитием физиологической реакции стресса.

С индивидуальным опытом работает психология. Каково, в подобном контексте, место медицины, если не сужать медицину до практической психологии? Это и есть работа с социокультурными компонентами с позиции врача, представляющего собой медицину. Феномен власти врача состоит в том, что право говорить правду дано врачу культурным институтом медицины и здравоохранения. Высказывания врача, как вербальные, так и невербальные, воспринимаются иначе, чем те же высказывания не-врача. Не говоря о юридической стороне вопроса, нужно понимать, что даже на уровне дискурсивном (т.е. смысловом, информационном) практика оказания медицинской помощи связана далеко не только с биомедицинскими воздействиями. То, как поведёт себя пациент ввиду психосоматических процессов, зависит от окружающего контекста, от информации, которую пациент получает и переживает. Кардиологическая практика, особенно, в части эссенциальной гипертензии, ишемической болезни сердца, приобретённых нарушений ритма сердца, богата на подобные примеры.

Кардиология как дискурс, т.е. интегральное поле практики и теории о связанных с сердечно-сосудистой системой состояниях человека, включена в биомедицинское знание, в психологию, в этику и право при оказании помощи и проведении научных исследований, в экономику и даже в политику. Рациональное мышление, “чистый разум”, требует выделения предмета и объекта для исследования и более детального понимания, но мир устроен континуально, любое выделение искусственно, а тем более — в работе с человеком. Медицина, как интегральное знание о человеке, включающее и физико-химические аспекты, и картину болезни, судьбы, страдания, вынуждена объединять аналитический способ относиться к своему предмету наравне с синтетическим. Работая с пациентом, приходится учитывать и сугубо

биомедицинские аспекты, и сугубо социальные, и их взаимосвязь. Строгая индивидуализация подходов необходима в современной медицинской практике, потому что, во-первых, того требует современный контекст (уход от патернализма, ценность прав личности), во-вторых, ввиду лучшего понимания самих процессов взаимодействия соматического и социального, благодаря достижениям нейронауки и нейрофилософии.

Что делать с таким знанием на практике? Если с биомедицинской стороны вопроса всё более-менее ясно и внимание ей уделяется большое, то социокультурная составляющая пока находится вне поля зрения медицины, если не считать отдельные психологические выкладки.

В качестве смысловой единицы я предлагаю *идентичность*. Понятие идентичности, т.е. представление человека о самом себе относительно социальных характеристик, принимаемых как критерии самооценки, формирует поведение и переживания. Модель “Я” предполагает самоощущение, включая интерцепцию, коммуникацию, реагирование на высказывания других людей и собственные высказывания. Сегодня можно говорить, например, об иммунной модели Я (“самости”) или кардиофеноменологии как интегральных представлениях о соматопсихическом устройстве человека [4, 5]. Именно идентичность является источником (носителем) стресса, неправильного образа жизни, негативных социально-направленных эмоций и других хорошо известных факторов. Идентичность человека и его самоидентификация, как процесс постоянного сопоставления представлений о себе самом с социальными критериями, ведут к переживанию эмоций и чувств, к принятию решений, к мотивации, к наличию или отсутствию приверженности лекарственной терапии и т.д. Идентичность биосоциальна. Динамика биологического здоровья меняет социальное Я, а изменения в социальных отношениях ведут к изменению соматического статуса. Некорректная картина себя в коммуникации ведёт к испытыванию чувства вины или обиды, к агрессии, к стрессу, а в итоге к закрепляющимся паттернам реагирования и к жизненному истощению.

Безусловно, работа с идентичностью человека — самый высокий и сложный уровень работы, как минимум, потому, что помогающий сам должен быть свободен от проблем, которые помогает решить пациенту. Помощь помогающему — ещё один важный аспект работы с социокультурными факторами риска кардиоваскулярной патологии. Врач как непосредственное олицетворение медицины и здравоохранения тоже является идентичностью. Его собственное представление о себе самом, о ситуации, о пациенте проявляется через коммуникацию с пациентом. Влияние врача на психосоматический статус

пациента, на картину болезни, на приверженность трудно переоценить. Потому работа с социокультурными и психосоциальными факторами должна начинаться с межличностного взаимодействия врача и пациента, а также с культурного контекста, в котором такое взаимодействие происходит.

Поставленные вопросы, безусловно, выходят далеко за рамки современного привычного представления о медицинской практике. Но движение вперед подразумевает и взгляд назад — критический и осоз-

нанный, дающий новое понимание старым истинам. Врач как представитель медицины, имея сегодня мощнейшие инструменты работы с биологией человека, не прекращает работу с человеком живым, т.е. испытывающим чувства, эмоции, проживающим свою жизнь в социальном контексте.

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

Литература/References

1. 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.
2. Moore DS. Behavioral epigenetics. Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med. 2017;9(1). doi:10.1002/wsbm.1333.
3. Jackson SL, Yang EC, Zhang Z, et al. Income Disparities and Cardiovascular Risk Factors among Adolescents. Pediatrics. 2018;142(5):e20181089. doi:10.1542/peds.2018-1089.
4. Depraz N, Desmidt T. Cardiophenomenology: a refinement of neurophenomenology. Phenom Cogn Sci. 2019;18:493-507. doi:10.1007/s11097-018-9590-y.
5. Pradeu T. Immunology and Individuality. Elife. 2019;8:e47384. doi:10.7554/eLife.47384.