

Диагностика внутренней биоэтической картины болезни и здоровья человека

Н.И. Харламова

Поликлиника №1 Российской академии наук

В статье говорится о формировании биоэтических статусов человека «Я больной» и «Я здоровый», о необходимости создания новой междисциплинарной системы самосохранения и совершенствования человеком своего здоровья.

Ключевые слова: биоэтическая картина болезни, Цветография, Эгоскопия, биоэтические статусы «Больной» и «Здоровый», биоэтические мутации.

Каждому из нас с детства известны весьма расхожие выражения, которые часто используются в дружеских пожеланиях и в разных стандартных коммуникациях, типа «Желаю здоровья», «Главное – здоровье, а остальное можно купить», или «Нет здоровья – ничего не надо...» и т.д. Скорее всего, люди, со всей внешней искренностью произносящие такие высказывания, подразумевают, что здоровье – это нечто, данное нам свыше, не зависящее от нас, скорее всего, это благо, которое дает Господь Бог, либо, наоборот, отнимает за какие-то грехи, и тогда наступает болезнь.

Слово *здоровье* все время присутствует в бытовой терминологии, но, похоже, мало кого интересует ответ на вопросы «Что такое здоровье?» и «Откуда оно берется?», а разговоры о болезнях интересуют людей гораздо больше, чем о здоровье [1].

И все же, откуда берутся в нас эти две биоэтические категории – здоровье и болезнь, и как в человеке взаимодействуют две противоположные по смыслу субличности – «Я здоровый» и «Я больной», объединенные третьим общим смыслом – «Я живой»?

Перед тем, как попробовать ответить на этот вопрос, хочется привести пример ребенка, который еще вчера был совершенно здоров, посещал школу или детский сад, выполнял свои повседневные приятные и неприятные обязанности, получал минимум внимания от вечно занятых родителей, словом, вел свой обычный образ жизни. И вдруг ребенок заболевает. Что при этом происходит? Он остаётся дома и вместо выполнения своих повседневных дел лежит в постели, окруженный вниманием заботливых и любящих родителей, смотрит телевизор, играет и т.д. Словом, кроме необходимого лечения, этот ребенок получает все блага, о которых еще вчера мог только мечтать. Если такие ситуации начинают повторяться неоднократно в жизни ребенка, у него возникает ощущение, которое можно охарактеризовать, как «вторичная выгода от болезни», а в последствии – и как «первичная», т.е. у ребенка формируется модель: «болеть – это хорошо». Ведь нередки случаи, когда дети во имя приобретения вышеуказанных благ совершают разные манипуляции над собой, вызывая тот или иной болезненный симптом.

Как правило, неверное, с точки зрения морали, воспитание родителей, а именно: проявление чрезмерной любви, повышенного внимания к больному ребенку, удовлетворение всех его прихотей, неспособность объяснить преимущество здоровья над болезнью, формирует у ребенка мутированную, с точки зрения биоэтики, модель поведения. Это означает то, что на интуитивно-этическом, а часто и на рационально-этическом уровнях болезнь принимается как благо, как уход от разного рода проблем. Зачастую такая модель поведения сопровождает человека всю его жизнь. Он болеет чаще других, а сами заболевания, как правило, относятся к разряду «неправильных болезней» или страданий, когда тело реагирует разными болезненными симптомами на интуитивно-рационально-этические мутации, формирующиеся у человека в процессе его социализации в определенных условиях социального бытия. Как правило, в таких

случаях медицинские диагностические методы редко выявляют патологические изменения в организме, а назначения врача в виде приема лекарственных препаратов не всегда бывают эффективными, а если и помогают больному, то только на короткое время.

Известно, что выслушивая жалобы пациента на своё нездоровье, врач первым делом собирает необходимую информацию, которая помогает ему составить схему внутренней картины болезни (ВКБ) пациента. Внутренняя картина болезни – понятие, введенное отечественным терапевтом Р.А. Лурия, характеризующее представления больного о своем заболевании. В её структуре выделяют сензитивный компонент, включающий в себя комплекс болезненных ощущений и связанных с ними эмоциональных состояний, и интеллектуальный, представляющий собой рациональную оценку болезни. Понятие «Внутренняя картина болезни» охватывает разнообразные стороны субъективной стороны заболевания, поскольку врач, опрашивая больного, имеет дело только с той субъективной информацией (легендой), которую предоставляет сам пациент. Для выявления индивидуальных особенностей внутренней картины болезни используют, как правило, клиническую беседу и специальные опросники, результаты которых, безусловно, позволяют врачу получить приблизительную информацию о ВКБ пациента, но не могут в полной мере выявить истинную картину.

Сегодня мы располагаем двумя авторскими методами интуитивно-эмоционально-этической пиктологической диагностики, не имеющих аналогов в мире, это Цветография и Эгоскопия. В основе этих методов лежит парадигма четырех биоэтических суждений: «хорошо о хорошем», «плохо о плохом», «плохо о хорошем», «хорошо о плохом» [2].

Суть метода «Цветография» заключается в том, что испытуемый рисует на электронном планшете электронным пером, либо мышью на экране монитора (поскольку этот метод выставлен в Интернете на сайте www.ullada.ru) ответы на задания теста. При этом он использует любые цвета из цветовой палитры, выбранной в начале тестирования, а также толщину линии (интуитивно-эмоционально-этический компонент). Одновременно испытуемый оценивает свое отношение к тестируемой теме по 12-балльной шкале «хорошо-плохо» (рационально-этический компонент).

Суть метода «Эгоскопия»: испытуемый рисует и(или) пишет свои ответы на электронном планшете электронным пером, параллельно оценивая тестируемые темы по шкале «хорошо-плохо» (рационально-этический компонент). При этом к испытуемому прикрепляются датчики, и во время выполнения тестовых заданий регистрируются сенсорные сигналы (ЭЭГ, ЭКГ, КГР, ФПГ). Это интуитивные реакции телесного комфорта или дискомфорта на тестируемую тему (интуитивно-эмоционально-этический компонент).

Результаты исследования по этим двум методам оцениваются в новой парадигме квадратической логики суждений: «хорошо о хорошем» – это норма позитива; «плохо о плохом» – это норма негатива; «плохо о хорошем» и «хорошо о плохом» – это биоэтические мутации, которые, как правило, являются источником телесного и социального дисбаланса.

С введением этического компонента представлений пациента о своей болезни у аналитиков появилась возможность выявлять с высокой степенью достоверности интуитивно-этическую и рационально-этическую мутации у человека относительно своего здоровья и болезни: «Что для меня болезнь – хорошо или плохо?», а также определять в процентном соотношении баланс субличностей «Я здоровый» и «Я больной»: «Чего во мне больше – здоровья или болезни». Например, в сценарии теста «Реалии жизни» (этот тест используется в обоих методах) среди заданий на разные темы, имеющие отношение к жизни любого человека, есть задания: «Сделайте рисунок на тему: «Я и моя болезнь», а также «Я и моё здоровье». Выполняя задания теста, испытуемый, как уже говорилось, оценивает свое отношение к этим темам по рационально-этической шкале, т.е. выставляет положительную или отрицательную рациональную оценку, и **синхронно** с этим фиксируется его интуитивно-этическая оценка. Если в отношении темы «Я и моя болезнь» обе оценки являются отрицательными, то можно говорить о норме негатива по данной теме: «Мне моя болезнь не нравится, и я об этом говорю», т.е. «плохо о плохом». Аналогично, если в отношении темы «Я и моё здоровье» обе оценки совпадают по знаку и являются

положительными, то можно говорить о норме позитива по данной теме: «Мне моё здоровье нравится, и я об этом говорю».

Однако, у большинства пациентов (85%), прошедших тестирование по тесту «Реалии жизни» были выявлены биоэтические мутации по темам «Здоровье» и «Болезнь». Например, испытуемый дает отрицательную рационально-этическую оценку теме «Я и моя болезнь», но при этом интуитивно-этическая оценка является положительной: «Мне моя болезнь интуитивно нравится (внутренняя этическая компонента), но я говорю, что она мне не нравится (внешняя моральная компонента). Такой конфликт самооценок свидетельствует об интуитивно-этической выгоде своей болезни («Телу нравится болеть») и моральной защите («Болеть плохо»). Что же касается темы «Я и моё здоровье», то большинство пациентов выставляют негативную рационально-этическую оценку своему здоровью, в то время, как интуитивно-этическая оценка может быть позитивной или негативной («Интуитивно мне моё здоровье нравится или не нравится, но я говорю, что оно мне не нравится»).

Реже встречаются случаи биоэтических мутаций по теме «Я и моя болезнь», в которых испытуемый дает позитивную рационально-этическую оценку этой теме, в то время как интуитивно-этическая оценка является негативной («Телу болеть не нравится, но я говорю обратное, т.к. моя болезнь мне сейчас выгодна»).

Объективное представление о внутренней картине болезни помогает врачу найти нужную тактику в подходе к пациенту. В том случае, если анализ результатов описанных методов выявил биоэтические мутации по темам «Я и моя болезнь», «Я и моё здоровье» и при наличии явных симптомов болезни, которые, как правило, не купируются приемом лекарственных препаратов, пациенту целесообразно предложить коррекционную работу с биоэтами «Я больной» и «Я здоровый». В том случае, если в результате лабораторной, лучевой или другой диагностики выявлены явные симптомы заболевания, и при этом биоэтическая пиктологическая диагностика не выявила биоэтических мутаций у пациента, способных вызывать данный симптом, то скорее всего целесообразно назначать лечение медикаментозными средствами.

Приведу пример. Пациент «N», которому в результате эндоскопии был поставлен диагноз «Язвенная болезнь 12-перстной кишки», прошел исследование методом «Цветография». В настоящее время в современной медицине существуют разные представления о причинах возникновения язвенной болезни. Эти причины могут заключаться в инфекционной природе возникновения заболевания, а также могут быть следствием биоэтических мутаций. В данном случае, у пациента была выявлена биоэтическая норма, т.е. признаки язвенной болезни присутствовали и активно действовали на фоне внутренней биоэтической гармонии. В такой ситуации врачу целесообразно признать право за инфекционной природой язвенной болезни и назначить лечение по стандартной рекомендованной схеме.

Как уже говорилось, в каждом из нас, наряду с другими субличностями, «проживают» субличности «Я здоровый» и «Я больной», которые друг с другом как-то взаимодействуют и имеют у каждого человека свой определенный биоэтический статус. В норме эти субличности внутри человека «разводятся» как противоположные субстанции, т.е. являются дифференцированными и управляемыми: «Я болею для того, чтобы у меня был опыт выздоровления» или «Я могу быть как больным, так и здоровым, и этим управляю». В случае биоэтической патологии эти две субличности являются синкретичными (нерасчленёнными), а модели отношения к своей болезни и к своему здоровью практически не отличаются друг от друга, что скрытно является весомым, хотя и маскированным поведенческим основанием для людей в типичной патерналистской модели здравоохранения российского социума.

Опыт проведенных исследований методами Цветография и Эгоскопия по сценарию «Реалии жизни» показал, что для большинства пациентов рационально-этические оценки отношения к своему здоровью и к своей болезни практически не отличаются между собой («Рационально мне мое здоровье не нравится равно, как и моя болезнь»). Это означает, что в нашем обществе у большинства людей, имеющих в большей или в меньшей степени различные заболевания, модель здоровья, как таковая, отсутствует, либо здоровье воспринимается как отсутствие

болезни. К этому можно добавить выводы учёных о том, что большинство исследований, опирающихся на массовые опросы, утверждает, что в системе ценностей россиянина здоровье стоит далеко не на первых местах, и что этим можно объяснить пренебрежение заботой о здоровье. Жители более благополучных стран ставят здоровье на более высокие ступени в иерархии личных ценностей, и это, кстати, коррелирует с большей продолжительностью жизни [3, 4].

Отсюда и результат: в российском обществе людей с биоэтическим статусом «Больной» гораздо больше, чем со статусом «Здоровый». В то же время, в нашем социуме совершенно отсутствует идея: «Болезнь – стыдно». А кого же будет тогда лечить отечественная медицина, если картина будет другой? Вряд ли будет удачной попытка возложить на систему здравоохранения ответственность за здоровье населения, как за конечный результат, поскольку в данном случае речь пойдет о смешении принципиально различных видов деятельности:

1) **возвращение** утраченного здоровья в связи с его потерей (как правило, в ситуациях, когда человек осознает, что сам справиться не может) и

2) **сохранение и укрепление** здоровья в «устойчивом» режиме, когда человек при минимуме материальных затрат **сам и осознанно** затрачивает на это время [5].

Поэтому, наряду с существующей системой здравоохранения, которая занимается исключительно лечением больных людей – имеющих биоэтические статусы и «Больного», и «Здорового» человека, в нашем социуме необходимо создавать еще одну междисциплинарную, параллельную и конкурирующую систему самосохранения и развития здоровья. Основным капиталом этой моральной и инструментальной системы является время, затрачиваемое самим человеком не на лечение заболеваний, а на поддержание своего здоровья с полной осознанностью того, что **сохранение здоровья** является приоритетной ценностью вменяемого и добродетельного человека.

Литература и примечания

1. *Дартау Л.А.* Феномен здоровья. Концепция и прикладные аспекты. Проблемы управления, №5, 2005. С. 92-98.

2. *Юрьев Г.П.* Метод УллаДа и экономика судьбы // Философские проблемы биологии и медицины: Выпуск 4: Фундаментальное и прикладное: Сборник материалов 4-й ежегодной научно-практической конференции. М.: Изд-во «Принтберри», 2010. С. 150-154.

3. *Браун Дж.В., Русинова Н.Л.* Социокультурные ориентации сознания и отношения к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму / В кн.: Качество населения Санкт-Петербурга П / отв. ред. Б.М. Фирсов; Спб. Филиал Ин-та Социологии РАН. СПб., 1996. С. 132-158.

4. *Журавлева И.В.* Здоровье подростков. М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. 240 с.

5. *Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р.* Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. М.: СИНТГ, 2009. С. 139.

Статья опубликована в сборнике:

«Материалы научно-практической конференции, посвящённой 65-летию Поликлиники № 1 Российской академии наук, Москва» в разделе:

Часть II. Философские и междисциплинарные аспекты здоровья человека (Рекомендована к печати научным советом отдела комплексных проблем изучения человека Института философии РАН)

Харламова Н.И. Диагностика внутренней биоэтической картины болезни и здоровья человека // Материалы научно-практической конференции, посвящённой 65-летию Поликлиники № 1 Российской академии наук, Москва / [научный ред.-сост. Г.П. Юрьев]. – М.: Наука, 2011. - 456 с. – ISBN 978-5-02-037615-1 на стр. 248-252.