

Место социокультурных факторов в сердечно-сосудистом континууме

Таратухин Е. О.

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

В статье показаны биосоциальные взаимосвязи как элементы патологических изменений при развитии сердечно-сосудистой патологии — вначале на функциональном, затем на морфологическом уровне. Умение взаимодействовать со смысловой, символической реальностью — компетенция врача, которая позволяет оказывать помощь на уровне социальной идентичности человека, что является лучшей формой профилактики. Показано, что кроме доказательных (по сути биологических) аспектов работы с больным существуют аспекты социокультурные. Они принципиально различаются, т.к. на уровне культуры невозможна повторяемость и воспроизводимость, как это принято в естественных науках. Психологическая часть в такой системе координат есть лишь момент перехода биологического в социальное, и наоборот. Такой подход возвращает медицинской помощи ее истинное значение — работу с человеком

в его целостности, что соответствует определению здоровья Всемирной организации здравоохранения.

Ключевые слова: факторы риска, первичная профилактика, медицинская антропология, пациентоориентированность, психосоциальные факторы.

Конфликт интересов: не заявлен.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(4):105–108
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-4-105-108>

Поступила 14/06-2019

Рецензия получена 17/06-2019

Принята к публикации 19/06-2019



Sociocultural factors in the cardiovascular continuum

Taratukhin E. O.

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University. Moscow, Russia

The article shows biosocial relationships as elements of pathological changes of cardiovascular pathology — first at the functional, then at the morphological level. The ability to interact with the semantic, symbolic reality is the competence of a doctor, which allows helping people at the level of a person's social identity. It is shown that in addition to the evidence-based (essentially biological) aspects of contact with a patient, there are sociocultural aspects. They are fundamentally different, since at the cultural level reproducibility and reproducibility are impossible. In this way psychological part is only the moment of the transition of the biological into the social, and vice versa. This approach returns to medical care its original meaning — working with a person in its entirety, which corresponds to WHO definition of health.

Key words: risk factors, primary prevention, medical anthropology, patient-centeredness, psychosocial factors.

Conflicts of Interest: nothing to declare.

Cardiovascular Therapy and Prevention. 2019;18(4):105–108
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-4-105-108>

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

Received: 14/06-2019 **Revision Received:** 17/06-2019 **Accepted:** 19/06-2019

ФР — факторы риска.

Введение

Понятие “сердечно-сосудистого континуума” существует уже несколько десятилетий и стало своего рода символом “маршрута”, неизбежности развития неинфекционной соматической патологии от ее первых функциональных изменений до тяжелых смертельных осложнений. Континуум также представляется символом последовательности

и неразрывности патологических изменений, их взаимосвязи, множества порочных кругов, обеспечивающих в итоге само заболевание. Он включает в себя как действие факторов риска (ФР), так и порочные круги, замыкающиеся, когда ФР, наконец, реализуются в патологические процессы.

В сердечно-сосудистом континууме играют роль симпатoadренальная система, эндотелий, юкс-

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: cardio03@list.ru

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

тагломерулярный аппарат почек; имеют значение “идиопатические” факторы, т.е. не поддающиеся пока объяснению: генетика (и эпигенетика), стрессы, неподходящий образ жизни. Безусловную роль играют психосоциальные факторы, среди которых одиночество и другие негативные социально направленные эмоции.

Но если с факторами соматическими может работать биология, и возможности терапии дислипотеидемии, дизглицемии, предотвращения атеротромбоза, множество других способов лечения подтверждают успешность работы с биологией человека, то с его социальными ФР работа может идти на основе гуманитарных знаний; гуманитарных, т.е. буквально — тех, что делает человека человеком.

С психосоциальными ФР может работать психология. Она и работает, категоризируя паттерны в психике человека, коррелируя их с соматическими событиями, предлагая способы разобщения патологических процессов и социальной жизни человека. Но у психологии есть одно ограничение: ее предмет искусственен, он сконструирован специально, чтобы можно было изучать переход соматического человека в социальную жизнь, а социального человека — в соматические процессы. К примеру, эмоции — биохимические процессы с уже найденными, и множеством еще не открытыми, участниками в головном мозгу, в вегетативной нервной системе. Пресловутый стресс — заложенная природой физиологическая реакция, возникающая в ответ на некий стимул, который распознается как угрожающий. Стресс может развиваться в ответ на боль как телесное ощущение. Но стресс развивается и на предвосхищаемую опасность. Современный человек может испытать стресс, например, увидев в Интернете изменение курса валюты. Субъективно значимое событие, переживаемое как опасное, запускает универсальную физиологическую реакцию. Психологический феномен — негативная эмоция — распадается на символический стимул (смысл, интерпретация) и биологическое событие (изменение биохимии тела).

Сердечно-сосудистый континуум включает в себя психологические события. Говоря более точно, он включает в себя социальные события, факторы, которые через механизмы мышления ведут к тем или иным физиологическим изменениям. Точнее, патофизиологическим, хотя по своей сути любая патология есть работа физиологии в направлении, противоположном позитивному здоровью.

Опубликовано множество исследований, связывающих психологические феномены с патофизиологическими процессами. Показана связь вины, обиды, враждебности, жизненного истощения с хроническим воспалением, развитием нарушений

иммунной системы [1, 2]. Показаны и положительные связи [3]. Но для практической медицины, для врача, работающего непосредственно с пациентами, остается вопрос без ответа: как сделать так, чтобы социальная жизнь не вызывала у человека смыслы и переживания, становящиеся впоследствии патологией?

Протяженность во времени

Сердечно-сосудистый континуум, кроме морфологических своих элементов, имеет временное протяжение [4]. До 20 лет человек, как правило, свободен от каких-либо физиологических и морфологических изменений, если не считать генетические изменения и внешние воздействия (инфекция, химические, механические факторы). Период беззаботности заканчивается с необходимостью нести ответственность за других, пониманием скоротечности жизни, необходимостью эффективного самоопределения.

В третьем десятилетии жизни обычно появляются зависимые люди, “иждивенцы”, необходимость занимать более устойчивую позицию в социуме усиливается, а риск не состояться как социальное существо становится все более осязаемым. Получение высшего образования само по себе является фактором напряжения, т.к. наличие высшего образования есть символ большего успеха и более существенных перспектив. Ценность образования определяет степень напряжения при его получении. В третьем десятилетии внешнее принуждение все сильнее заменяется внутренним: если ребенка вставать рано утром, и ходить в школу заставляют (а если упрямый маму, то можно не идти), то взрослый вынужден бороться с самим собой, т.е. подавлять свои собственные психические движения, нейтрализовать очаги негативных эмоций, при отсутствии возможности обратиться к кому-то. В третьем десятилетии жизни, как правило, появляются первые проблемы с позвоночником, первые подъемы артериального давления, классические психосоматические расстройства, например, синдром раздраженной толстой кишки.

Четвертое десятилетие жизни сопровождается первыми явными признаками возрастных изменений. В этом возрастном периоде происходят повышение массы тела, снижение физической активности. Возраст 30–40 лет связан с первыми морфологическими изменениями: формированием стенозов в артериях, фиксацией повышенного артериального давления. Нередки случаи развития острого коронарного синдрома, гипертонических кризов. Безусловно, значительную роль играют генетические факторы и факторы образа жизни, но “средняя” картина примерно такова: возраст четвертого десятилетия жизни сопряжен с первыми устойчивыми дебютами соматической патологии, выраженной

пока больше на функциональном уровне. В дальнейшем, в пятом-шестом десятилетии жизни соматическая патология развивается, фиксируется, достигает степени выраженных органических изменений и осложнений.

“Порог” медицины

Где в данном континууме место работы медицины? В основном, безусловно, на морфологическом уровне. Именно поэтому собственно лечение начинается, когда есть клиническое (подтвержденное морфологически) проявление соматической патологии. Все, что пока не проявлено морфологически, остается в рамках функциональных изменений. “Модификация образа жизни” есть универсальный лечебный подход к функциональным изменениям. В случае дислипидемии (и для ее профилактики) рекомендуется диета; физическая активность показана для снижения негативного влияния стрессов. Иногда для работы с психологическими процессами рекомендуются психотерапия, медитация, восточные телесные практики.

Медицина имеет *порог*, ниже которого она обычно не опускается. Точнее, порог имеет здравоохранение как одна из форм деятельности медицины. Отчасти это связано с необходимостью доказательной базы, получить которую относительно легко на биологическом уровне и довольно сложно на уровне психологическом. Сама суть науки (*естествознания*) требует повторяемости и воспроизводимости. Психология оперирует подобными конструкциями, примыкая к естествознанию, через повторяемость, выводя закономерности психической жизни. На социальном уровне человек уникален. Уровень социальных факторов в классической парадигме бездоказателен, т.к. доказательность требует повторяемости и воспроизводимости, а действие социокультурных факторов сугубо индивидуально и основано на уникальном опыте, биографии каждого человека и его социальном контексте. Изучение этих факторов лежит в области гуманитарных наук, в так называемой качественной методологии [5]. Для медицины как сферы услуг, как социальной гарантии подобная доказательность неприемлема, поскольку основана на интерпретации, на мнении, и известно, что “мнение экспертов” обозначается как уровень доказательности “С”. Чтобы социокультурные факторы заняли место в практическом здравоохранении наравне с биомедицинскими (не ограничиваясь абстрактными упоминаниями “стресса” и “образа жизни”), необходимо, чтобы их степень надежности была не ниже надежности статистических методов исследования. Это, вероятно, невозможно, на современном уровне гуманитарных технологий. Надежду может дать нейронаука.

Биосоциальный человек

Гуманитарные науки объясняют человеческое — то, чем человек отличается от окружающей его природы: способностью к символическому мышлению, “второй сигнальной системой”. Биосоциальность человека состоит в том, что его биология определяет его социальную презентацию: начиная ростом, цветом волос и кожи, тембром голоса, заканчивая интеллектом, темпераментом, памятью, спецификой протекания нейрофизиологических процессов и их проявления вовне как собственно человека. Социальность же, как опыт социальных взаимодействий с самого рождения, определяет те самые функциональные, а затем и морфологические изменения, которые постепенно формируются у человека на фоне каждодневной необходимости социальной адаптации.

Говоря о медицине как частной науке, привлекающей для достижения своих целей (здоровья, prolongation жизни с максимально высоким качеством) все необходимые формы знания, следует условно разделять ее биосоциальные приложения. Биологическое тело, работа которого определяется законами физики, а потому, несмотря на уникальность потенциально универсализируемое (в генеральной совокупности), относится к биомедицине. Как было указано, биомедицина имеет высокий порог действия: ей необходимы морфологические или хотя бы явные функциональные изменения. Собственно триггеры таких лежат в зоне регуляции гомеостаза, подверженной влиянию внешних факторов. В этом и есть роль регуляции гомеостаза и признак жизни как таковой: способность сохранять свою автономность в максимально широком диапазоне колебаний среды. Физической среды, если речь идет о биологическом теле — биологическое здоровье; социальной среды, если речь о социальном человеке, социальном и психологическом здоровье. С победой над природной необходимостью (холод, голод, укрытие от опасности, пресная вода, асептика), с развитием цивилизации факторы среды воздействуют все меньше, им на смену, правда, пришли антропогенные опасности. И все больше действуют факторы социальные: адаптация в социуме в обмен на то, что дает социум, необходимость поддержания социальной идентичности, самоидентификации, соответствия требованиям социума. А в современном обществе — еще и поддержание желаемого уровня потребления.

Сердечно-сосудистый континуум невозможно полноценно рассматривать без тех факторов, которые обуславливают начало изменений, в него входящих. По сути, он есть материализация, переход на уровень патоморфологии процессов символической реальности — смыслов, интерпретаций, а затем эмоций и переживаний человека.

Генетическая предрасположенность играет роль на разных уровнях [6]. Самое понятное ее

место — специфика устройства рецепторов, ионных каналов и подобных систем низших уровней ауто-регуляции. Но наследственность как семейный уклад и как детский период развития также играет роль. Социальная идентичность формируется в течение всей жизни. То, как реагирует, и ведет себя человек, предопределено его опытом. А еще существует генетическая специфика нейрональных процессов, деятельности центральной нервной системы и значит, высшей нервной деятельности. Исследования в области эпигенетики также показывают взаимосвязь влияний внешней среды и экспрессии генов, начиная уже с зиготы. Таким образом, даже наследственность как ФР — это многокомпонентный, сопряженный с меняющейся внешней средой процесс.

Образ жизни, мотивационно-интенциональный компонент ФР, включая вредные привычки, алиментарное ожирение и стресс, есть еще более неопределенное явление. Посылы и желания зависят как от сигналов гомеостаза (гипогликемия, зависимость от алкоголя, никотина), так и от социальной самоидентификации (символическое потребление алкоголя при празднованиях, курение в компании). Занятие фитнесом может преследовать цель увеличить мышечную массу и в итоге быть не здоровым, но стать еще одним ФР. Реакция стресса глубоко социальна и зависит от смыслового наполнения ситуации. Дистресс, жизненное истощение, тревога, негативная аффективность — биологические процессы, сформированные реакцией на социальные стимулы.

Литература/References

1. Frestad D, Prescott E. Vital Exhaustion and Coronary Heart Disease Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med.* 2017;79:260-72. doi:10.1097/PSY.0000000000000423.
2. Kim DA, Benjamin EJ, Fowler JH, Christakis NA. Social connectedness is associated with fibrinogen level in a human social network. *Proceedings of the Royal Society B-Biological Sciences.* 2016;283:20160958. doi:10.1098/rspb.2016.0958.
3. Rosenkranz MA, Lutz A, Perlman DM, et al. Reduced stress and inflammatory responsiveness in experienced meditators compared to a matched healthy control group. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;68:117-25. doi:10.1016/j.psyneuen.2016.02.013.
4. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, et al. *European Cardiovascular Disease Statistics 2017.* European Heart Network, 2017 — URL: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>.
5. Taratukhin EO. Qualitative research in cardiology — to be virtuous or fail. *Russ J Cardiol.* 2016;(4), Engl.: 195-7. (In Russ.) Таратухин Е. О. Качественные исследования в кардиологии: виртуозно или никак. *Российский кардиологический журнал.* 2016;(4), Engl.: 195-7. doi:10.15829/1560-4071-2016-4-eng-195-197.
6. Taratukhin EO. Risk factors hierarchy. *Russ J Cardiol.* 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.

Заключение

Все сказанное приводит к пониманию необходимости гуманитарных компетенций врача. Будучи биологом по своей подготовке, знающий тонкости морфологии, физиологии и патологии, врач даже к проявлениям социального человека относится биологически: жалобы на боль, кашель, одышку — лишь “говорящая биология”, признак, который предьявляется. Психологические оттенки не несут важного значения, как и значение для жизненного мира, для отношений, для социальной позиции и самоидентификации. В тяжелых случаях психологическая часть больного отдается врачу-психику специалисту — психиатру, психотерапевту, клиническому психологу. Социальная жизнь пациента для “врача-биомедика” не является существенной, и ограничивается принятыми рекомендациями по реабилитации и профилактике. Но в этом месте как раз замыкается круг сердечно-сосудистого континуума, потому что социальная жизнь и есть главный ФР, источник патологических изменений. Именно с ней, с ее символическим наполнением, пространством значений и смыслов должна работать медицина. Но тогда необходимы гуманитарные компетенции врача: представление о символической природе культуры и умение взаимодействовать с социальной частью человека как биосоциального существа.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.