

Kutlumuratov A.B.

INDIVIDUATION OF DOCTORING AS THE BASIC CONCEPT OF PUBLIC HEALTH AND A MEDICAL SCIENCE

The Republican Scientific-Practical Medical Centre of Children's Oncology, Haematology and Clinical Immunology of Ministry of Health of Uzbekistan, Tashkent city, Uzbekistan

E-mail: atabekb@yahoo.com; **Phone:** +998941121896; +998946513710.

Abstract

The seventh treatise of the cycle “Ontological and epistemological bases of medicine and physiology” (finishing). It is marked that the medical science of the end 19 and the beginnings of 20th centuries began to depart from the concept of the individuation of the doctoring process, which was considered almost officially a basis of a clinical paradigm throughout 23 centuries. To the middle of 20th century it has been justified by rapid development of biology and by requirement to use of its achievements in medicine. Nowadays this situation is expressed as excessive differentiation of clinical medicine (which is the doctoring science). The individuation principle implicitly underlies any national systems of public health services, and it forms a philosophical basis of a medical science. This principle expresses specificity of physician’s thinking which depends a little from the paradigm declared by representatives of official medicine. This principle lays in basis of the differentiation of public health (as the system of physicians' activities), and in basis of differentiation of medical science (as the clinical disciplines' system). The public health decides problems of society's health for interests of the society by regulation of efforts of doctors' of the different profiles. And the public health promotes tendency of any doctor in order to professionally promote interests of health of each patient in each clinical case. Therefore and physician practice of any profile is effective if it supports the doctor's aspiration as much as possible to keep and strengthen health of each patient (if he/she is healthy), and to recover him/her health (if he/she is sick). The medical science is effective so far as it follows this principle within the limits of each of medical disciplines. Thus the doctor reaches best efficiency of doctoring only on the basis of a clinical paradigm, and this efficiency does not depend directly on a paradigm which is declared by official medicine.

Keywords: an individuation of doctoring; a clinical paradigm; public health; a medical science; public health services profile; differentiation of medicine.

Кутлумуратов А.Б.

ИНДИВИДУАЦИЯ ВРАЧЕВАНИЯ КАК ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Республиканский научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Электронная почта: atabekb@yahoo.com; телефоны: +998941121896; +998946513710.

Резюме

Седьмой (завершающий) трактат из цикла “Онтологические и эпистемологические основания медицины и физиологии”. Отмечается, что медицинская наука конца 19 и начала 20-го веков стала отходить от концепции индивидуации врачевания, которая почти официально считалась выражением клинической парадигмы на протяжении 23 веков. До середины 20-ого столетия это было оправдано быстрым развитием биологии и потребностью использовать ее достижения в медицине. Ныне этот отход выражается в кажущейся чрезмерной дифференциации клинической медицины, являющейся наукой врачевания. Принцип индивидуации неявно лежит в основе любых национальных систем здравоохранения и служит философской основой врачебной науки. Этот принцип выражает специфику врачебного мышления и мало зависит от парадигмальной позиции, официально объявляемой представителями медициной. На нем базируется профильная дифференциация здравоохранения как системы врачебных практик и медицинской науки - как системы клинических дисциплин. Здравоохранение решает проблемы здоровья общества в интересах общества регулированием усилий докторов различных профилей. При этом здравоохранение продвигает заодно и стремление каждого врача профессионально следовать интересам здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае. Поэтому и врачебная практика любого профиля эффективна в той мере, в какой способна поддержать врача в его стремлении максимально сохранить и укрепить здоровье каждого пациента, если тот здоров, и вернуть ему здоровье, если тот болен. Медицинская наука эффективна в той мере, в какой следует этому принципу в рамках каждой из медицинских дисциплин. При этом врач достигает лучшей эффективности врачевания на основе клинической парадигмы, и эта эффективность не зависит напрямую от парадигмы, заявляемой официальной медициной.

Ключевые слова: индивидуация врачевания, клиническая парадигма, здравоохранение, медицинская наука, профиль здравоохранения, дифференциация медицины.

Трактат №7 из цикла “Онтологические и эпистемологические основания медицины и физиологии”. Окончание цикла.¹

INDIVIDUATION OF DOCTORING AS THE BASIC CONCEPT OF PUBLIC HEALTH AND A MEDICAL SCIENCE

Kutlumuratov A.B.

The Republican Scientific-Practical Medical Centre of Children's Oncology, Haematology and Clinical Immunology of Ministry of Health of Uzbekistan, Tashkent city, Uzbekistan

E-mail: atabekb@yahoo.com; **phone:** +998941121896; +998946513710.

ИНДИВИДУАЦИЯ ВРАЧЕВАНИЯ КАК ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Кутлумуратов А.Б.

Республиканский научно-практический медицинский центр детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Электронная почта: atabekb@yahoo.com; **телефоны:** +998941121896; +998946513710.

Вместо введения

Мне не очень нравится слово “специальность”, когда речь идет о работе врача. Произнося его, невольно представляешь себе огромный список разных сфер врачебных практик, где врачи заняты принципиально различными вещами. Еще меньше нравится употреблять это слово в отношении медицинской науки. Предпочтительней кажется слово “профиль”, потому что оно не мешает видеть то, что все врачи заняты одним делом, хотя и подходят к делу с разных сторон, видят предмет с разных ракурсов. Еще больше это представление подходит к системе здравоохранения, призванной так организовывать врачебную деятельность, чтобы она наилучшим образом справлялась с достижением одной цели – сохранить и укрепить здоровье здоровых людей и вернуть здоровье больным.

Основная цель данного цикла трактатов² - сделать очевидным несводимость научной медицины к биомедицине, хотя официальная медицина исходит как раз из идеи, противоположной по смыслу. Настоящим же трактатом, завершающим данный цикл, я стремлюсь показать, что биомедицинская парадигма – биологизированный вариант конкретизации клинической парадигмы, на которой базируется профессиональный статус врача и специфика медицины как врачебной науки. Медицина, будучи наукой врачевания, никогда не покидала в прошлом и не сможет покинуть в будущем собственную философию, поскольку издавна опирается на собственную онтологию и эпистемологию.

¹ См. предыдущие трактаты настоящего цикла [vixra:1604.0206v3](#), [vixra:2001.0576v1](#), [vixra:2106.0012v1](#), [vixra:2203.0133v1](#), [vixra:2401.0129v1](#), [vixra:2411.0127v2](#). С ними связаны дополнительные работы, опубликованные в электронном архиве [vixra.org](#). в 2020-2024 гг. мной или в соавторстве.

² Напомню, что трактаты данного цикла являют собой несколько переработанные (с учетом литературы последних 25 лет) разделы неопубликованной, как это планировалось автором, в 2000 году второй книги трилогии “Физическое тело человека”.

Она продолжает это делать, несмотря на то, что официальная медицина давно сдала свои позиции биологии. Стремясь прояснить это обстоятельство, я хочу показать, что концепт индивидуации врачевания продолжает служить идейной основой системы здравоохранения в любой современной стране и продолжает обеспечивать рациональный характер профилизации конституирующих ее врачебных практик. Этот же концепт фактически все еще влияет на онтологию и эпистемологию философски одряхлевшей современной официальной медицинской науки, и на дифференциацию ее на “профильные” разделы, отдельные дисциплины.³ Я стремлюсь показать, что развитие медицинских дисциплин в единой системе национальной медицинской науки следовало бы сосредоточить на максимизации эффективности системы здравоохранения каждой страны в целом, и в отдельных ее регионах. Дифференциация медицинской науки ныне выглядит как чрезмерная потому, что в ее основу кладется биомедицинская парадигма, и именно это в дальнейшем может привести к окончательному превращению медицины в “практическое приложение биологии”. Философия медицины и дальнейшая судьба этой науки все больше будет зависеть от философии биологии. И если произойдет полная подмена клинической парадигмы биомедицинской, являющейся разновидностью парадигмы биологической в применении к человеку, то медицина окончательно отойдет от собственной (клинической) парадигмы, произойдет дегуманизация медицины, что усилит социал-дарвинистские тенденции в мире.

Между тем признаки дегуманизации медицинской науки можно воочию наблюдать уже сейчас, и проявляются они не только в стремлении фармацевтических компаний оседлать клинический процесс под видом поддержки клинических исследований. Есть и более тревожные симптомы. Основная цель настоящего трактата – указать на главный из них – маргинализацию принципа индивидуации врачевания - базисной идеи, на которой строится клиническая парадигма. Позволяя биологизаторам медицины вытеснить клиническую парадигму как основу медицинской науки и здравоохранения в пользу биомедицинской, врачебное сообщество сильно рискует и собой, и пациентом. Я стремлюсь подчеркнуть, что принцип индивидуации неявно лежит в основе любой современной системы здравоохранения и изначально служит философской основой врачебной науки. Более того, сама профильная дифференциация здравоохранения и дифференциация медицинской науки предполагают верховенство именно принципа индивидуации врачевания, ибо на этом принципе держится само врачебное мышление.

Паскаль заметил, что в природе человеку есть и звериное, и ангельское. Насколько он был прав, мог бы лучше всех рассказать именно врач. Очевидно, потому, что для него в этом, казалось бы, философском, вопросе заключена сама суть практики врачевания. Философия, претендующая на роль науки о человеке, вот уже, по меньшей мере (если судить по европеизированному представлению об истории науки), два с половиной тысячелетия неизбежно обращается за примерами к медицине, когда хочет говорить об этой своей роли. Ибо никто так близко профессионально не соприкасается с индивидуальной природой человека и не хранит столько личных тайн каждого пациента, как врач. В этих тайнах сокрыто нечто чрезвычайно важное для человечества – знания о двойственной (психофизической) природе человека – природе и его здоровья, и его болезней. На мой взгляд, *задача медицинской науки состоит в том, чтобы, не раскрывая личных тайн каждого пациента, раскрывать то, что сокрыто в психофизически не дуальной (личностной) природе каждого человека.*

³ Концепция индивидуации врачевания получила дальнейшую конкретизацию в третьей книге трилогии «Физическое тело человека». В настоящее время я готовлю ее публикацию в виде второго цикла трактатов, основанных на разделах третьей книги, переформируя их как самостоятельные работы, объединенные общим идейным контекстом.

1. Врачебные практики, здравоохранение и медицина

В предыдущих трактатах настоящего цикла мы шаг за шагом шли к представлению о том, как мыслит врач, помогая каждому пациенту с максимальной вероятностью сохранить здоровье, если пациент здоров, и вернуть здоровье, если он болен. Эту максимизацию мы и назвали индивидуацией врач. Стратегия индивидуации здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае составляет, таким образом, основу всякого профессионального врачевания, любого профиля врачебной деятельности. Ежедневно каждый врач реализует ее в рамках своей профессиональной практики, поддерживая или восстанавливая определенный профиль здоровья членов обслуживаемой им популяции. В целом под врачебным профилем подразумевают сферу врачебной деятельности, в которой подготовленный и сертифицированный соответствующим образом специалист врачует определенный класс состояний здоровья (нозологических единиц). Любая врачебная специализация (профилизация) не отменяет главного постулата врачевания - индивидуации врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае с использованием доступные врачу профессиональных знаний, опыта, интуиции и располагаемых им средств и возможностей в интересах его здоровья.

В свою очередь из врачебных практик разнообразного профиля формируется система здравоохранения, чье назначение - оптимальное обеспечение здоровья обслуживаемого врачами населения. Это значит, что индивидуация врачевания лежит в основе развития системы здравоохранения – как в целом, так и ее отдельных профильных структур с их назначением оптимально обеспечить соответствующее профильное здоровье населения. Поэтому любая система здравоохранения объективно заинтересована в том, чтобы каждый врач добивался наибольшего эффекта, врачую каждого пациента, и фактически рассматривает в этом контексте результаты деятельности управляемых ею профильных служб и врачебных практик. Иными словами в реальности любая система здравоохранения развивается, действуя в русле клинического мышления, то есть в рамках клинической парадигмы, а не биомедицинской. Управляя эффективностью врачебных практик, эксперты системы здравоохранения опираются на медицинскую статистику, чья местная особенность трактуется ими как следствие профессиональной активности медицинских служб.

В действительности все намного сложнее. Врачи-эксперты в своей деятельности опираются не столько на клиническую парадигму (стремление к максимизации индивидуации врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае), которой руководствуются врачи, сколько на биомедицинскую. Биомедицинская парадигма учит мыслить “механизмами” здоровья и болезней. И нозологии она трактует как результат реализации специфических для каждого класса болезней “механизмов” в организме пациента. Поэтому, опираясь на эту парадигму, врачи-эксперты полагают, что биомедицинская модель врачевания как бы гарантирует научную обоснованность их экспертных оценок, чем последние и оправдываются. Здесь заключена “болевая точка” современной клинической медицины. Биомедицина ныне как бы перехватила инициативу у клинической медицины и пользуется готовностью и официальной медициной отказать клинической медицине в праве на позиционирование себя в качестве самостоятельной науки, имеющей собственные фундаментальные, теоретические и эмпирические основания, свою “софию”, как сказали бы во времена Гиппократы. Официальная медицина тем самым принуждает врача обосновывать свои действия исключительно биомедицинскими соображениями, считающимися “научными”, как бы сосредотачивающими в себе некую истину врачевания в последней инстанции. Поэтому каждый врач стремится обосновывать свои конкретные профессиональные действия на языке биомедицины, рассуждая о “биологических механизмах” состояний здоровья каждого пациента. Разумеется, при этом врач высказывает в оправдание своих действий и клинические соображения. Но эти соображения принимаются во внимание врачами-экспертами лишь в той мере, в какой те соотносятся с биомедицинской парадигмой: принято считать, что клинические аргументы

не относятся к основным аргументам, определяющим правомерность врачебных действий. Но это не всегда так, что составляет основу большинства трудностей при разбирательствах врачебных ошибок.

На деле такие разбирательства выглядят вполне солидно.

Но это *не так*. Отметим сразу: будь это так, то сугубо *организационные преобразования в системе здравоохранения не могли бы всерьез влиять на эффективность врачебных практик*. Между тем организационные преобразования отдельных служб здравоохранения и всей системы здравоохранения могут оправдать себя только достоверно зафиксированными изменениями показателей эффективности практик врачевания, и эта достоверность должна оцениваться статистически - по изменениям показателей здоровья каждого профиля врачевания в масштабе обслуживаемой популяции. Когда организационные преобразования уместны, то врачам легче достигать целей индивидуации врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае. Для того, чтобы врач получил доступ к уместному применению профессиональных знаний, опыта, располагал средствами и возможностями их реализации, и мог адекватно мобилизовать свою профессиональную интуицию в каждом клиническом случае, максимально руководствоваться интересами здоровья каждого пациента, необходима соответствующая организационная поддержка его деятельности.

Пример. В 2009 году в состав многопрофильной областной больницы Калининградской области была включена онкологическая служба региона. Этот шаг был продиктован, прежде всего, материально-техническими соображениями, а в какой мере и как именно это может реально изменить эффективность онкологической службы на популяционном уровне, еще не предстояло прояснить. Тогда мало кто думал об этом, кроме руководства областной больницы. Для меня же это означало, что оказание специализированной онкологической помощи в пространстве и времени совмещалось с оказанием специальной врачебной помощи двух важнейших профилей - кардиологической и неврологической. Мировая статистика давно показывала, что наиболее высокой является смертность от сосудистой и онкологической патологий. Мне же было важно на примере строгих статистических исследований убедиться в том, что концепция индивидуации работает. Совмещение трех главных профилей специализированной врачебной помощи в одной больнице означало, что следует ожидать быстрого улучшения выживаемости онкологических больных в регионе на популяционном уровне в силу благоприятствования их совмещения индивидуации врачевания. Концепция индивидуации врачевания предполагает, что каждый врач явно или неявно (просто в силу профессиональных обязанностей) стремится в каждом клиническом случае учесть самые различные профильные аспекты здоровья своего пациента, которые он сочтет нужным. Эти ожидания полностью оправдались: расчёт и сопоставление показателей трехлетнего дожития онкологических больных течение трех лет ДО и ПОСЛЕ изменения организационного статуса онкологической службы региона выявили их рост практически для всех регистрируемых онкологических патологий и стадий заболевания.

Очевидно, что продуманные организационные преобразования системы здравоохранения реально облегчают решение врачами основной их профессиональной задачи - индивидуации врачевания каждого больного в каждом клиническом случае. Адекватная оценка эффективности любых организационных преобразований требует, чтобы эта оценка была спроецирована на уровень популяции, непосредственно затрагиваемую ими.

Здравоохранение любой страны имеет дело со спецификой здоровья популяций, ее населяющих. Врач сталкивается в повседневной практике с тем, как природные и социальные условия сказываются на специфике здоровья в обслуживаемой им конкретной популяции. Врач всегда имеет дело с популяционными нюансами причин здоровья и болезней и их клинического течения. Поэтому еще в древности, возникло понимание того, что медицинские знания предполагают изучение нюансов, характеризующих специфику

здоровья и болезни в разных местностях (в частности, см. «Корпус Гиппократ»⁴). Выявление местных нюансов причин, с которыми связана поддержка и восстановление состояния здоровья людей и составляет суть клинической медицины как *практической науки* - науки врачевания, исследующей природу здоровья каждого пациента. Выявление и управление этими нюансами должно составлять специфику соответственно национальных медицинских наук и национальных систем здравоохранения.⁵ Это следует уже из алкмеоновой концепции здоровья и болезней.

Наиболее четкое определение медицинской науке дал около тысячи лет назад Авиценна, указав на то, что теория медицины⁶ с одной стороны и *применение* соответствующих знаний – с другой составляют две части медицины как науки.⁷ Авиценна утверждал, что медицина состоит из двух основных частей - теоретической и практической, и обе называл наукой.

Вчитываясь в труды Авиценны по логике, философии и психологии, сопоставляя их с его капитальным трудом - «Каноном врачебной науки», можно понять, что эмпирические медицинские знания он рассматривал как частные случаи общей психофизической модели природы человека. Важно при этом отметить, что Авиценна отрицал атомизм как философски несостоятельный взгляд на природу. Эмпирические знания были для него лишь индивидуальной нюансировкой психофизической природы здоровья каждого пациента. Поэтому он говорил о двух частях медицины - теоретической и практической, каждая из которых суть наука. В современной же науке эмпирические знания составляют огромный пласт, называемый естественнонаучным знанием, рассматриваемы часто отдельно от философии науки. По этой же аналогии сегодня выделяют биомедицинские знания как научную медицину, а клиническую медицину относят к врачебной практике, считая ее практическим приложением биологии здоровья и заболеваний человека. Учение Авиценны, согласно которому практическая медицина является наукой, а именно – наукой о применении знаний о природе здоровья и болезни человека, не принято во внимание. Оно попросту вынесено за пределы медицины современной наукой, посчитавшей его устаревшим учением.

Но все возвращается на свое место, если мы согласимся различать не два основных типа науки – *естественные* и *теоретические*, как это принято ныне, а три, добавив сюда *практические* науки.⁸ Первые два мы можем определить как науки, исследующие теоретические и естественные условия существования и несуществования *классов* познаваемых этими науками объектов. Практические же науки мы определим как изучающие *единичные* объекты, причины и условия их существования и несуществования – с тем, чтобы управлять их существованием в интересах человека. Практические науки используют для достижения своих целей достижения самых разных научных дисциплин. Медицина есть практическая наука, ее цель - врачевание *каждого* пациента с тем, чтобы сохранить и укрепить *его* здоровье, если *он* здоров, и восстановить *его* здоровье, если *тот* болен, следуя выгодам *его* индивидуального существования. Для достижения своих целей

⁴ См., в частности, сочинение “О воздухах, водах и местностях” (Гиппократ, соч. т.т.1, 1936. - С.275-306), приписываемое самому Гиппократу.

⁵ Кутлумуратов А.Б., vixra.org. 2404.0042v1.

⁶ Теория медицины всегда включает философские представления об индивидуальной психофизической природе человека и опытные факты, составлявшие содержание эмпирических медицинских знаний. Последние осмысливаются в рамках философских представлений о природе исследуемого медициной объекта – индивидуальной природы здоровья каждого пациента, составляя вместе с ними теоретическую медицину. Ошибка биомедицинской модели медицины является главным образом психологической. Его апологеты убеждены в том, что природа здоровья и болезней именно такова, как она истолкована в рамках биологической модели медицины. Они незаметно для самих же себя убирают теоретические леса, с чьей помощью возводятся устанавливаемые в ходе наблюдений и экспериментов эмпирические факты. Толкование (использованные для понимания смыслы) приняты за реальные факты.

⁷ См., в частности, трактат №6 (vixra:2411.0127v2) настоящего цикла.

⁸ Кутлумуратов А.Б., (2016), vixra:1604.0206v3.

медицина использует любые знания, методы и средства, руководствуясь при этом исключительно соображениями выгод для здоровья каждого пациента.

Таким образом, медицина требует *индивидуации* знаний, с которыми связан опыт врачевания в соответствии с природой каждого клинического случая.⁹ Помимо использования клинических технологий, врачу приходится учитывать массу нюансов течения каждого клинического случая, без чего он не может достичь требуемой эффективности врачевания пациента. При этом врач, как правило - неявно, использует некое философское представление об индивидуальной природе здоровья каждого человека, с чем он имеет дело в каждом клиническом случае. Плохое осознание этого факта связано с нашей привычкой рассуждать об объекте познания в позитивных терминах. Здоровье же каждого индивида мыслится главным образом апофатически. Это видно уже в определении здоровья, данного экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Реальные действия врача можно характеризовать, казалось бы, только в позитивных терминах. Выгода каждого пациента, которую преследует врач переживается пациентом, а врач воспринимает клиническое течение болезни, стремясь избавиться от страданий, которые и являются позитивно в виде симптомов заболевания. Получается, что врач стремится избавиться пациента от онтологии его болезненного состояния.

В медицине, таким образом, во всей полноте явлена основная установка древних философов - требованию, согласно которому наука должна сосредоточиться на получении знаний, полезных для человека.¹⁰ Заметим также, что, по Агацци, философия, походит на медицину, ибо сосредоточена не столько на поиске научных истин как соответствия знаний реальному положению вещей в мире, сколько на *долженствовании* - на том, каковой истина *должна быть* для человека, во имя человека.¹¹

Науки развиваются, взаимодействуя друг с другом, ибо познают один и тот же мир, мир Всеединый, и познают его с разных ракурсов, всматриваясь в различные регионы реальности и конституируя специфические знания о них в ходе своего развития. До тех пор, пока наука, меняя нюансы, оттенки и акцентуации, не меняет свою исходную позицию в отношении своего объекта (точнее – изучаемого ею региона реальности), она остается самостоятельной областью знаний, пользуется специфическими принципами познания и формулирует собственные законы. В этом плане, пожалуй, нет лучшего примера, чем клиническая медицина, существующая, по меньшей мере, 25 веков (если вести отсчет времени его существования от Алкмеона и Гиппократов).

Патологи издавна занимаются вопросами философии медицины. Но ирония нынешнего времени в том, что даже о трудах выдающегося патолога Давыдовского¹² врачи ныне редко вспоминают, возможно, потому, что они несли еще на себе печать клинической медицины времен Клода Бернара. Согласно же идеям В.М. Дильмана¹³, медицина второй половины 20-го века может быть целиком описана в рамках биомедицинской парадигмы, сама же медицина суть «практическое приложение биологии». Тем самым Дильман фактически отказался ставить философские проблемы самой медицины, что было серьезной ошибкой, которую он отчасти сам признавал, допуская, что помимо описанных (в биологических терминах) им четырех моделей медицины (экологической, генетической, аккумуляционной и онтогенетической) должна существовать еще и *психосоматическая модель* медицины. Между тем даже самый поверхностный взгляд указывает на то, что в реальной деятельности современный врач, как и в прежние века, использует психофизическую модель здоровья.¹⁴ Анализ же онтологических и эпистемологических оснований

⁹ Kutlumuratov A.B. (2020), vixra:2001.0576v1.

¹⁰ Диоген Лаэртский, Протагор., 1990.

¹¹ Агацци Э., 1985.

¹² Давыдовский И.В., 1962.

¹³ Дильман В.М., 1987.

¹⁴ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997.

клинической медицины, проведенный в данной, второй, книге нашей трилогии, этот факт окончательно проясняет.

Вообще говоря, одна серьезных проблем философии современной медицины - онтологический провал, образовавшийся в ходе развития этой науки после того, как возникла не самая лучшая традиция различать науки о душе и науки о теле. Этот провал, на взгляд некоторых авторов, может быть заполнен *междисциплинарными исследованиями*.¹⁵ Этому ничуть не противоречит восстановление в правах классической модели медицины. Последняя рассматривала здоровье в контексте учения Парменида о Бытии как Всеедином «Есть» и Единичном бытии вещей в нем. *Междисциплинарность* - некий общий принцип организации и проведения процедуры познания любой вещи, и он являет себя даже в отдельном научном исследовании. В рамках каждого исследования исследователь (вольно или неосознанно) объединяет способы восприятия объекта исследования, как бы заставляя их взаимодействовать во имя решения некоторой проблемы человеческого развития. Да и в любой практической деятельности профессионал сосредотачивает в своем уме различные знания, воспринятые в отдельных актах осмысления познаваемого объекта, и это позволяет ему более или менее успешно решить конкретную практическую задачу. Поэтому нет ничего удивительного в том, что междисциплинарность - давно осмысленный метод медицины, науки врачевания. Междисциплинарность заключена в самой природе клинической медицины. Медицина как практическая наука по своей сути всегда и была и остается особой областью применения междисциплинарного принципа познания.

Иногда говорят о *трансдисциплинарности* как некоем отдельном принципе познания. Следуя этому принципу, важно учитывать риск подмены исследования одного региона реальности исследованием другого региона. Регион биологии и регион медицины хотя и перекрываются, далеко не составляют один и тот же регион. Только их перекрытием можно оправдать трансдисциплинарность как принцип медицинского познания, приняв к тому же его как фазу междисциплинарных исследований. Важно не упускать из виду, что цель науки врачевания - поддержка здоровья конкретного здорового пациента, если тот здоров, восстановление здоровья пациента, если тот болен. С этой точки зрения биомедицинская парадигма - трансдисциплинарный метод, в рамках которого биологическое исследование применяется для познания природы текущего состояния здоровья каждого пациента. Биомедицина - сфера трансдисциплинарных биологических исследований в рамках врачебной науки, чьи результаты врач применяет для осмысления каждого клинического случая.

Безусловно, медицина в своем развитии опирается на достижения биологии, и биомедицинская парадигма - важный аспект понимания клинической медицины. Но значимость ее для клинической медицины не следует преувеличивать. До середины 20-го века достижения биологии применялись медициной исходя, главным образом, из ее клинических потребностей.¹⁶ Но во второй половине минувшего века постепенно стала складываться иная ситуация, когда достижения биологии стали применяться в клинической медицине все больше из биологических соображений, все меньше считаясь с клиническими. Тому способствовала и наметившаяся сильная профилизация системы здравоохранения и дифференциация клинической медицины как науки врачевания. Принцип индивидуации все дальше отходил на второй план, хотя неявно он по-прежнему лежит в основе любых существующих национальных систем здравоохранения и продолжает служить философской основой клинической медицины как врачебной науки в целом и в рамках любого ее направления. Так наметился отход клинической медицины от своих традиций, от собственного региона - индивидуальной природы каждого пациента. Наверное, было бы справедливым утверждать, что концепция индивидуации врачевания

¹⁵ Medicus G., 2017.

¹⁶ Именно клинические (вовсе не биологические и не биомедицинские!) традиции медицины сделали возможным научное обоснование недопустимости проведения экспериментов на людях без их добровольного согласия, что легло в основу решений Нюрнбергского процесса.

молчаливо считалась воплощением клинической парадигмы на протяжении 23 веков. Этот отход становится очевидным, когда мы допускаем, что клиническая медицина суть практическое приложение биологии. Достаточно вспомнить, например, что изобретение микроскопа, позволив Левенгуку открыть мир микроорганизмов, Шванну - развить клеточную теорию жизни, Вирхову - обосновать клеточную патологию, не стало поводом для того, чтобы утверждать, будто соответствующие разделы биологии являются практическими приложениями оптической физики. Но кто станет отрицать, что именно успехи оптической физики привели к созданию и совершенствованию микроскопической техники в 19 и 20 вв. Таким же путем развивается и любая наука – естественная и гуманитарная. Или эмпирическая и теоретическая. Так почему медицина, старейшая из наук, не может оставаться самостоятельной наукой, если она развивается в пространстве трансдисциплинарных и междисциплинарных исследований, обращаясь к достижениям других наук, теоретических и эмпирических, естественных и гуманитарных? Почему она должна при этом становиться практическим приложением биологии, а не продолжает оставаться самостоятельной наукой, обращающейся к достижениям других наук *в меру потребностей собственного развития*, а не из стремления биологов изучать природу здоровья и болезней человека своими методами?

В.М. Дильман, увлеченный биомедицинской интерпретацией клинической медицины, истолковал *закон сохранения и отклонения от гомеостаза* как фундаментальный биомедицинский принцип, а медицину посчитал «практическим приложением биологии». За долгие века до Кеннона, медицина пользовалась похожими законами. На это его толкование, несомненно, повлияло ставшее во второй половине минувшего века повсеместно распространенным ложное представление представителей «респектабельных» наук о том, что такое наука. Оно добросовестно верили, что им дано судить о том, какая из наук является фундаментальной, какая – прикладной, а какая - «презренной практикой». Положительным в концепции 4-х моделей медицины по Дильману следует считать то, что она трансдисциплинарно связала биомедицину с термодинамикой необратимых процессов, указав на междисциплинарный характер биологического знания. Но сделав это, Дильман обошел саму клиническую доктрину – главный принцип, на котором базируется самая древняя из наук о природе существования человека – медицина. Клиническая доктрина требует, чтобы врач сосредоточил свои ум, наблюдения и усилия на течение *каждого* клинического случая, максимально следуя выгодам *каждого* конкретного пациента.

Эта доктрина была сформулирована в рамках профессиональной медицины Древней Греции и приписывается косской школе врачевания (чьим видным представителем является Гиппократ). Но еще до этого Алкмеон сформулировал принцип единства равновесия-неравновесия природных начал в пределах тела человека, сделав понятным то, как следует познавать природу причин болезней и здоровья каждого человека, объяснив заодно, почему причины болезней у каждого больного индивидуальны. Из этого принципа следовало и понимание сути врачевания - как помощи природе больного в сохранении им индивидуального равновесия начал в его теле (здоровья), если он здоров, и в восстановлении их равновесия (как причины возвращения ему здоровья, которыми должен овладеть врач в каждом клиническом случае), если он болен. Из него же следовало, что врач вправе использовать в интересах здоровья каждого пациента любые знания и навыки.

Но так случилось, что к концу 20-го века о фундаментальной медицине вообще стали говорить лишь языком биологии и биомедицины. Даже энтузиасты так называемой «эволюционной медицины» говорят теперь о ней как о новой области применения биомедицинской парадигмы, но не как о методе клинической медицины. Верно и то, что клиническая медицина не может основываться на дарвинистской модели эволюции. Мне приходилось высказываться на эту тему. В частности, мной обоснована необходимость

дополнения эволюционной парадигмы с переосмысленным ламаркизмом, в частности, включив ее в таком переосмысленном виде в эволюционно-онтогенетическую парадигму.¹⁷

Преувеличение значимости биомедицинской парадигмы для клинической медицины связано с тем, что 19 век ознаменовался бурным развитием биологии. Биохимия возглавила этот процесс в первой половине и середине 20-го, что привела к созданию молекулярной биологии. Ослепительные же успехи последней во второй половине 20-го вв. создали иллюзию, будто *клиническая доктрина* не может далее играть роль фундаментальной основы медицины, и должна быть заменена биомедицинской. Даже нейрофеноменология, чьи идеи близки к таковым клинической медицины, подталкивает современного врача к тому, чтобы согласиться с тем, будто она является очередной фундаментальной областью биологии и биомедицины.¹⁸ Для избавления современного врача от этого соблазна, необходимы верные ориентиры в самой клинической медицине как фундаментальной науке. На эти ориентиры могут указать только сами профессиональные врачи, если они вернут медицине собственную философию. В свое время Гиппократ Великий указал на то, что у медицины есть собственная «софия». Пришло время напомнить об этом на современном уровне медицинского знания.

2. Естественная индивидуация здоровья и становление его социальной природы

В разделе «Введение» первой книги трилогии «Физическое тело человека»¹⁹ я кратко сформулировал свою основную позицию в вопросе о природе Человека.

Человеческая природа как таковая на индивидуальном уровне изначально отсутствует и потому не раскрывается (как чаще всего думают) в процессе индивидуального развития физического тела индивида. Эта природа сама создается вместе с телом Человека. И в этом процессе участвует его личность (по крайней мере, на поздних этапах индивидуального развития). То есть личность - это то, что, возникнув как результат развития на определенной стадии онтогенеза, далее творит природу человеческого индивидуума и сама творится вместе с ней. И творчество это начинается с актов самоосознания, ставящих личность перед выбором каждого последующего шага развития. Тайна как раз и состоит в том, что это развитие есть творчество, в том числе - сознательное самотворение. Это означает, что наша природа спроецирована с одной стороны на область возможного (виртуального), а с другой - на область актуального бытия. Бытие есть, таким образом, единство виртуального и актуального компонентов действительности. Но Бытие есть и Сверхбытие, поскольку обладает способностью определять модусы бытийствования природных тел, а значит - определять и способ Небытия. В материальных телах (в частности, в нашем теле) эти две компоненты Бытия (актуальная и виртуальная) одинаково действительны и интегрированы в единое специфическое физическое тело (человека). Специфика тел возникает именно на том уровне целостности, на котором сходятся эти две компоненты Бытия. А поскольку сверхбытийствование (интеграция) тела человека осуществляется (по крайней мере, у взрослой личности) с участием (или в сопровождении, если не посредством) актов самоосознания, то тело человека можно назвать ментальным физическим телом.

Нашлись читатели, воспринявшие и эти положения, и книгу в целом как относящиеся к сфере мистической философии, хотя речь шла исключительно о философии науки, в том числе - медицинской. Первая книга строилась на интуициях, представлявшихся мне очевидными. Но я сознавал, что они могут и не быть столь же очевидными для читателя.

¹⁷ См. vixra:2109.0075v2, vixra:2203.0133v1, vixra:2404.0042v1,v2.

¹⁸ Это - все те же иллюзии, что и ожидания, порожденные в свое время фармацевтикой, биоинженерией, нанотехнологией и т.п.. Впрочем, критика таких ожиданий достойна того, чтобы стать предметом отдельного разговора.

¹⁹ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997.

Поэтому в ней курсивом я выделил множество терминов, рассчитывая, что это призвет читателя быть аккуратнее со смысловым наполнением текста. Тогда я предполагал, что не позднее 2000 года опубликую вторую и третью книги трилогии. Судьба распорядилась иначе: вторая и третья книги хотя и были завершены к середине 2000 года, они так и не были никогда опубликованы: жизнь стала совершать слишком крутые зигзаги, заставляя думать скорее о выживании, чем о научном творчестве. Минуло почти два десятка лет, прежде чем я решил опубликовать не эти книги, а серии трактатов в vixra.org, основанные на их первоначальных текстах.²⁰

Вернемся к моей позиции в вопросе о природе Человека. Попытаюсь дать несколько конспективную, но достаточно ясную в контексте предыдущих трактатов ее расшифровку.

Рабиндранат Тагор - лишь один в списке мыслителей, считавших человека носителем истины Вселенной. Еще Парменид сформулировал наиболее общее учение о *Бытии-как-таковом*, из которого следовало, что природа каждого человека как бы локально спроецирована на Парменидов мир, Всеединый *мир-как-таковой*. Мы можем различать единичные бытия индивидов (индивидуальных бытий) *в* нем, отвлекаясь от Всеединства. Существовать *в* мире – значит, в первую очередь, мыслить *полноту* своей единичной бытийности в нем, полагая, что *она* как бы локально дополняет *Остальной мир до некоторого Целостного бытия*. Индивид бытийствует в уже существующем Всеединстве, обретая физические – телесные, пространственно-временные - характеристики. Мир-как-таковой как бы проецируется на бытийную единичность ее внутренней активностью по отношению к Остальному миру. Целостное бытие конституируется локальной *проективной* активностью индивида в отношении Парменидова мира, его активным единичным существованием *в нем* – его *бытийным центром*. В человеке эта активность являет себя в обладании каждым из нас *своей точкой зрения* на мир и на собственное в нем существование - в человеческой “Я-НеЯ”-дихотомии Парменидовой реальности.

Сказанное выше представляется философской очевидностью, инвариантной относительно любой частной человеческой точки зрения на мир и человеческую природу. Поэтому естественно, что с ним еще в античные времена врачи стремились согласовать общее представление *об индивидуальной человеческой природе в ее бытийной полноте*. Врачевание имеет дело с уникальным человеческим бытием *в* мире, в силу чего здоровье врач мыслит во всем психофизически переживаемом пациентом бытийном многообразии своего существования *в* мире. Врачуя больного врач профессионально сопереживает *каждому* своему пациенту. Это сопереживание во многом издревле и роднит медицину и философию, ибо *врач обязан профессионально воспринимать мир через сопереживание уникальному бытию каждого человека*. Таков главный принцип науки врачевания, профессионального поведения врача, в чем можно усмотреть профессиональный аналог библейского «возлюби Господа Бога твоего ... и возлюби ближнего твоего как самого себя».²¹

Природа каждого человека уникальна. Как таковая на индивидуальном уровне она никогда не завершена, постоянно претерпевает становление. Претерпевая становление, она как бы изначально *отсутствует*, следовательно - не раскрывается (как обычно полагают) в процессе индивидуального развития физического тела человека. Человеческая природа как бы воплощается в каждое единичное актуальное тело каждого человеческого индивида как проект его осуществления. То есть *человеческую* природу изначально всякий человеческий индивид *еще* не имеет, хотя телесно она и оформлена наиболее благоприятным образом для воплощения в него человеческой природы. Такое понимание -

²⁰ Это решение было навеяно не в последнюю очередь работой над переводом одной неординарной книги известного европейского автора, специалиста по поведению человека, посвященной эволюционной медицине, решившего, что для лучшего восприятия разделы книги следует оформить как самостоятельные сочинения, объединенные одной общей идеей. Я нашел эту манеру вполне подходящей для моего случая, тем более, что к тому моменту я уже опубликовал в качестве отдельного трактата преобразованную первую главу книги.

²¹ От Луки святое благовествование 10:27-29.

не мое новоизобретение, а весьма древнее представление о человеческой природе как проекте самого себя, получившее развитие в трудах мыслителей Мусульманского Ренессанса. Представление о том, каким должна быть здоровая природа человека, может быть дано нам лишь *апофатически*: с одной стороны она *позитивно* мыслится на всем пространстве *актуальной* реальности; с другой стороны здоровье предстает в мышлении как *отсутствие* болезней и дефектов. Мыслится как гармония сосуществования единичного бытия индивида с Остальным миром, существования его в мире. В идее такой гармонии неявно присутствует апофатическое осмысление человеком бытия и вещей в нём. Само поведение любого человека в обществе регулируется апофатическими актами - *запретами* на действия определенного рода.

Представление о природе человека не утверждает позитивно, чем именно является человеческая природа. Оно следует из негативного отрицания ее актуального наличия в изначальном человеческом теле - зиготе, новорожденном, ребенке, не отрицая при этом того, что в теле человеческого индивида (телесности зиготы и человеческого новорожденного и ребенка) природа человека присутствует как некая потенция.

Человеческую природу индивид обретает в ходе психофизического развития в составе человеческого социума. Причем она *создается вместе с телом Человека*, как бы проецируясь из сферы виртуального бытия на область актуального (телесного) существования индивида. И в *этом процессе участвует его личность (по крайней мере, на поздних этапах индивидуального развития)*²². Самореферентность, ставящая многих в тупик, фиксирует именно это ее участие в развитии физичности ее собственной природы. Сама личность является участником уникального онтогенетического события «созидания человеческой природы». И является *наряду с другим (гораздо более важным!) участником* этого события – Остальным миром (дополняющим индивидуальную природу каждого человеческого индивида до определенного Целостного мира).

Таким образом, неявно мы вводим представление о том, что природа индивида, или - локально, в пределах его телесности, конституирует *локально определенный парменидов мир*, который можно назвать Целостным миром. Вопрос о том, с какого именно момента можно говорить о том, что природа личности возникла, как нам кажется, лучше оставить пока в стороне. Но в чем мы можем не сомневаться, так это в том, что *личность - непрерывно становящееся сущее, как бы возникающее в результате онтогенетического становления, вовлекаемое в творение природы человеческого индивида, и потому творимое вместе с текущей природой*. Принцип «автогенеза» живого существа напрямую связан с его способностью к *самореференции*.

Подобные идеи древни как мир. Обсуждать вопрос о генезе личности невозможно без представления о феномене *выпадения*, в котором сознанию нашему явлен сам момент обнаружения индивидом-субъектом своего текущего существования в мире в качестве осмысляемого им же объекта. Каждым актом сознания индивид дихотомически фиксирует свое текущее целостное (психофизическое) бытие и Остальной мир. Лишь зафиксировав свое текущее существование, он может делать выбор последующего акта «Я-НеЯ»-дихотомии Парменидовой реальности. Благодаря этой фиксации, текущая природа личности вовлекает себя в психофизическое оформление своего существования в мире, в силу чего она непрерывно выпадает в актуальный мир. И с какого-то момента, мы готовы

²² Человеческим можно считать самосознание и зрелой личности и ребенка. Робинзон был уже взрослым человеком, когда попал на необитаемый остров. Он продолжал сознавать себя человеком, стремясь воспроизвести знакомый ему человеческий быт. Ребенок имитирует взрослых, живя в составе человеческого социума. О парадоксе, похожем на парадокс «кучи» (сколько нужно камешков для того, чтобы мы могла называть «кучей» некоторое их множество?), не приходится. Однако ясно, что чем дольше личность воспроизводит себя в составе определенного социума, тем больше модель личности, которую он конституирует в его составе, приобретает качества личности, принадлежащей данной культуре. Как бы то ни было, но человеческий индивид выбирает, с чем из того, что навязывает мир его индивидуальному бытию, ему следует считаться как соответствующим его сосуществованию с Остальным миром, а от чего следует бытийно дистанцироваться, и тем самым конституирует свою целостную природу.

сказать, что вот она, наша личность, перед нами, и тогда мы как бы онтологически (интуитивно) уравниваем нашу телесность и актуальность, допуская, что в пределах того, что мы сознаем, эти сущности не различимы. Телесным мы можем считать все, что способны объективировать в своей природе и в Окрестном мире. Мы считаем простаком всякого, кто в своем поведении предсказуем и внушаем. Но когда мы мысленно выбираем линию своего поведения, мы называем это свободой. Грань между свободой и несвободой зыбка. Дело только за верой.

Творение себя начинается с актов самоосознания, ставящих личность перед выбором каждого последующего шага развития. Признавая тайну природы мира и личности, я утверждаю, что она сводится к тому, что всякое развитие в мире таит в себе непредсказуемости. В этом являет себя творчество, в том числе - сознательное самотворение. Последнее направляется самим субъектом, выбирающим определенности текущего единения с Окрестным миром.

Таким образом, наша природа представляется спроецированной с одной стороны на область возможного (виртуального), а с другой - на область актуального бытия.

Уравнивая актуальное и телесное онтологически, мы не уравниваем *полноту природы личности* с тем, что оформлено как ее телесно определенная структура, а включаем в нее и возможное бытие. Телесные аспекты своей природы мы рассматриваем как следствие выбора определенностей в текущем бытийном единении с Окрестным миром.

Всякое единичное бытие в мире и Бытие в целом как таковое (то есть парменидово Бытие) следует рассматривать как локально определенное *текущее единство виртуального и актуального компонентов действительности* - в той мере, в какой эти компрогенты мыслятся нами, сознаются нами. При этом *Бытие остается Сверхбытием, поскольку оно обладает способностью определять модусы бытийствования природных тел, а значит - определять и способ Небытия* (выбирать траектории бытийного становления). В материальных телах (в частности, в нашем теле) эти две компоненты Бытия (актуальная и виртуальная) одинаково действительны и интегрированы в единое специфическое физическое тело (человека). Специфика (определенность) тел возникает на том уровне целостности, на котором сходятся эти две компоненты (актуальная и виртуальная) Бытия. На уровне сознания, поддерживающего текущий акт "Я-НеЯ"-дихотомии Парменидовой реальности.

Следовательно, *поскольку сверхбытийствование (психофизическая интеграция) тела человека осуществляется (по крайней мере, у взрослой личности) с участием (или в сопровождении, если не посредством) актов самоосознания, то тело человека можно назвать ментальным физическим телом.*

Ничего мистического в этом общем взгляде на природу человека нет. Он лишь фиксирует определенное представление об антропной природе человеческого индивида, наиболее полно выражающее ее физичность - представление, необходимое для постановки целей современной медицинской науки как науки о психофизической полноте человеческой природы.

Сознание в полном смысле слова есть, в соответствии с учением Парменида, бытие. Сознывая себя определенным образом, и рефлексирюя на мир, человек как единичное бытие утверждает себя в Парменидовом мире. Он локально выпадает в него, физически фиксирует свое определенное существование в мире. При этом человеческий индивид *позволяет Бытию* (через локальные определенности Остального бытия, через Окрестное бытие) определять модус бытийствования его природной телесности (физичности).

Опираясь на сказанное выше и на предыдущие шесть трактатов настоящего цикла, можно утверждать, что такое осмысление природы тела человека (его физичности) соответствует философскому восприятию любых традиций познания, которые были реализованы и реализуются в рамках клинической медицины, составляющей истинное сердце науки врачевания. Врач как бы берет во внимание текущую, психофизически единую природу каждого пациента в целом и взвешивает, чем именно он мог бы помочь

сохранить текущее его здоровье, если тот здоров, помочь ему восстановить здоровье, если тот болен. Он имеет в виду то, как он мог бы вмешаться в естественный ход развертывания Остального мира по отношению к его индивидуальной природе, чтобы направить его в наиболее выгодное для здоровья каждого пациента виртуальное русло. Он имеет в виду позволить природе пациента наилучшим образом сохранить здоровую целостность, если тот здоров, и максимально вернуть ему здоровье, если тот болен. Последней опорой врача в деле врачевания являются его собственное разумение, силы и возможности, измеримые лишь его профессиональными возможностями и совестью. Институты права с этим не могут не считаться. Врач же считается с любыми парадигмами, в том числе - биологии и биомедицины, но в первую очередь – с клинической парадигмой. Ибо только считаясь в первую очередь с последней, он способен оказать наиболее адекватную помощь природе конкретного пациента в сохранении им себя в актуальном мире, поддержать его сосуществование с Остальным миром, в полной мере оставаясь в пределах своего профессионального разумения, профессиональных возможностей и совести.

Биомедицинская парадигма являет собой довольно упрощенное представление о фундаментальной медицине, широко распространенное в научных кругах. Оно распространено не столько потому, что обладает необходимой для целей врачевания полнотой доказательности, сколько потому, что политически навязано современному врачу. И навязано это представление через «элитные» группировки внутри самого врачебного сообщества. Навязано исподволь, незаметно проникнув в философию социальных групп, реализующих свои интересы, опираясь на полномочия властей. Лишь инертность представителей самого врачебного сообщества, помноженная на невысокий уровень его философской грамотности, она открывает в медицину путь чуждым для этой профессиональной сферы научным принципам. Путь к вмешательству в управление и службами системы здравоохранения и развитием отдельных профилей медицинской науки. Выправить эту ситуацию можно, лишь вернув медицине как врачебной науке приоритетную роль клинической парадигме – и как основы развития практического здравоохранения (системы профильных врачебных практик), но и как основного ориентира фундаментальной, прикладной медицины соответствующих профилей.

Вернемся к природе сознания. Выбор актуальной действительности из определенных возможностей, которые видит сознание – к этому сводится любой акт сознания.²³ В феноменах сознания обнаруживает себя актуальное единичное бытие мыслящего индивида, непосредственно связанное с виртуальными (возможными) определенностями Окрестного мира. С одной стороны текущая, внутренне целостная природа индивида в Парменидовом мире (природа единичного бытия), с другой - сознание индивида как способность Бытия к локальному выбору текущих определенностей в Окрестном индивиду мире. Две природы как бы дополняют друг друга в качестве актов детерминации модусов бытийствования индивидуального природного тела (в текущих психофизических актах бытийствования личности), детерминации телесности, в которую личность воплощена.

Итак, индивид способен определять свою целостную природу в рамках актов «Я-НеЯ» дихотомии *сплошного* Парменидова Бытия, актах, в которых оно локально вовлекает текущую (актуальную) целостную природу индивида. Сознание индивида – феномен, существующий не только благодаря существованию тела мыслящего индивида, но и благодаря Окрестному бытию, благоприятствующему его существованию в мире, то есть феномен, в котором воплощено *сосуществование* индивида с Остальным миром в некотором Окрестном мире. В сосуществовании индивида с Остальным миром в некотором Окрестном бытии находит свое воплощение *стратегия существования индивида в мире*. Биологи называют это воплощаемый феномен *адаптацией*. В представлении об адаптации

²³ Даже *отказ* индивида от выбора, это по-прежнему выбор – выбор между текущей актуальной действительностью и возможностью актуализировать иные определенности в пользу сохранения текущих актуальных определенностей в природе самого индивида и природе Окрестного мира.

биологически конкретизировано представление Аристотеля о том, что всякое потенциальное бытие становится актуальным на основе актуального же бытия.²⁴

Всматриваться в актуальное существование индивида в мире с точки зрения познающего субъекта можно двояко – *a*) либо как бы *изнутри*, когда “ядро” индивидуального бытия феноменологически переживает (претерпевает) сосуществование с Остальным миром (от факта такого переживания отвлечься невозможно: мир дан сознанию субъекту в переживаемых им феноменах, никак не иначе); *b*) либо как бы *извне*, когда единичное бытие воспринимается сознанием субъектом как *вещь-в-себе*, и, следовательно, только от познающего вещь субъекта зависит, принимать или не принимать во внимание переживание вещью собственного сосуществования с Остальным миром. Во втором случае мы можем говорить о сопереживании познающего субъекта познаваемой им вещи (о сопереживании как о полноте существования, в рамках которого познающий субъект конституирует свое сосуществование с познаваемой им вещью). Этот момент намекает на то, что феномены даны сознанию субъекта как целостное *нечто*, и даны отчасти *до того*, как субъект готов осмыслить собственное текущее бытие в мире посредством соответствующего (феноменологически определенного) способа его восприятия. Определенность текущего акта смыслового восприятия сознанием вещей (собственно акта сознания) не может быть воспринята в самом же текущем акте сознания, но может быть воспринята в других актуально текущих актах (четвертый тезис Фоллесдала-Гуссерля).

3. Регион медицины

Желает того или нет, сознает это или нет, но в каждом клиническом случае врач имеет дело с психофизической полнотой текущей *индивидуальной природы* каждого своего пациента. Но мыслит ее врач апофатически: здоровье как максимальная жизнеспособность мыслится им в терминах *отсутствия* клинических признаков болезни, а болезнь – как определенный, в ходе клинических наблюдений фиксируемый, их набор со своими нюансами в каждом клиническом случае. Врач принимает во внимание определенные нюансы состояния пациента, с какими-то из них он считается больше, с какими-то меньше. Вместе же они составляют уникальную специфику его текущего здоровья - клинический диагноз. Следовательно, *индивидуальная текущая природа каждого пациента составляет специфический регион медицины как науки врачевания*. Цель этой науки – помочь каждому пациенту сохранить и укрепить состояние здоровья (максимальную жизнеспособность), если он здоров, восстановить здоровье пациента, если тот болен. И возникла эта наука постольку, поскольку каждый врачеватель с древнейших времен в каждом клиническом случае имеет дело со степенью жизнеспособности текущей индивидуальной природы каждого пациента. А вовсе не потому, что к ней подвели успехи биологии. Успехи биологии и других наук помогали ей быть более успешными в достижении своих целей.

Тот факт, что здоровье индивид обеспечивает наилучшим образом в составе социума, суть эволюционно обретенное качество. В составе социального единства (популяции) каждый индивид получает максимум поддержки своему существованию со стороны других индивидов. Социум как бы концентрирует в себе определенности Остального мира, необходимые для этой поддержки, конституируя из них Окрестный мир. Поэтому в составе социума каждый индивид с большей гарантией, чем при одиночном существовании, способен поддерживать тот Окрестный мир определенностей, который и позволяет ему с большей надежностью и полнотой активно поддерживать свою текущую природу. Это значит, что индивид не просто пользуется этой поддержкой, но и ищет тот социум, в котором он может найти именно ту поддержку, которая требуется для его существования. Поэтому помимо психического и физического контекстов здоровье предполагает и социальный

²⁴ Мне представляется, что этот аристотелевский принцип можно конкретизировать в рамках клинической парадигмы, введя очевидное положение о том, что *всякое актуальное бытие, будучи единичным бытием в мире, является и основанием для дальнейшего нюансирования локального единичного актуального бытия в мире*.

контекст своего определения. Иными словами, мы можем дать следующее определение здоровью²⁵:

Здоровье суть жизнеспособность живого индивида (индивидуального бытия в мире), переживаемая им как наивысшая степень физического, психического и социального благополучия, обеспечивающего ему наиболее стабильное существование в мире (сосуществование с Остальным миром).

Итак, здоровье есть, во-первых, психически переживаемая индивидом *степень его жизнеспособности* – своей бытийной целостности в мире. Во-вторых, здоровье переживается индивидом как высшая степень благополучия его существования, оцениваемая психически, физически и социально. В-третьих, единый комплекс переживаний индивидом своего существования в мире включает физический, психический и социальный компоненты.

Итак, человеческое существование проецируется, по меньшей мере, на три измерения бытия в мире – физическое, психическое и социальное. Судить о человеческом существовании как сознательном бытии человека в мире – значит судить о бытийном *проецировании* им своей природы на эти три бытийные измерения (следовательно – *проектировании* себя в мире). В каждый текущий момент общения с каждым пациентом врач имеет дело с психофизически целостной текущей индивидуальной его природой, которое в естественных обстоятельствах осуществляется самим индивидом. Обращение к врачу за помощью суть обращение к его профессиональным знаниям, навыкам и возможностям, и к таковым сообществу профессиональных врачей, и, следовательно, всего социума, который обслуживает профессиональное сообщество.

Из сказанного следует, что врач, который всегда реально действует в рамках клинической парадигмы, вовсе не стремится познать природу каждого пациента в *позитивном смысле*. Между тем именно это неявно провозглашает биомедицинская парадигма. Врачевание, основывающее себя (независимо от того сознает это врач или нет) в клинических терминах, требует не этого. Врач стремится помочь пациенту сохранить свое текущее здоровье, поддерживая его текущую природу, если тот здоров, и максимально вернуть его природе состояние здоровья, если тот болен, помогая его природе сохранить в его психофизических переживания то, что делает его здоровым (если он здоров) или устранить то, что делает его больным, и вернуть существование то, что делает его здоровым. Врач мыслит и действует в полном соответствии с протагоровской максимой: он стремится максимально способствовать выгодам существования пациента – так, чтобы в его текущем естестве (природе) в полной мере *позитивно* являла себя его жизнеспособность, и *негативно* отсутствовало то, что мешает его максимально стабильному существованию в мире.

Индивидуальная природа здоровья каждого пациента конституируется в сознании врача в *негативных (апофатических)* терминах, если врач стремится помочь пациенту сохранить достигнутое психофизически равновесное состояние его целостной природы (здоровье). В *позитивных* терминах врач стремится избавить его текущую природу от определенностей психофизических переживаний состояния болезни, возвращая состояние здоровья, если пациент болен. Врачебная наука предполагает не только позитивное представление о научной истине как удостоверяемом научными методами существовании определенных сущностей, но и представление об удостоверяемом научными методами отсутствии определенных сущностей. Врач доказывает то и другое, клиническими методами удостоверяясь в истинности своих заключений о текущем состоянии здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае.

Траектория развития текущей целостной природы (здоровья) индивида конституируется в ходе всего его онтогенетического развития – как цепочка актов локальной “Я-НеЯ”-дихотомии парменидовой реальности, дихотомии, в которую попеременно вовлекаются

²⁵ Данное определение можно считать уточнением известного определения здоровья, данное экспертами Всемирной организации здравоохранения еще в середине прошлого века, когда клиническая парадигма медицины еще не была подменена биомедицинской.

исходная (текущая) целостная природа индивида и текущий (Окрестный для его сознания) Остальной мир (включающий, напомним, и создаваемые им самим определенности его собственной телесности, и определенности ближнего внешнего по отношению к его психофизически целостной природе мира). Исходная психофизическая природа индивида в каждом текущем акте “Я-НеЯ”-дихотомии являет собой результат всей предыдущей цепи актов дихотомии, состоянием, с которого может стартовать новый акт “Я-НеЯ”-дихотомии.

Так, каждая зигота являет собой промежуточный результат, достигнутой в филогенезе индивидуальной природы, слияния мужской и женской гамет, с которой стартует каждый новый онтогенез. Эту природу, в частности, можно выразить гено-фенотипическими терминами – позитивными и апофатическими. В первом случае мы полагаем, что ген кодирует то или иное фенотипическое свойство индивида, во втором – что ген подавляет активность определенного гена (накладывает запрет на проявление этого гена в фенотипе). В ходе же онтогенеза, стартующего с зиготного состояния, индивид проходит уникальную траекторию развития своей органически целостной природы, конституируя ее неопределенно огромным числом уникальных промежуточных состояний, фиксируемых генетическими детерминациями фенотипических определенностей. Вместе с тем каждое достигнутое в ходе онтогенеза и на основе филогенетического опыта (фиксированного в геном зиготы) целостное состояние природы индивида является промежуточным психофизически переживаемым индивидом состоянием. То есть оно является в то же время исходным для онтогенетических переходов текущего состояния целостности природы индивида в новое состояние его психофизически целостной природы. И это переход осуществляется внутренним актом выбора “Я-НеЯ”-дихотомии. Траектория всякого онтогенеза конституируется, таким образом, как прохождение психофизически дифференцированных состояний целостной природы индивида. Тезис Фоллесдала-Гуссерля феноменологически выражает психофизический акт сознания, которым природа индивида фиксирует текущее соотношение определенной и неопределенной (органической) компонент его целостной (психофизической) природы.

К чему же мы пришли? К возможности описать индивидуальную, психофизически целостную природу человеческого индивида (личности) в позитивно переживаемых феноменологических терминах. Сказанное выше подводит нас к осознанию того, что всякая текущая целостная (личностная) природа каждого человеческого индивида онтологически включает следующие три “непосредственно” примыкающие друг к другу бытийные сферы²⁶:

1) субстанциально неопределенное, *инвариантное* “**ядро**” целостной природы индивида, сферу “**A**” (откуда к миру как бы обращено локальное, единичное бытие);

2) сферу “**C**” - создаваемую, осмысляемую область Остального бытия (ее можно назвать Окрестным, непосредственно доступным осмыслению) миром, где бытийствуют создаваемые сущности (определенности) – смыслы вещей, *смысловые определенности*; создаваемые вещи в этой области обретают и наращивают смыслы, наполняясь ими в ходе познания;

3) сфера “**D**” – субстанциально неопределенный внешний мир, Остальной мир, в котором обретаются вещи с их внутренними определенностями, вещи-в-себе, чьи смыслы никогда не могут быть полностью восприняты сознанием.

Признав существование “ядра” в каждой личности, мы можем выйти за пределы привычного философского обсуждения проблем отношений “субъект-объект”; ибо мы выводим понятие субъекта из апофатической тени и делаем его и участником, и объектом наших суждений; все три лица, в которых мыслится любой субъект, онтологически помещаются в один регион. Соглашаясь рассматривать сферу “**C**” как создаваемую, осмысляемую область Остального бытия, как Окрестный, непосредственно доступный осмыслению мир создаваемых сущностей – смыслов, мы признаем, что реальные вещи как бы обретают и наращивают атрибутивно присущие им *смысловые определенности* в ходе их

²⁶ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 2005-2007, Кутлумуратов А.Б., 2024.

познания. Причем носителями этих бытийных определенностей становится сам познающий. Следовательно, в ходе познания конституируется бытийное единство познающего субъекта и объекта его познания. Признавая существование сферы “D” как субстанциально неопределенного внешнего (по отношению к сознающей инстанции) мира, Остального мира, мы (чтобы не погружать себя в бесперспективное отрицание объективной реальности) признаем и то, что в Остальном мире обретаются *вещи*. Вещи – сущности с их внутренними определенностями и неопределенностями, вещи-в-себе. Об их смысловом наполнении мы не можем говорить (до некоторой поры) просто потому, что эти смыслы наше сознание не готово воспринять. Любая реальная вещь в мире может быть рассмотрена лишь с определенных смысловых ракурсов, но не со всех ракурсов сразу.

Таким образом, говоря личности, личностном бытии мы не можем говорить о ней иначе, кроме как о локальном, воплощенном в живую телесность психофизическом единстве эти трех областей реальности, к которым наше сознание имеет непосредственный бытийный доступ.

Область “A” являет собой «ядро» самоорганизации индивидуального бытия в мире. О ее сложной (скрытой) внутренней определенности (структуре) можно лишь сказать, что ее функция - *представительство* области “C”. Область же “C” представлена сознанию как сложная определенность, непосредственно примыкающая к области “D” – к непосредственно примыкающему к ней Остальному миру. Таким образом, в области “C” индивидуального бытия локально конституирует себя как область Целостной определенности индивида, воплощающаяся в текущую динамику его локального существования (текущее поведение его в мире). Эту целостную определенность биологи называют “фенотипом”, который, таким образом, оказывается детерминированным психофизически.

Таким образом, в своем бытийном единстве эти три структуры личностного (феноменологически переживаемого) бытия человеческого индивида конституируют его текущую психофизически целостную природу. Их взаимодействие во внутреннем бытии “ядра” выражает себя в психофизическом переживании индивидом своего текущего состояния – здоровья. Здоровье – текущее переживание степени психофизически целостной природы живым существом, состояние позитивного восприятия себя в ходе стихийного (естественным образом) претерпевания им становление себя как локального бытия – бытия в мире. Эти три структуры воплощают в себе основной смысл обсуждавшейся нами в трактате №6 общей психофизической модели личности.

Данная схема являет собой общее выражение психофизически целостной природы текущего индивидуального бытия в мире, включающая в себя представление о целостности по Смэтсу (подробнее см. ниже). С врачебной точки зрения здоровье можно характеризовать как текущее состояние психофизически целостной природы каждого человеческого индивида (личности).

Если всмотреться в любое единичное бытие как бы “*извне*” (не вовлекая в восприятие сопереживаний его локальному бытию, то есть принимая его бытие как бытие “вещи-в-себе”, чем фактически и является целостность по Смэтсу), то, осмысливая его (наполняя смыслом), всякий субъект заведомо отвлекается от скрытого в его природе бытийного «ядра». Субъект в этом случае непосредственно воспринимает сознанием лишь две бытийные компоненты (определенности) осмысливаемой им бытийной единичности:

1) область “C”, которую субъект осмысливает как *тело*, непосредственно примыкающее к Остальному бытию;

2) область “D” – внешний, или – Остальной, мир, где обретаются другие единичные бытия, вещи, с их еще не воспринятыми сознанием познающего субъекта определенностями, которые субъект может воспринять, наделить позитивным смыслом.

Область “C” как область непосредственного взаимопримыкания субъекта и Остального мира мы можем назвать Окрестным текущему сознанию субъекта. Она непосредственно доступна осмыслению познающим субъектом. *Телесность* вещи-в-себе выступает при этом для познающего субъекта как предел восприятия сознанием вещи, за которым

существование ее воспринимается как существование “вещи-в-себе”, непосредственно недоступной сознанию тел, то есть недоступной для наполнения этой области позитивными смыслами. Непосредственное же проникновение сознанием во внутреннюю природу вещей-в-себе требует, чтобы субъект заставил их “говорить” о себе в *экспериментах* или *специальных наблюдениях*.²⁷ В первом случае познающий помещает вещь-в-себе в условия эксперимента (когда экспериментатор сам создает обстоятельства, чтобы удостовериться в своих догадках), во втором – наблюдает вещь в “естественных” (стихийно складывающихся) обстоятельствах. Допускается и комбинирование тем и другим.

Таким образом, понятие вещи-в-себе во многом несет субъективный смысл, скрывающий наши познавательные способности, оно неявно включает в себя отказ от рассмотрения присутствия в природе вещи области “А” – ядра самости, где и рождаются начала бытийной самоорганизации (самодетерминации) индивида в мире (“Я”-сущности). Следуя терминологии квантовой физики, мы могли бы утверждать, что в “ядре” самоорганизации индивида рождаются (конституируются) фундаментальные частицы реальности. Их можно было бы назвать частицами текущей самости.²⁸

Наличие “ядра” (области “А”) телесность единичной вещи обнаруживает себя в ее способности активно варьировать текущими отношениями ее единства с Остальным миром. Представляя (феноменологически актуализируя) эту область вещи, познающий субъект допускает, что за областью определенности “С” существует сфера “А”, способная активно вовлекать себя в отношения единения с Остальным миром – сообразно определенностям области “D” Окрестного мира, о которых познающий может строить допущения, переживая их в своем внутреннем бытии. Познающий субъект оказывается тем самым способным сопереживать бытию вещи, усматривая в ней Другого индивида. Для сопереживающего человека живая кошка нечто большее, чем простая сумма частей: она представляется ему самобытной единичностью в мире. И лишь соглашаясь на условности, делая над собой усилие, мы оказываемся способными рассуждать о ней как сложном природном “механизме”. Когда же мы имеем дело с шимпанзе по кличке Ушо, нам уже не хочется даже делать такого усилия над собой. Ибо Ушо для нас – личность, которая сообщает нам о своих переживаниях, как бы предупреждая: “Здесь Я. Это область моего бытийствования. Дальше не иди”.

Между тем, чтобы сознавать это, древнему врачу не нужно было быть для этого биологом. Без самоограничения в отношении другого индивида, никакое общество не может представлять собой нечто стабильное, и если эти самоограничения не принимать во внимание, то любое общество не более интересно, чем простое множество индивидов. Не только древний врач, но и любой его соплеменник является представителем культуры, которая учит каждого члена сообщества избирательному ограничению себя. Врач же это всегда делал профессионально – более избирательно, чем непрофессионал, стремясь не вовлекать себя в текущую природу любого своего пациента в ход врачевания дальше, чем это нужно в интересах здоровья пациента.

Итак, наша модель личности восходит к идеям Смэтса, согласно которому в ходе эволюции материи создаются новые целостности. В этой модели мы опираемся на его идею целостности как «последней реальности универсума универсума» и древнее протагорское определение человека как меры всех вещей, для существующих – того, что они существуют, для несуществующих – того, что они не существуют.

В самом деле, не будь целостность объективной сущностью, невозможно, чтобы мир вообще мог бы нами как-то восприниматься. Материальные сущности, вещи могут быть даны сознанию лишь в категориях целостности. Личности же воспринимаются как сложные целостности, избирательно активные по отношению к Остальному миру, следовательно, в их

²⁷ Попытки человека преследуют те же цели – выведать то, о чем тот сообщать бы не хотел. Так что

²⁸ В первой книге нашей трилогии мы назвали их “селфионами”. Теоретизирование на эту тему могло бы быть предметом отдельного обсуждения. Пока мы отставим ее в сторону. – АБК.

внутренней природе присутствует начало, делающее их избирательно активным к Остальному миру. Оно делает их способными к внутреннему выбору отношений бытийного единства с Остальным миром.

В ходе эволюции материя локально трансформируется, течет, обновляется, никогда не оставаясь постоянными. Так учил еще Гераклит. Носитель свойств может мыслиться как чувственно не воспринимаемое, тем не менее – материальное, «поле», инвариантное относительно любых изменений организма (физических, психических, социальных). Целостность – высшее философское понятие, соединяющее в себе объективное и субъективное начала. Дальше него наше здравомыслие пойти не может. Целостность суть «последняя реальность универсума». В процессе органического развития Парменидов мир конституирует в своих недрах высшую из известных нам форм целостности – человека как личность. Сам же «фактор целостности» не воспринимается чувственно и может постигаться лишь в сознании, в мышлении. Но еще точнее было бы считать сознание, мысль – предельной формой чувствования. Это положение напоминает о тезисе Парменида «одно и то же – сознать и быть», не правда ли? Было бы неверно считать, что целостности – в принципе непознаваемые сущности. Но вопрос об их познаваемости пока оставим открытым.



Рис.1. Метафора целостной природы личности. Базовые компоненты (структуры) целостной природы личности, интрасубъективного мира (по [Бекчан А., 2006аб]). Подробное пояснение см. также в тексте настоящего трактата и в трактате №6 (vixra:2411.0127v2).

Итак, мы пришли к *общей* психофизической модели индивида как личности, которую метафорически можно изобразить так, как на рисунке 1. На рисунке 2 дана *общая* схема взаимодействия индивида (индивидуального бытия) и Остального мира. Индивидуальное бытие (окрашено голубым цветом) отделено контуром от Остального мира (окрашено зеленым цветом). Эту схему можно считать минимизированно антропоморфной вариацией схем, обычно используемых на курсах общей логики для пояснения суждений. Здесь она использована для демонстрации *интуиций*, используемых для пояснения логических операций. Область «Ядра» индивида символизирует скрытые (тайные) аспекты природы индивида, чья определенность не затрагивается текущим его взаимодействием с Остальным миром (на курсах общей логики о скрытых инвариантных аспектах индивида обычно не упоминают).

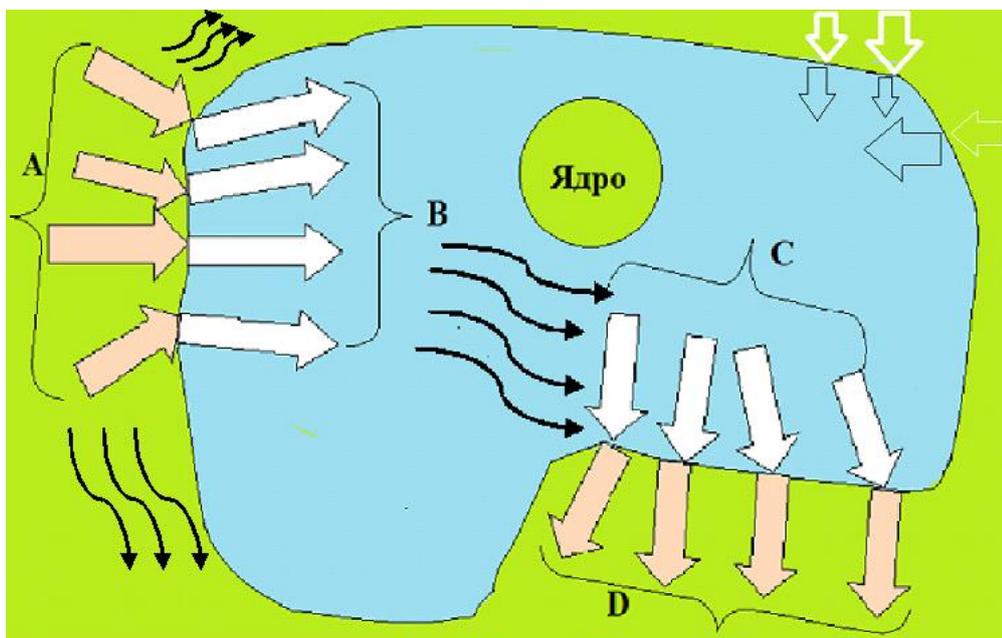


Рис. 2. Общая схема взаимодействия индивида (индивидуального бытия) и Остального мира. Индивид (выделен голубым цветом) и Остальной мир (зеленый фон) конституируют Целостный мир, локально взаимодействуя посредством определенностей **А, В, С и D** (показаны стрелками); *поведение индивида в мире* - результат взаимодействия. Конституирование локальных парных систем **А-В** и **С-D** символизируют возникновение локальных составляющих Окрестного мира из непосредственно примыкающих друг к другу позитивно осмысляемых определенностей бытия индивида с одной стороны и Остального мира – с другой. Область «ядра» (целостной природы) индивида символизирует те аспекты природы индивида, которые не затрагиваются текущим его взаимодействием с Остальным миром.

Показано, как индивид и Остальной мир *конституируют* Целостный мир²⁹, локально (внутри Парменидова Всеединства, символизируемого четырехугольным пространством рисунка) взаимодействуя посредством определенностей (показаны стрелками) **А, В, С и D**. Результат взаимодействия воплощается (актуализируется) в *поведении индивида в мире*. Конституирование локальных парных систем **А-В** и **С-D** символизируют возникновение локальных составляющих Окрестного мира, включающего и телесные определенности индивида и определенности непосредственно примыкающего к нему Остального мира (в силу чего мы и можем назвать этот участок Остального мира Окрестным).

Перенесем нашу общую психофизическую модель личности в сферу профессионального мышления врача. С точки зрения познающего субъекта во врачевании человеческого индивида с предельной явностью обнаруживает себя наличие у него субъектного «ядра» (области «А»), в силу чего врач все время ориентируется на клинически регистрируемые переживания каждого пациента. Врачевание же сводится к *помощи* пациенту в его сосуществовании как индивида с Остальным миром в некотором Окрестном мире (на который как бы опирается Целостная природа пациента). Окрестный мир пациента как непосредственно примыкает к его актуальной психофизически телесной природе, и он открыт к восприятию и самим индивидом и сопереживающим ему профессиональным сознанием врачающего субъекта.

Клинически регистрируемые феномены выражают себя в текущем, психофизически переживаемом состоянии (состоянии здоровья) индивида, и их текущее единство (целостность) во многом и определяет нозологическую природу текущего здоровья пациента

²⁹ Читатель может и сам интуитивно почувствовать разницу между смэтсовским толкованием целостности как последней, непознаваемой, реальности, и нашей позицией касательно онтологических представлений того, чем является целостность. – АБК.

- в диапазоне психических и физических переживаний им своего состояния как болезни или здоровья. Любые клинические исследования, которые проводятся в ходе врачевания больного, воспринимаются врачом профессионально, в контексте клинически описываемых им психических и физических переживаний (самочувствия) пациента - в ходе непрерывного профессионального сопереживания последнему. Любой человек становится пациентом, обращаясь за помощью к врачу в связи с переживаниями, которые он испытывает как те или иные формы «страдания», рассчитывая при этом на профессиональное врачебное сострадание. И как бы врачи ни стремились дать *объективное* определение здоровью, они не могут покинуть *субъективного* поля существования своих пациентов, чьи психофизически оформляемые переживания эксперты здравоохранения ВОЗ и нарекли степенью «благополучия»³⁰: пациент психофизически переживает свое текущее состояние как в той или иной степени (или мере) благополучное (здоровое) или неблагополучное (болезненное).

Врач не только *не смеет покинуть* поле сопереживания пациенту, но *профессионально вовлекает себя* в это поле, стремясь максимально полно воспринять страдания каждого пациента. Его профессиональное (клиническое) мышление опирается на эту его способность сострадать текущему состоянию здоровья каждого пациента – текущей, психофизически целостной индивидуальной его природе. Это хорошо понимали и в древности, и в средние века. Заметил среднеазиатский поэт: «лишь тот, кто пережил болезнь, врачует». Он вовсе не имел в виду, что врач должен непременно реально переболеть тем, чем страдает пациент, чтобы врачевать его. В этой фразе заключена древняя врачебная мудрость: будучи способным профессионально сопереживать каждому пациенту только и можно врачевать. Позволим себе несколько уточнить эту мудрость: врачевание успешно в той мере, в какой врач способен профессионально сопереживать своему пациенту.

Подчеркивая то, что каждый врач начинает свое дело с профессионального сопереживания состоянию *каждого* пациента, мы акцентируем внимание на том, что любые знания, используемые им, должны быть в каждом клиническом случае подчинены интересам здоровья каждого же конкретного пациента. Именно поэтому врач достигает наилучшего эффекта врачевания, которое значительно превосходит то, что мы могли бы ожидать, основываясь только на теории вероятности и статистике. Поэтому парадокс, о котором я не раз упоминал ранее³¹, является таковым только в рамках биомедицинского мышления, но не клинической парадигмы.

В идеале клиническая медицина как наука врачевания ставит перед собой те же задачи, что и любой добросовестный практический врач – чтобы результаты научных исследований позволяли максимизировать выгоды для здоровья каждого пациента. Врач профессионально *должен* стремиться к достижению максимальных выгод для каждого пациента, ради чего он в каждом клиническом случае использует и свои специальные знания, опыт и мобилизует профессиональную интуицию, и специальные знания, опыт и профессиональную интуицию своих коллег. Я называю реализацию этого долженствования *врачебной индивидуацией*³², или *индивидуацией врачевания*.³³

Врачебная индивидуация выглядит как создаваемый врачом алгоритм сохранения здоровья или его восстановления, применяя который врач как бы советуется с природой пациента. В каждом клиническом случае как бы происходит такой диалог врача с природой конкретного пациента. Естественнонаучное познание предполагает, что исследователь вправе создавать определенные условия эксперимента или продумывает условия наблюдения за реальным природным объектом. Он как бы *моделирует* ситуацию интереса к получению определенных результатов эксперимента или наблюдения (рабочей гипотезы), которые становятся следствием этих условий. Если результаты соответствуют ожиданиям, то рабочая гипотеза считается подтвержденной. Врач, стремясь диагностировать текущее состояние

³⁰ World Health Organization. 2006.

³¹ Кутлумуратов А.Б., 1991-1993, Бекчан А. (Кутлумуратов), 1997.

³² См. трактат №2 настоящего цикла vixra:2001.0576v1.

³³ Далее, если не сделано дополнительных пояснений, будем говорить кратко об *индивидуации*.

здоровья пациента, настраивает собственное сознание на непосредственное (интуитивное) сопереживание текущему состоянию своего пациента, подтверждаемому клиническими наблюдениями. Чем лучше врач мобилизует свое сознание на *непосредственное восприятие* текущего, психофизически детерминированного состояния пациента (мобилизует интуиции), тем скорее он выдвинет правдоподобную диагностическую версию об онтологии текущего состояния его природы (здоровья).

Древний врач и врач средневековый мог проводить диагностику состояния пациента, руководствуясь клиническими признаками недуга и сугубо теоретическими (философскими) учениями, подобными теории Алкмеона о единстве противоположных начал и целостной природе живого существа. Следуя его теории, они могли полагать, что признаки состояния больного, доставляющие ему страдания и клинически ими актуально фиксируемые (следовательно, актуально сущие), суть признаки именно болезни, от которых больного нужно излечить, или хотя бы облегчить их проявление.

Для современного врача изменилось многое: он вооружен большим количеством технологий и алгоритмов исследования пациента. И все они объединены в рамках официальной (биомедицинской) парадигмы клинической медицины, которую полагает, что первичная модель пациента для врача имеет именно биомедицинский смысл. Между тем любые биомедицинские идеи являются лишь частными вариантами первичной модели (онтологии) пациента, так сказать исходной (психофизической) онтологии пациента (о которой мы ранее и в предыдущих трактатах говорили). Профессиональное сознание современного врача, воспринимая природу пациента в биомедицинских терминах, как и в прежние века, имеет дело с необходимостью мысленно представлять общую (психофизическую) модель единичной природы каждого пациента, рассматривая ставшие весьма пестрыми клинические признаки как интересующую его актуальную часть природы больного – болезненных проявлений его текущей целостной природы.

Нужно быть опытным врачом, чтобы, помимо биомедицинских идей и терминов и данных клинических исследований, пользоваться идеей единичной психофизической природы человека. Опытный врач начинает мыслить здоровье пациента в апофатических терминах, воспринимая в позитивных терминах признаки заболевания, от которых следует излечить пациента (если тот болен) или их развитие следует предотвратить (если тот здоров). Он видит то, что невозможно однозначно зафиксировать объективными инструментальными и лабораторными исследованиями. Текущая жизнеспособность каждого пациента уникальна и не может быть выражена в результатах таких исследований. Для опытного врача многое значит то, что можно назвать “хабитусом”, тогда как менее опытный врач больше доверяет биомедицинским исследованиям.

Биомедицинская же парадигма ограничивает восприятие врача определенными признаками заболевания и определенными параметрами состояния здоровья, которые он может получить в результате специальных исследований пациента. Но эти параметры в ходе врачевания клинически меняются, меняются неопределенно. Опытный врач, разумеется, принимает их во внимание, но, как и в прежние века, интуитивно оценивает хабитуальные (апофатические, скрытые) аспекты текущей целостной единичной природы пациента.

4. Специфика врачебной индивидуации в профильных службах здравоохранения

О двух составляющих индивидуации. Как мы уже отмечали, понятие врачебного профиля подразумевает, что определенный класс состояний здоровья (нозологически выделенные единицы состояний здоровья) наилучшим образом врачует специалист, соответствующим образом подготовленный и сертифицированный. При этом любая врачебная специализация (профилизация) не предполагает отмены индивидуации врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае как основного принципа врачевания. Врач реализует этот принцип на основе доступных ему профессиональных знаний, опыта, интуиции и располагаемыми им средствами и возможностями в интересах здоровья каждого пациента. Суть индивидуации врачевания не меняется от пациента к

пациенту. Не меняется в силу апофатического характера представлений о здоровье. Здоровье, будучи у каждого уникально по природе, психофизически индивидуально переживается каждым пациентом. Врач фиксирует и учитывает позитивные проявления болезни как объекты врачевания, а в ходе врачевания стремится избавить пациента от психически и физически переживаемых им признаков страданий. *Врачебный идеал* – это когда врачу удастся вернуть пациенту позитивное переживанием им своего здоровья как степени психического, физического и социального благополучия, удастся устранить признаки психического и физического страданий. Причем эти страдания могут быть в том числе и социально детерминированными. Предполагается, что врач стремится максимально следовать этому идеалу, стремится, исходя из природы каждого клинического случая, сопереживая каждому своему пациенту.

Индивидуация врачевания включает две дополняющие друг друга составляющие – 1) стихийную индивидуацию психофизически целостной природы пациента, реализуемую им в ходе онтогенеза в интересах лучшего своего выживания в условиях конкретного социума, и 2) индивидуацию, профессионально проводимую самим врачом. Первую составляющую врач стремится учесть в ходе врачевания. Результат врачевания определяется соотношением этих двух компонент индивидуации, формируемым в ходе социально и стихийно складывающегося онтогенетического развития природы каждого пациента и того, как врач сумеет учесть это соотношение в интересах пациента. Соответственно и оценка эффективности врачевания должна исходить из того, насколько врачу удастся поддержать и улучшить в интересах каждого пациента естественный (онтогенетически оформляемый) ход индивидуации его природы.

Важно также принять во внимание, что одно дело – способности и возможности пациента следовать интересам своего здоровья и соблюдать предписания врача, другое дело – как именно врач профессионально вмешивается в ход естественной индивидуации здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае. Врач вынужден считаться с естественно (стихийно) протекающей дихотомией природы здоровья каждого пациента, реализуемой им в ходе онтогенеза. Но при этом врач использует и представления о классах состояний здоровья и болезни (нозологиях), рассматривая каждый клинический случай в рамках соответствующей классовой (нозологической) общности. Поэтому врачевание всегда допускает, что успех вмешательства врача в каждом клиническом случае связан, помимо прочего, и с тем, насколько удачно врач учитывает сходство стихийно и клинически протекающей индивидуации здоровья разных пациентов, относимых к одному классу по определенным критериям сходства.

Классификации выражают разные аспекты сходства и несходства текущего состояния здоровья пациентов и служат врачу основной опорой на ранних и промежуточных этапах врачевания. При этом врач имеет дело с состояниями, в которые он может вмешаться, следуя определенным знаниям, опыту и относя их к определенным классам. Так, больной ребенок как представитель класса пациентов, которых врачуют специалисты, обучавшиеся в педиатрических факультетах, требует иного подхода к врачеванию, нежели взрослый, которого врачуют специалисты, обучавшиеся в лечебных факультетах. Потребность в индивидуационном различении медицины детского возраста (педиатрии) и медицины взрослых очевидна. Проводить индивидуацию врачевания ребенка приходится иначе, чем взрослого пациента: если во врачебной помощи нуждается страждущий ребенок, еще не способный нести полноту ответственности за свое здоровье, это такой случай нельзя отнести ни к одному классу состояний, которые принимаются во внимание при заболевании взрослого человека. У врачей-педиатров, в свою очередь, не возникает сомнения в том, что к врачеванию больного мальчика, будущего мужчины, потенциального отца, следует подходить несколько иначе, чем к врачеванию больной девочки, будущей женщины, потенциальной матери. Еще сложнее случаи, требующие классификации медицины на профили, связан со здоровьем плода (еще не родившегося ребенка) и женщины,

вынашивающей беременность. В этих случаях врач фактически имеет дело с двумя человеческими индивидами в одном женском теле.

Существование подобных нюансов врачевания составляет достаточное основание для рассмотрения здоровья пациентов в рамках отдельных профилей врачевания, каждая из которых предполагает особую специфику врачебной пропедевтики. Вместе с тем ныне число профилей врачебной специальности чрезвычайно много. Надо сказать, что узкая, профильная дифференциация медицины не способствует лучшему взаимопониманию врачей разного профиля, что создает ряд проблем для развития здравоохранения, а биомедицински ориентированная медицинская наука в свою очередь все дальше отходит от проблемы индивидуации врачевания, составляющей основу клинической медицины. Принимая во внимание эти трудности, биомедицинские специалисты разных профилей стремятся к междисциплинарным взаимодействиям, преследуя цель, которая движет любым врачом - максимизировать эффективность врачевания в интересах здоровья каждого пациента. Но при этом не следует забывать, что для науки врачевания междисциплинарность – давняя и хорошо осознанная и освоенная врачами тенденция: врачи практически ежедневно применяют этот принцип, только называют его *врачебным консилиумом*.

Всякое заболевание мы с готовностью относим к некоторому профилю врачевания, имея в виду сходство нюансов, на основании чего врачи выделяют классы человеческих страданий - *носос*, нозологические единицы - представления об отдельных классах болезненных состояний. Этот взгляд на нозологию ныне истолкован исключительно в терминах биомедицины: каждая болезнь рассматривается как следствие реализации определенных патологических “механизмов”. Но клиническая парадигма скорее склоняется к тому, чтобы искать резон в профилизации врачевания в том, чтобы она способствовала росту эффективности врачебных вмешательств в каждом клиническом случае, а результат профилизации выражать в росте ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в обслуживаемой популяции. Эта эффективность зависит от способности врача в рамках каждого врачебного профиля поддерживать здоровье пациента (если тот здоров) или восстанавливать его (если тот болен). При этом врач явно или неявно учитывает стихийно («естественно») складывающийся ход индивидуации здоровья пациента. Врачевание в рамках же каждого врачебного профиля вовлекается в специфику онтогенеза природы каждого пациента. И от того, в какой мере это вовлечение соответствует действительной природе здоровья каждого пациента, зависит эффективность врачебных вмешательств в каждом клиническом случае и, следовательно, эффективность действующей профильной структуры системы здравоохранения. Очевидно, регулирование этой структуры должно ориентироваться на методологически грамотно отработанную статистическую оценку ее текущей эффективности (мониторинг вклада каждого профиля в ОПЖ).

С биомедицинской точки зрения на ставшие привычными представления о профилях врачевания может влиять стремление научной медицинской общественности развивать междисциплинарные исследования. При этом, однако, часто забывают о том, что врачебная деятельность основывается прежде всего на клинической парадигме, уже давно приучившей их мыслить междисциплинарно. Междисциплинарность как принцип врачебной деятельности - давняя традиция у врачей, которые всегда готовы собрать клинические (врачебные) консилиумы по поводу отдельного клинического случая, если в том у них возникает нужда, и на это их решение прямо влияет потребности индивидуации врачевания конкретного клинического случая. Более того, здравоохранение являет собой систему врачебных практик, взаимодействующих между собой в ходе обслуживания определенного населения. Поэтому профилизация здравоохранения всегда прямо или косвенно увязано с междисциплинарным характером самой врачебной деятельности. Значимость существующей профилизации системы здравоохранения определяется вкладом каждого врачебного профиля в общую эффективность здравоохранения, прежде всего - в такие показатели, как ОПЖ в обслуживаемом регионе. Таким образом, профилизация врачевания и соответственно появление новых медицинских дисциплин, соответствующих новым профилям врачевания,

не обязательно диктуется междисциплинарными биомедицинскими соображениями. Новые профили врачевания могут возникать и на основе потребностей развития системы здравоохранения. В таких случаях организационные решения здравоохранения могут сами вести к развитию новых областей медицинской науки.

Пример. В Узбекистане не так давно на базе Детского центра онкологии, гематологии и клинической иммунологии (ДЦДОГКИ) началась реализация специального проекта (далее Проект) по созданию Республиканского научно-практического медицинского центра детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (РСНПМЦДОГКИ МЗРУз). Само исходное название Центра (аббревиатура ДЦДОГКИ) может казаться странным излишеством в рамках биомедицинской парадигмы: в нем объединены три уже существующие самостоятельные врачебные профили. Еще более странным кажется название, выражающее проектный статус Центра (аббревиатура РСНПМЦДОГКИ МЗРУз). Ведь можно было бы развивать каждую из этих профилей в рамках междисциплинарных усилий, вместо того, чтобы создавать отдельную (трехкомпонентную) специальную структуру на уровне страны? Из текста Проекта следует, что создание этого центра продиктовано состоянием самой проблемы детского здоровья в стране. Ее более эффективное решение предполагается обеспечить объединением трех профилей детского здоровья в одну специализированную службу в масштабе страны. Скорее всего, авторы Проекта руководствовались биомедицинскими соображениями, основываясь на необходимости междисциплинарных усилий специалистов разных профилей. Вовлеченность же в Проект министерства здравоохранения страны, скорее, связана с организационными соображениями специалистов этого ведомства. Между тем представляется, что более логичным было бы, если бы Проект был результатом стремления решать целевые проблемы не на основе биомедицинской парадигмы, а парадигмы клинической. Все три проблемы, которые Проект хочет решить путем объединения трех профилей врачевания, выражают потребность здравоохранения и медицинской науки страны в наращивании соответствующих алгоритмов индивидуации врачевания. Эти потребности озвучены в виде двух главных целей проекта. Во-первых, указано, что Проект основан с учетом Стратегии «Узбекистан — 2030», определившей задачу сократить в 2,5 раза раннюю смертность от онкологических заболеваний. Во-вторых; отмечается, что целью участия страны в Глобальной инициативе Всемирной организации здравоохранения по борьбе против детского рака является повышение до 2030 года уровня выживания детей, страдающих онкологическими заболеваниями, до 60 процентов. Обе цели сформулированы на языке статистики, которую чиновники существующих национальных систем здравоохранения привыкли рассматривать как результат вмешательств медицинских служб. На деле же они являются результатом развития и естественной (стихийной) индивидуации здоровья каждого представителя населения, и индивидуации врачебной. Оба аспекта индивидуации здоровья должны дифференцированно отслеживаться на основе продуманной системы мониторинга здоровья. Нет никаких помех для того, чтобы концепция Центра интегрировала в себе обе парадигмы – клиническую и биомедицинскую. Я исхожу из того, что в течение проектного срока (до конца 2026 года) ДЦДОГКИ должен обрести проектный статус РСНПМЦДОГКИ МЗРУз. Это значит, что к этому сроку Центр должен быть в состоянии успешно решить в масштабе страны обе упомянутые проектные задачи к 2030 году. Это оправдало бы ожидания от создания Центра с тройственным врачебным профилем. В случае успеха, это может иметь важное значение для развития медицины и здравоохранения страны. Дифференциация медицины и здравоохранения на специальности должна опираться на клиническую парадигму, маргинальным вариантом которой можно было бы считать биомедицинскую, которая позволяла бы развивать медицинские исследования в междисциплинарном поле между медициной и биологией. Врачебное (клиническое) мышление само по себе протекает в поле двойственной реальности – в поле реальности, которую конституирует сознание каждого пациента, и в поле реальности, которую конституирует профессиональное сознание каждого врача. Следовательно, медицина как наука и здравоохранение как социальная практика также развиваются в этом же двойственном поле. Когда Авиценна критикует Галена за то, что тот говорит о медицине как логик, философ, он имеет в виду фундаментальное различие между медициной и философией, обусловленное тем, что врач мыслит и принимает решения в этом двойственном поле реальности, чего Гален не учитывает. Врач может думать о медицине, пока размышляет о своей

науке, но в реальной врачебной практике он неизбежно переходит на это двойственное поле, где обязан мыслить, сопереживая текущей природе пациента, и принимать профессиональные решения с учетом текущего состояния его здоровья, и не может оставаться чистым философом, логиком. Так Авиценна-врач толкует, видимо, утверждение Гиппократово о том, что у медицины есть своя “софия”.

Приведет ли создание РСНПМЦДОГКИ МЗРУЗ к возникновению новой области медицинской науки, покажет, разумеется, время. Результат предпринимаемых усилий зависит не только от того, в какой мере политики здравоохранения поддерживают новый профиль педиатрической медицины, но и от того, в какой мере само научное медицинское сообщество способно развивать это направление медицины и здравоохранения на основе клинической парадигмы.

Любой метод врачевания сводится к тому, что с его помощью врач стремится помочь пациенту в восстановлении его психофизически единой природы до состояния, когда та способна поддерживать собственное существование в текущих обстоятельствах. Всякое врачевание направлено на то, чтобы помочь каждому пациенту сохранить природное здоровье (если тот здоров) или восстановить здоровье (если тот болен). Но врачевание никогда не предполагает подмену собой природы здоровья пациента.

Для оценки эффективности предпринимаемых врачом усилий необходимо рассматривать эти усилия как дополнение к тому, как сам больной распоряжается своим текущим здоровьем, поддерживает и восстанавливает его в стихии обыденной жизни, как профессиональное вмешательство в этот естественный процесс. Статистический анализ эффективности того и другого проводится путем оценок здоровья обслуживаемой врачами популяции в целом, но его максимизация связывается с текущей эффективностью врачебных практик. Управление последними предполагает *клинические исследования*, в рамках которых, в каждом клиническом случае важно разграничить то, что предпринимает врач, стремясь помочь природе пациента выправить здоровье, от того, на что он влиять не может. В частности, врач далеко не всегда может влиять на решения, принимаемые пациентом, исходя из собственных жизненных обстоятельств. Пациент ориентируется на собственные ощущения и оценку того, на что он в силах влиять, а на что не в силах, на чем может настоять, а с чем вынужден смириться. Клинические исследования предполагают, что в каждом клиническом случае обе компоненты можно в определенных пределах рассматривать отдельно друг от друга, обеспечив тем самым квантификацию врачебных действий и естественных процессов, происходящих в природе самого пациента. Пользуясь результатами такой квантификации, врач может направить клинический процесс в интересах максимизации здоровья своих пациентов.

5. История болезни и детерминация индивидуального здоровья

О значении изобретения Ар-Рази. Врач принимает во внимание объективное варьирование индивидуальных значений физических параметров пациента и переживаний пациентом состояния своего текущего здоровья. Биомедик может допускать, что сопоставляемые им группы больных можно отнести к одному классу медицинских фактов, но клинически мыслящему врачу приходится в дополнение к этому принимать во внимание множество нюансов. В биомедицинских исследованиях предполагается, что существуют *классы* пациентов, классы “механизмов”, в которые врач вмешивается в ходе их врачевания. В клинических же исследованиях приходится считаться с тем, как врач в каждом клиническом случае считает с уникальной природой каждого пациента, и стремится отразить этот факт документально - в «истории болезни» пациента. Врач опирается на собственный опыт, настаивает на своих предписаниях или отказывается от них, ориентируется на собственные представления о том, чем он может помочь данному пациенту, и чего он сделать не может. Исследователь биомедицинского толка, как правило, сильно упрощает ситуацию, в которой протекает клинический процесс, даже подвергает его некоторой деформации.

Как известно, документ, называемый «историей болезни», является во многом изобретением Ар-Рази (Разеса)³⁴, который и ввел его систематическое употребление во врачебной практике для документальной фиксации специфики каждого клинического случая. Ныне этот документ называют чаще всего картой стационарного больного (очевидно, название это подчеркивает, что данный документ оформляется при пребывании пациента под прямым наблюдением врача - в стационаре) или амбулаторной картой больного (когда наблюдения врач записывает при амбулаторном посещении пациентом врача). В этих документах врач отражает и компоненты индивидуации, на которые врач может влиять, и компоненты, на которые врач влиять не может. Исследуя их соотношение, можно анализировать шансы на эффективное вмешательство, на их неэффективность. И опыт такого анализа может быть полезен в будущем.

Влиять на текущую психофизическую природу здоровья пациента можно *словом, лекарством и рукой*, приняв во внимание его субъективные (личностные) переживания и способность контролировать свое состояние, использовать генетически оформленный (унаследованный от родителей) специфический опыт онтогенетического развития предков, психофизически им пережитый (анамнез). Врач при этом профессионально учитывает и жизненные обстоятельства пациента - с тем, чтобы его вмешательство максимально соответствовало реальным способностям каждого пациента следовать интересам своего существования, своего здоровья. Среди всего прочего врачу приходится оценивать и степень готовности (объективной и субъективной) каждого пациента следовать его предписаниям и степень его неготовности следовать им - с тем, чтобы направить врачевание на обеспечение максимальной вероятности его оздоровления. Более того, по ходу врачевания ему приходится самому быть готовым к тому, чтобы в любой момент изменить тактику врачевания, а если нужно – то и его стратегию, если это соответствует интересам пациента. В таких случаях сама стратегия как бы становится в его глазах тактической схемой. Но общая стратегия – индивидуация врачевания в интересах здоровья каждого пациента - остается неизменной.

Таким образом, *на протяжении всего хода клинического обслуживания каждого пациента врач придерживается стратегии индивидуации врачевания, руководствуясь при этом принципом минимального вмешательства при максимальном его эффекте с ориентировкой на интересы пациента в сохранении и восстановлении здоровья и следуя профессиональным возможностям и знаниям, которыми он располагает, и пользуясь по возможности советами коллег по врачебному цеху.*

При этом, документируя историю болезни, врач фиксирует значимые моменты врачевания каждого пациента, которые могут пригодиться ему для адекватного и своевременного реагирования на текущие обстоятельства, сопровождающие каждый клинический случай. В этом документе как бы документально воплощается сама специфика каждого клинического случая, а из этой специфики конституируется и общая специфика соответствующего профиля врачевания. Могут существовать множество разнообразных профилей врачебного обслуживания населения, могут быть созданы самые разные профили врачевания, но документирование каждого клинического случая в виде истории болезни остается фундаментальной составляющей клинической медицины как науки врачевания и тем базисом, на котором основывается каждый профиль науки врачевания и национальная система здравоохранения любой страны.

Любая практика врачевания эффективна в той мере, в какой оно поддерживает каждого врача в его профессиональном стремлении (*храня личные тайны каждого пациента*) в максимальной мере сохранить и укрепить здоровье пациента, если тот здоров, и вернуть ему здоровье, если тот болен. Врач не стремится раскрыть весь ход своего мышления даже

³⁴ Некоторые, не в меру ретивые российские патриоты от медицины, называют Мудрова, жившего восемью веками позже Разеса, первым, кто ввел в практику этот документ, «забывая» упомянуть, что он был первым из тех, кто стал использовать этот документ в практике врачевания *на территории России*. – АБК.

в этом основополагающем медицинском документе. Только то, что касается обоснованности выбора им конкретных профессиональных действий. Медицинская же наука эффективно развивается лишь в той мере, в какой она направляется профессиональной этикой врачевания и сосредоточивает свои усилия на том, чтобы добиваться своих научных целей, если и не способствуя тем же целям врачей любого профиля, то хотя бы - не мешая им. Нелишне напомнить и о том, что врач будет стремиться блюсти профессиональную этику независимо от того, как позиционирует клиническую парадигму официальная медицина – как сугубо гуманистическую или биомедицинскую. Ясно лишь то, что только поддерживая это стремление врача, медицина в полной мере способна открывать человечеству то, что сокрыто в двойственной природе человека (выраженной в факте ее психофизической недвуальности). А в истории болезни врач, как и во времена Ар-Рази, будет документально фиксировать лишь то, что позволит ему обезопасить свои моральные обязательства перед пациентом и обществом.

Детерминация здоровья. Принцип минимального вмешательства в естественный индивидуационный процесс при максимизации эффективности врачевания, направляемой интересами пациента в сохранении своего здоровья (если он здоров) и восстановлении им своего здоровья (если тот болен) сохраняет абсолютную силу при любом профиле врачевания. Каждый профиль врачевания вносит в него свои нюансы.

Так, например, в педиатрии считается, что ребенок *не настолько компетентен в поддержании своего здоровья, как взрослый, поскольку де не сознает* его. В частности, предполагается, что здоровье индивида детерминировано не только его сознательным выбором схем поведения в мире, но и *генетически обусловлено*. В соответствии со спецификой вносимых во врачебный профиль нюансов врач использует определенные термины. В соответствии с ними в рамках каждого профиля действуют определенные представления о факторах, *детерминирующих* текущее состояние здоровья пациента, и факторах, определяющих эффективность врачебного вмешательства, а также организационных преобразований здравоохранения, определяющих деятельность врачебных практик в рамках текущих социальных обстоятельств, которые переживает страна.

Что ж, уточним понятие *детерминации здоровья*.

Де-терминация - естественное *продолжение* того реального процесса в мире, в том числе – в теле индивида, остающегося *не терминированным* (прерванным) субъективными вмешательствами с его стороны и со стороны других субъектов, с изменением хода этого процесса в актуально существующем мире. Любая детерминация более или менее *однозначно* связана с некоторым определенным *опытом* прошлого – того, что остается не терминированным (естественного процесса, все еще не прерванного). Это, в частности, объясняет, почему врачевание как вмешательство в естественно продолжающийся процесс индивидуальной жизни каждого пациента ценит опытное знание. Врачебный опыт позволяет врачу минимизировать вред от вмешательства в текущую природу пациента. Опыт всегда однозначен - в силу того, что он основан на некоем выборе внутренних определенностей - в соответствии с текущими *определенностями* внешнего мира. Однако одного опыта для хорошего врачевания мало. Нужна еще и профессиональная врачебная интуиция, которая подсказывает врачу: 1) когда и 2) какому опыту, ему следует довериться, словом - когда следует довериться тому опыту, а когда – другому, когда своему опыту, а когда - опыту коллег. Только профессиональная интуиция может подсказать ему, в каком месте этот опыт следует модифицировать, насколько и каким именно образом. Интуиция помогает врачу клинически оценить текущее состояние здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае, сделать адекватный выбор врачебных вмешательств, проконтролировать их ход и терминировать их тогда и там, когда и где это целесообразно с точки зрения выгод для его здоровья.

Заметим, что понятие таким образом процесс естественной детерминации здоровья и возможность вмешательства врача в него является традиционным. Но именно он допускает различение биомедицинской парадигмы и парадигмы клинической, предполагая

принципиальное различие биологического и клинического мышлений. Современный биолог мыслит в терминах, характеризующих эволюцию и физиологические процессы. В обоих случаях биолог пользуется представлениями об адаптации организма как свойстве всех классов живых существ. Врач же занят изучением и лечением здоровья каждого пациента в отдельности, хотя и использует при этом биологические знания. Но использует он их в той мере, в какой это необходимо для его клинической деятельности.

Современный биолог придерживается теории естественной селекции Дарвина как основной движущей силы эволюции и различных моделей эволюционного развития адаптации, о которых биология судит, основываясь на методах квантификации биологических явлений с использованием теории вероятности и статистики. Для него объект исследования вид, то есть некоторый коллектив живых существ, объединенных в один класс на основе позитивно представляемых признаков. Мысль же врача опирается на понятия, концепции, представления, привлекаемые им в ходе его клинических суждений сообразно исключительно интересам здоровья каждого конкретного пациента, единичного объекта познания, чья целостная природа локально вовлечена в природу реальности. Врач решает, какими смыслами следует наполнить эти представления в каждом клиническом случае. Все, что для биолога имеет обобщенный смысл, врач считает зависящим от конкретных обстоятельств, с которыми он сталкивается в ходе врачевания каждого пациента. Поэтому эволюционную биологию врач воспринимает как занимательную область знания, само по себе, напрямую, не влияющего на предпринимаемые им клинические вмешательства, хотя для *биологического объяснения* и, следовательно, для формулировки представлений о «биологических механизмах» состояний здоровья (нозологического мышления), без которых биомедицину нельзя представить, врач охотно может это знание использовать.³⁵

Другой областью биологического знания, традиционно прямо влияющей на биомедицинскую ориентацию клинической медицины, является генетика. И это влияние проводится через такую область биомедицинского знания (профиль) как медицинская генетика. Само словосочетание «медицинская генетика» означает, что в этой области познания методы генетики применяются для *биологического осмысления* клинически наблюдаемых отклонений от здорового состояния. Биолог использует представление о генетической детерминации во вполне определенном значении - в соответствии с целями биологических исследований. Врач же считается с определенными обстоятельствами в прямой связи генетически осмысленных явлений с течением конкретного клинического случая. Отдельные клинические случаи можно группировать в множества (классы), следуя биомедицинскому его осмыслению природной общности индивидов, входящих в это множество. Но это не отменяет клинической направленности врачебного мышления в каждом клиническом случае.

В рамках генетического профиля биомедицинской парадигмы биолог может отвлечься от субъективных переживаний представителей исследуемого им класса. Поэтому биолог вправе проводить исследования так, что процессы, протекающие без участия сознания, он волен считать синонимами процессов, которые генетически детерминированы, идентичны по смыслу в рамках его исследования. Он может считать генетически детерминированным (и даже исследовать генетическими методами) поведение индивида, полагая, что тот не может сознательно повлиять на цели и результаты своего повеления и называть такое поведение проявлением «рефлексов». Все то, что испытуемый не сознает, на что он не может повлиять сознательно, биолог вправе считать предметом одного и того же, генетического, способа осмысления. Биолог изучает явления в группах индивидов (классах индивидов), а не текущее состояние каждого индивида с его индивидуальными нюансами. Разумеется, врач может опереться на вероятностно-статистическое осмысление понятий, соотносимых с классом

³⁵ Следует отметить, в 90-е годы получила определенную поддержку движение в области биомедицины, получившее название «эволюционной медицины». Некоторые исследования в этой области позволили повлиять на некоторые врачебные практики. Однако нельзя сказать, что энтузиастам этого направления удалось серьезно повлиять на общее восприятие врачами сферы клинической практики эволюции человека.

изучаемых им явлений. Но для него важно в каждом клиническом случае решать подобные вопросы исключительно в связи с клиническим осмыслением здоровья конкретного пациента с тем, чтобы его сохранить, если тот здоров, восстановить, если тот болен. Поэтому применяемые им методы соизмеряются с достижимостью целей врачевания в каждом клиническом случае и в интересах каждого пациента, а не только с интересами осмысления групповых свойств больных. Врач занят поиском индивидуации врачевания, такой, которая максимально выгодна для данного конкретного пациента. Вероятностно-статистическая характеристика здоровья обслуживаемой им популяции с его точки зрения суть интегральный результат индивидуаций врачевания в каждом клиническом случае, а не усредненное представление о свойствах популяции (его врач может принять во внимание, а может и не принять). Биологу индивид интересен статистический вариант (пример), представляющий некоторые свойства некоторого множества индивидов. Вероятностно-статистические свойства множества он рассматривает как стороны одного класса изучаемых им явлений, которые можно принять в внимание при изучении популяций. Биомедицина толкует здоровье популяции и его характеристики именно с этой биологически усредненной точки зрения, оставляя в стороне то, что эти характеристики являются интегральным результатом врачебной деятельности (врачебной индивидуации) в обслуживаемой популяции с одной стороны, а с другой – естественной индивидуации, протекающей без прямого участия в ней врачей.

С врачебной точки зрения, в клинически выявляемых признаках болезни или здоровья нюансируются фенотипические явления. Причем с точки зрения врача целостная (психофизически единая) природа пациента и есть его уникальный фенотип. То есть фактически врач рассматривает геномы всех клеток организма каждого пациента как часть его фенотипа, а функционирование и преобразование их геномов в ходе онтогенеза, регулируется целостным фенотипом, а в организации мозга сокрыты представительства частей этого фенотипа (см. подробнее ниже). Причина же любого фенотипического явления с биологической точки зрения детерминирована функционированием генов. То есть она сокрыта от непосредственного восприятия, но ее можно позитивно актуализировать лабораторными методами исследования. Врач же, мыслит здоровье апофатически, не особенно заботясь о том, чтобы выявить “факторы здоровья” в позитивных параметрах состояния пациента, сосредотачивая свое внимание главным образом на клинических проявлениях болезни. Врач с легкостью отложит в сторону генетическую парадигму, если у него есть возможность повлиять на клиническое течение заболевания, поскольку это соответствует интересам больного. Причины генетического порядка с клинической точки зрения - лишь часть сложного комплекса причин и следствий, выражающих болезненное состояние пациента.

С биологической точки зрения генетическая детерминация связана с филогенезом. Каждый представитель текущего поколения живых существ с этой позиции является звеном в непрерывной цепи поколений, и, если он оставит потомство, то тем самым оно неизбежно сменится новым поколением, потомками данного живого индивида. Биолог может допустить, что естественный отбор сводится к модификации стартового фенотипа индивида следующего поколения – зиготы. Зигота же представляется ему комплексом гено-фенотипических причин, детерминирующих ход онтогенеза, и эти причины он может позитивно наблюдать в исследованиях генома и фенотипически квантифицировать. С точки зрения биолога следует принимать во внимание биологически *существенные* и позитивно фиксируемые *определенные* свойства живого объекта.

Биомедицинская парадигма следует аналогичным представлениям и считается с определенными аспектами детерминации фенотипически фиксируемых свойств индивида - клинически регистрируемыми особенностями течения болезни. Психофизически переживаемые пациентом явления заболевания (следовательно, клинически регистрируемые) врач с биомедицински ориентированным клиническим мышлением рассматривает как следствие определенных причин болезни, которые он должен устранить. С клинической же

точки зрения врачевание как устранение причин болезни предполагает лишь воздействие на неопределенную сеть причинно-следственных определенностей, которых позволяют устранить клинически значимую феноменологию переживаний болезненного состояния, и в этом заинтересован пациент. В признаках болезни являет себя болезненная целостная природа индивида. Биомедицински целостную природу каждого пациента можно трактовать как сложное уникальное единство генетических и фенотипических факторов, выступающих как сложное единство причин и следствий, которые определяют клинику переживания пациентом состояния своего здоровья. Причины и следствия в этом сложном комплексе могут меняться местами. В частности, с точки зрения клинической из того, что болезнь сопровождается изменением генетических структур, еще не следует, что именно эти структуры являются причиной болезни. Для врача эти структуры – часть единого психофизически переживаемого пациентом фенотипа.

Примеры. Рассмотрим три примера.

1. В полной же мере природу язвенной болезни (ЯБ) человека можно понять лишь в рамках *клинических исследований*, которые могут подтверждать или опровергать применимость в каждом конкретном клиническом случае гипотез, обоснованных на модельных экспериментах. Врач принимает во внимание самые разные факторы риска возникновения ЯБ, исходя из особенностей каждого клинического случая. Он собирает анамнестические данные и о длительных и часто повторяющихся нервно-эмоциональных перенапряжениях (стрессах), наследственной (конституциональной) предрасположенности к длительному и стойкому повышению кислотности желудочного сока, злоупотреблении крепкими алкогольными напитками, применении нестероидных противовоспалительных препаратов (*НСПВП*), определяет наличие в микрофлоре желудка *Helicobacter pylori*. Клиническая значимость этих факторов для развития ЯБ индивидуально сильно варьирует. Например, врач может даже принять к сведению идеи, прямо противоположные существующим этиологическим концепциям ЯБ, например, он может принять гипотезу о том, что умеренное потребление алкоголя в некоторых случаях даже способствует заживлению язв (*Sonnenberg A. e.a., 1981*).¹⁰

2. Еще большей ошибкой является допущение, будто *Helicobacter pylori* является причиной рака желудка, если мы часто находим эту бактерию в больном органе. С точки зрения клинической парадигмы это допущение основано на грубом толковании причинность в патологии. Возможно, методом case-control кому-то даже удастся статистически показать, что подавление этих бактерий ведет к положительным изменениям клинического течения заболевания в *совокупности* больных основной исследуемой группы по сравнению с таковыми в контрольной. Но это, во-первых, не значит, что *в каждом клиническом случае (у каждого больного)* основной группы эффект будет положительным, а во-вторых не будет положительным и в статистически значимом *большинстве* случаев. К положительному результату может привести банальная особенность выборки, простая корреляция. Положительные случаи лишь указывают на то, что бактерии могут *вовлекаться* в болезненную природу больных раком желудка.

3. С биомедицинской точки зрения внедрение в геном бактерий *Escherichia coli* человеческих генов, синтезирующие инсулин, можно считать процедурой, позволяющей создать для врачей возможность “устранить” генетические причины сахарного диабета. С точки же зрения клинической медицины это - возможность устранить клиническое (фенотипически выраженное) проявление болезни. Клинически востребованная компенсация инсулиновой недостаточности при сахарном диабете с биомедицинской точки зрения предполагает дополнение болезненного фенотипа пациента биоинженерной технологией синтеза инсулина бактериями *Escherichia coli*, но не устранение непосредственно той причины, которая привела к клиническому выражению диабета.

Из этих трех рассмотренных случаев видно, что пока врачебное мышление опирается на клиническую парадигму, она позволяет врачу контролировать адекватность применения биомедицинской парадигмы, исходящей из представлений о геноме как причине фенотипа. Она как бы позволяет удерживать мысль врача на представлении о сложном гено-фенотипическом комплексе, в уникальном единстве которого сокрыты причинно-следственные отношения, определяющие природу каждого пациента.

Биолог вправе полагать, что в ходе эволюции происходит естественный отбор геномов, как это и толкуют неodarвинисты, а через этот отбор идет и отбор онтогенезов. В этой схеме не то чтобы нет места сознанию индивида, но в ней его сознанию отводится роль сущности, полностью детерминированной объективными обстоятельствами, из которых как бы и состоит так называемая «Внешняя среда». При этом биолог может абстрагироваться от того факта, что свое поведение индивид способен регулировать внутренне, обнаруживая способность детерминировать свои действия в мире с учетом характера восприятия им текущих в собственной природе и в Остальном мире обстоятельств, влияя на общий ход текущего онтогенетического единения с Остальным миром.³⁶ Исследователи, ориентирующиеся на биомедицинскую парадигму медицины не принимают во внимание того обстоятельства, что в каждый текущий момент состояние здоровья (жизнеспособность как степень динамической устойчивости целостной индивидуальной природы пациента) детерминирована изнутри и извне. *Изнутри* оно детерминировано степенью целостности текущей природы (психофизического фенотипа) индивида, *извне* – социальными и природными обстоятельствами, которые могут в той или иной мере благоприятствовать (или не благоприятствовать) текущему психофизическому его фенотипу.

6. Естественная селекция и поведенческий фенотип индивида

Естественная селекция. С клинической точки зрения природа естественного отбора зависит от того, что в какой мере в ходе онтогенеза каждый организм, локально вступая в текущее психофизическое единение с Окрестным миром, способен максимизировать устойчивость своей целостной природы. Как именно организм добывается максимальной устойчивости в пределах непосредственно примыкающего к его индивидуальной природе Окрестного мира, суть локальное (уникальное) явление. Внутреннее стремление живого существа максимизировать свою жизнеспособность, внутренне контролируя свое текущее состояние, психофизически им переживаемое, врач и называет психофизическим по своему содержанию понятием - клиническим состоянием здоровья пациента. Ламарк называл это приспособлением (адаптацией). Дарвин назвал это стремление каждого живого существа «стремлением к выживанию», Ламарк – «стремлением к совершенству». Ламарковское стремление к совершенству проявляет себя в явлении приспособленности каждого живого существа к текущим природным обстоятельствам. Соответствующие упражнения органов ведут к соответствующим адаптациям. Мир по Дарвину выглядит суровее, чем мир по Ламарку. Но это как посмотреть. С точки зрения клинического мышления каждый индивид *существует в мире, сосуществуя* с Остальным миром локально (в некотором Окрестном мире, характеризующем определенное пространственно-временное позиционирование индивида к Остальному миру), то есть - вступая в локально определенные текущие бытийные единения с ним. Суров ли мир или не суров, зависит от субъективного восприятия мира и себя в нем индивидом. Для врача совершенно очевидно, что все то, что больному человеку представляется суровым, человеку здоровому представляется прекрасным. То и другое суть смысловое переживание индивидом текущего единения (сосуществования) с Остальными миром. Древняя мудрость гласит: «Что дозволено Юпитеру, не дозволено быку». Биолог издавна мыслит, стремясь избавиться себя от субъективного переживания «суровости» мира с помощью представления о явлении адаптации - способности индивида вступает отношения единения его природы с Окружающей природной средой. Содержательно клиническое понятие состояния здоровья и состояние биологической адаптации имеют разные смысловые объемы. Недопонимание этого и многих других моментов заложено в основе биомедицинской парадигмы, ставящей клиническую медицину

³⁶ Под «Остальным миром», напомним, нельзя понимать биологическое понятие «Внешней среды», где выживает «организм». Под Остальным миром понимается та часть Парменидова бытия, которая непосредственно примыкает к текущей целостной природе сознающей инстанции. При этом аналогия сознающей бытийной инстанции с телесным образованием, «мозгом», применима лишь в некоторых пределах, допускаемых условиями клинического исследования, которые интересуют врача.

в положение простого потребителя биологических знаний. Врач, следующей этой парадигме, откладывая в сторону парадигму клиническую, сам покидает поле медицинской науки.

Эти общие соображения представляются вполне очевидными, по меньшей мере - не хуже, чем положения эволюционных биологов, которые современные врачи, воспитанные на биомедицинской парадигме, воспринимают некритически, без их смыслового преломления в рамках клинической парадигмы. Но этого вольно или невольно избегают опытные врачи, с большой осторожностью относящиеся к биологическим теориям, в том числе - к теории эволюции Дарвина, некритично перенося их в сферу медицинской науки.

Я отнюдь не стремлюсь принизить биологического значения теории эволюции по Дарвину (на основе естественного отбора), как и вообще биологии. Дарвинизм и неodarвинизм бесспорно - выдающиеся достижения естествознания 19-21 вв. Значение их выходит далеко за пределы биологии. Но даже такие выдающиеся достижения науки следует воспринимать с позиций гуманитарной составляющей науки, которая не может не считаться с антропной природой реальности, в которой живет и эволюционирует природа человека. С этой природой и имеет дело каждый врач каждый день своей практики в каждом клиническом случае. Для врача текущая природа каждого пациента суть текущий “срез” хода его онтогенеза, а всякий онтогенез суть процесс эволюции в ее единичной конкретности.

Клиническая парадигма рассматривает природу каждого пациента как локально выделенный объект, беря текущее состояния его природы внутри непрерывного (“сплошного”, без небытийных промежутков) Парменидова Бытия. Рассматривает как локальное бытийное единство, в котором сосредоточены индивидуальный и исторический (филогенетический) моменты развития человеческой природы. Каждый онтогенез в рамках этой парадигмы выглядит как естественное единичное звено филогенетически непрерывной эволюционной цепи смены поколений. Каждое поколение индивидов передает следующему поколению стартовые позиции развития - с того места, где их собственный онтогенез локально перетекает в онтогенез конкретного потомка, единичного представителя нового поколения вида. Это вполне согласуется с принятым современными медиками общебиологическим принципом «каждая клетка - от клетки». Клетка воспроизводит себя, не только размножаясь, но и поддерживая себя между митозами как единство. Многоклеточный индивид воспроизводит свое существование, не только выживая в текущей среде как индивид, но и воспроизводя клетки, из которых он воспроизводит и потомство. Мужские и женские гаметы, телесно сливаясь в единство (зиготу), дают старт воспроизводству индивидов, из которых конституируется непрерывная череда поколений.

Схематически сказанное выше о природе каждого индивида в индивидуальном и историческом (филогенетическом) развитии демонстрирует рисунок 3 (где принято во внимание одноклеточной и многоклеточной варианты индивидуальной жизни³⁷).

Подчеркну, что эволюция и онтогенез одноклеточных с точки зрения общей биологии – явления одного порядка: они оба демонстрируют незыблемость постулата “каждая клетка - от клетки”. Эта общность приобретает частные нюансы, как только мы переходим к рассмотрению эволюции и онтогенеза многоклеточных существ. Эволюция по-прежнему течет как реализация принципа “каждая клетка от клетки”. В онтогенезе же многоклеточных живой индивид временно, в течение одного онтогенеза, реализует этот общебиологический принцип в рамках физического единения потомков одной клетки в одно многоклеточное тело. Мы можем говорить об онтогенезе многоклеточных как в случае и бесполого их размножения, так и в случае с участием в генерации потомков специализированных половых клеток со слиянием их в *зиготу*.

³⁷ Можно усложнить эту схему, например, включив в нее явление половой дифференциации вида. Принцип “каждая клетка – от клетки” интересен тем, что он символизирует клеточную природу жизни. Схема показывает, как соматическая телесность многоклеточного индивида (сложного фенотипа) онтогенетически развивается и филогенетически эволюционирует и как *объект* естественного отбора, и как *субъект*, выбирающий траектории онтогенеза, в рамках которой осуществляется клеточная эволюция жизни.

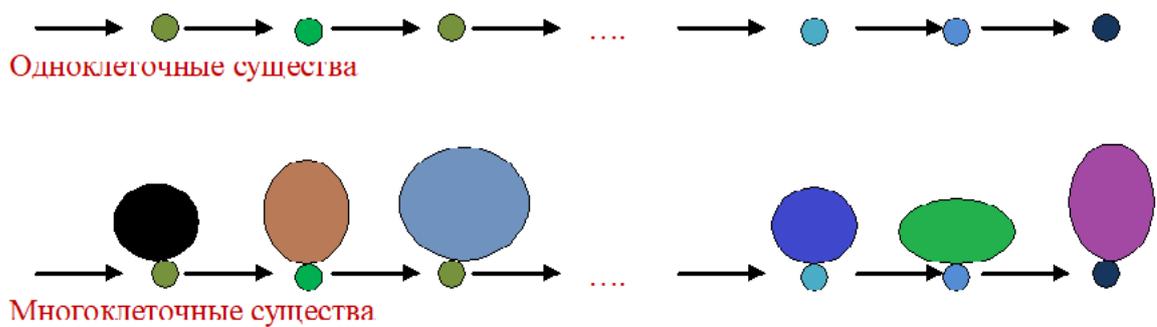


Рисунок 3. Сопоставление онтогенеза и филогенез живых существ. Из схемы проясняет также содержательно представление о целостной природе фенотипа. Подробнее в в тексте.

Онтогенез каждого многоклеточного существа на приведенной схеме выглядит как компонент *органически непрерывной* эволюции, и эта непрерывность в ряду поколений как бы воплощена в половой клетке. Не суть важно, что половые клетки продуцируются отдельно в женском и мужском организме. Важно, что зигота образуется от их физического слияния и весь дальнейший онтогенез индивида, развивающегося из нее, является с одной стороны объектом естественной селекции внешней средой, а с другой – объектом выбора индивидом своего текущего поведения в мире, формирующего траекторию индивидуального развития. Следовательно, онтогенетическая судьба каждого единичного многоклеточного существа, становясь объектом естественной селекции, модифицирует филогенетически непрерывный ряд поколений. При этом соматическая часть тела индивида выглядит на той же схеме не только как объект воздействия факторов отбора, но и как многоклеточная телесность, которую индивид использует в ходе онтогенеза для того, чтобы, оберегая себя, оберегать и филогенетическую непрерывность в ряду поколений. Субъективный выбор индивидом линии своего поведения в среде оказывается внутренним фактором, способным повлиять на результаты давления внешних, средовых (объективных) факторов естественной селекции.

Современный дарвинизм, являющийся основным в современной биологии, рассматривает каждый онтогенез как объект естественной селекции, постулируя *стремление индивида к выживанию*. Однако, если добавить в эту схему “мозг” как “ядро” самоорганизации телесности индивида, то становится понятным, почему Ламарк тоже был по-своему прав, создавая теорию эволюции, основанную на постулате *стремления индивида к совершенству*. По сути же, эти постулаты утверждают одно и то же - творческий характер эволюции. Только дарвинизм считает творцом внешнюю среду, вынуждая индивид приспосабливаться к изменениям в ней, тогда как ламаркизм сосредоточен на том, что природа творит через разумное стремление каждого индивида к совершенству. Дарвинизм смотрит на онтогенез как на объект эволюции, действующей через сомю, ламаркизм смотрит на онтогенез и эволюцию как объект творческого поведения индивида в среде.

Клиническое мышление в этой ситуации на стороне теории эволюции по Ламарку. При этом никто не мешает врачу принимать во внимание и факты, установленные в рамках дарвинистской биологии. Но руководствоваться ими врач не может именно потому, что они несут в себе сугубо дарвинистское смысловое наполнение. Дарвинизм интересуется множествами живых существ, группируемыми в классы по интересующим биолога признакам и свойствам. Врача же интересует конкретный пациента, конкретный человек, чей онтогенез являет собой процесс формирования уникальной по своей природе, сложного многоклеточного существа. Врача непрерывно волнует судьба конкретного пациента. Он профессионально вовлечено в поддержку его онтогенеза. Его задача - смягчить воздействие на его единичную природу факторов естественной селекции. Для врача представление об эволюции должно включать устойчивость природы каждого индивида перед факторами

естественной селекции, и, стало быть, смысловое наполнение понятия эволюции с врачебной точки зрения не предполагает ограничения сугубо дарвинистским вариантом эволюции.

Любой индивид воспринимает и собственную телесность. И воспринимает ее как сложную определенность, воспринимает и переживает ее психофизически. Индивид также воспринимает определенности Окрестного мира как сущности, бытийно примыкающие к его текущей телесности. Выбирая линию своего поведения, ориентируясь на обстоятельства внешнего мира и на обстоятельства внутренние (опираясь на собственные способности и возможности), каждый индивид тем самым как бы однозначно детерминирует этими исходными обстоятельствами в мире и в своей единичной природе свою собственную текущую природу на следующей фазе онтогенетического развития. Таким образом, с одной стороны эта однозначность опирается на определенный эволюционный опыт, доставшийся ему от родителей (как генетически детерминированная его телесность). К нему добавляется опыт онтогенеза, воплощенный в его текущую телесность в ходе всего предшествовавшего онтогенеза, но не осознанный им. С другой же стороны эта однозначность опирается и на опыт, сформированном в ходе его онтогенеза на основе осознанного внутреннего выбора (чем и является акт сознание). В ходе онтогенетического построения собственной телесности индивид использует (в том числе - осознанно) и эволюционно закрепленный (в геноме) опыт онтогенетического построения своих тел родительскими индивидами и природу непосредственно доступного ему Окрестного мира, соотносясь со своими текущими психофизическими переживаниями.

Итак, каждый индивид воплощает в свою текущую телесность эволюционный и онтогенетический опыт, зафиксированный в исходном геноме и в текущем психофизическом фенотипе, применяя то и другое в ходе своего онтогенеза с учетом текущих внутренних и внешних обстоятельств. Следовательно, траектория каждого онтогенеза являет собой цепочку фиксируемых гено-фенотипически результатов выбора индивидом (его целостной природой) каждого шага в ходе своего индивидуального развития, выбора из возможностей, унаследованных от родителей и представленных в его генетических кодах, направляемых его текущим фенотипом. То есть смысл генетического кода зависит не только от генетически закрепленного эволюционного опыта, но и от того, как расшифровывает его посредством применения индивидом своего текущего фенотипа и обстоятельств внешней среды, которые тем самым также влияют на дальнейшее становление фенотипа. Для индивида важен сам факт текущего выживания его как целостной индивидуальной природы. Поэтому траектория онтогенеза фенотипически реализуемого индивидом алгоритма выживания может различаться при одинаковых геномах и может быть сходной при несходных геномах. Следуя стратегии сосуществования с текущим миром (стратегии адаптации), каждый живой индивид потенциально способен варьировать функционированием и элементов своего текущего фенотипа, и элементов своего генома (как элемента текущего фенотипа), и непосредственно доступного ему Окрестного мира. Иными словами, *адаптация как стратегия существования клетки инварианта относительно преобразования и функционирования³⁸ ее генома.*³⁹ В многоклеточном же теле живого индивида этот принцип, распространяясь на составляющие его телесность клетки, несколько видоизменяется: *адаптация как стратегия существования многоклеточного живого тела инварианта относительно преобразования и*

³⁸ Разумеется речь шла о *фенотипически детерминированном функционировании* генома клетки в составе многоклеточного тела.

³⁹ Кутлимурагов А.Б., 1991, 1992; 1993; Бекчан А. (Кутлимурагов А.Б.), 1997. В реферате статьи, депонированной ВИНТИ (06.06.91., N2381-B91. (Реф. журн. 28. Онкология, 28ж. Онкология экспериментальная, вып. свод. тома, реферат 10ж4ДЕП.)), опубликованном журналом “Экспериментальная онкология”, редакция журнала, то ли преднамеренно, то ли допустив опечатку, убрала слово “преобразования” из данного тезиса. Она не отреагировало на требование автора исправить эту “погрешность”, непосредственно покушавшуюся на право автора. В самой депонированной статье 1991 года, в статье 1992 года, в автореферате диссертации (1993 г.) и первой книге трилогии “Физическое тело человека”.

функционирования психофизического фенотипа, регулируемых органом самоорганизации многоклеточного тела. Этот орган мы и называем “мозгом”.

Что такое мозг. Мозг индивида – орган самоорганизации функционирования и развития всего бесконечного многообразия проявлений его телесности, то есть орган управления текущей психофизически целостной природой индивида. Эволюция позаботилась о том, чтобы наибольшей жизнеспособностью были наделены индивиды, чей мозг способен направлять активность геномов составляющих его телесность клеток в интересах максимизации вероятности их выживания. Мозг обеспечивает поведение целостной организации, как бы улавливая «алкмеоновы начала», и наделяет их смыслами текущего благополучного или неблагополучного сосуществования индивида с Остальным миром. Естественнонаучное представление о мозге как органе самоорганизации живой телесности⁴⁰, казалось бы, делает излишней древнее представление, оформленное в трудах Дарвина как гипотеза “пангенезиса”, в которой эти начала названы “геммулами”. Согласно этой гипотезе, геммулы продуцируются частями тела и током крови попадают в оплодотворенное яйцо, в результате чего развивается полноценный плод. Похожие идеи высказывались многими мыслителями древности, средневековья и Новоевропейского времени для объяснения наследования как передачи приобретенных свойств потомкам живого существа. Дарвин жил в эпоху торжества клеточной теории жизни, теории клеточной патологии и мог постулировать направленное влияние соматических клеток на наследственные свойства половых клеток. Мы живем в эпоху нейронаук. Все нейронауки прямо или косвенно основаны на идее, согласно которой мозг возглавляет (следовательно и регулирует) процессы самоорганизации многоклеточной телесности индивида.⁴¹ Вообще же говоря, нет иной возможности, кроме как рассматривать любой живой процесс как процесс самоорганизации (то есть как канализованный процесс), основанный на явлении наследования. Фактически это значит, что мозг направляет процессы наследования в пределах живого многоклеточного индивида.

В прежних трактатах мы также касались природы наследования. В рамках данного цикла я также не стремился к подробному рассмотрению этого явления. Отмечу только, что все известные критики гипотезы “пангенезиса” основаны на определенных допущениях, назвать

⁴⁰ Хакен Г.

⁴¹ Первая же фраза, сказанная Г. Хакеном уже в предисловии к его книге “Синергетика”, давшей ему мировую известность в конце 70-начале 80-х г.г., меня сильно разочаровала. К тому моменту я не считал, что «спонтанное образование высокоупорядоченных структур из зародышей или даже из хаоса» является один из наиболее поразительных и интригующих явлений природы. Тогда я был 24-летним клиническим ординатором кафедры онкологии 2-го лечебного факультета Ташкентского медицинского института. Мне уже трудно было понять, что загадочного может быть в явлении самоорганизации сложных тел. Никакой сложности не могло бы быть в природе, если бы в основе ее не лежал процесс самосборки. Сложность человеческого тела меня не только не интриговала, но и казалась естественным. Прочтение его книги лишь укрепило мое убеждение в том, что Хакен подал понятия вероятности и случайности в традиционной манере, которая скорее дает о реальности какое-то вывернутое наизнанку представление. Именно так я характеризовал индуктивное мышление. К тому моменту меня уже едва ли кто-то мог бы убедить, что Аристотель ошибался, полагая, что причина частей в существовании целого. Ничто так не убеждает в справедливости этой мысли, как медицина. Как выпускник медицинского вуза, я знал, что Аристотель – потомственный врач, и сильно подозревал, что философом его сделала, скорее всего, именно его врачебные знания. Как, наверное, и Галена, Авиценну. Да и об Алкмеоне и Гиппократе я вообще привык тогда думать как о мыслителях с врачебным уклоном. Возможно тому виной то, что в студенческие годы я систематически изучал математическую логику, теоретическую физику, психологию, физиологию, эволюционную биологию и генетику. Я изучал их параллельно изучению клинических дисциплин в 3-6 курсах. Возможно, именно это убедили меня в том, что естественные науки базируются на индуктивном мышлении, клиническая же медицина - преимущественно на аристотелевском восприятии реальности. Первые пытаются синтезировать сложность из простых фактов, вторая стремится простые факты (те же симптомы болезни) представить как порождение сложности (диагноза). Скорее, именно врачебное мышление выглядело для меня естественным, нежели так называемое *естественнонаучное*. Ведь мы мысленно разбиваем работу на фрагменты для удобства достижения рабочей цели, представляем маршрут своего движения к пункту назначения как траекторию, состоящую из простых фрагментов. Любое живое существо мыслит именно так, даже букашка, летящая на пламя, не зная, что это опасно. Что может естественнее, чем то, что практично?

же полноценными попытки *экспериментально* ее опровергнуть нельзя. Мы еще вернемся к этому вопросу в третьей книге нашей трилогии, в ходе прояснения природы функции и явлений самоорганизации. Пока же будем кратки в своих утверждениях.

В ходе самоорганизации индивида некоторые фиксируемые (благодаря регулирующему влиянию факторов естественного отбора) свойства этого процесса становятся как бы наследственно детерминированными свойствами многоклеточной телесности, в силу чего эти свойства как бы позволяют частям живого тела играть роль «ядер самоорганизации» в некоторых локальных пределах. В явлении наследования фиксируется некий положительный онтогенетический опыт, становящийся основой последующего положительного или отрицательного (что зависит от обстоятельств естественной селекции) онтогенетического опыта. Определенность всякого опыта выглядит как наследование благоприобретенных признаков. Поэтому в том, что ламаркизм продолжает рассматриваться как вариант теории эволюции, нет ничего удивительного. Что касается дарвинизма, то это - лишь версия рассмотрения этого явления с определенного философского ракурса, объясняющая в рамках этого ракурса явления эволюции.

Эволюционно реализованный опыт применения своих геномов соматическими клетками организма-родителя в целях выживания в составе многоклеточного тела включает и опыт *выбора* потомками, опыт повторения ими такого же выбора в сходных обстоятельствах, что повышает полезность этого опыта для выживания. Опыт всего онтогенеза проецируется на опыт всех клеток организма в соответствии с их функциями, необходимыми для выживания индивида, включая и опыт развития соматических и половых клеток. Выражается такое проецирование в определенных режимах функционирования геномов клеток в составе сложного организма. Онтогенетический опыт каждого сложного индивида кумулируется в ходе построения его текущего фенотипа как результата цепочки выборов при прохождении им траектории индивидуального развития. Неявно этот опыт включает выбор как бы «однозначных» (генетически детерминированных) фрагментов траектории онтогенеза в разных обстоятельствах и выбор альтернативных фрагментов в сходных обстоятельствах. В единстве определенности-неопределенности траектории онтогенеза являет себя «сетевая» природа вещей, что особенно заметно - в живых телах, природа которых детерминируется внутренней активностью самих живых тел по отношению к Окрестному миру.

В онтогенетическом опыте детерминации схем поведения индивида, в котором участвует и его сознание, воплощается определенная (то есть в том или ином отношении *однозначная*) психофизическая структура, в рамках которой реализуется дальнейший выбор схем поведения с опорой на соответствующие «генетические детерминанты» поведения. Связь мышления с генетическими детерминантами, определяющими выбор индивидом онтогенетических траекторий своего развития, может быть значительно более гибкой, чем полагают биологи. И эту связь можно выявить лишь в клинических исследованиях. *Способность выбирать и поддерживать определенные схемы поведения, индивид реализует, воспринимая определенности текущих внешних обстоятельств, то есть - конституируя локальные единств внутренних, психофизически переживаемых определенностей с воспринятыми определенностями Остального мира.* Целостная природа индивида, конституируемая при участии сознания, фактически способна варьировать внутренними структурами – как фенотипическими, так и генетическими, являющимися частью единства генов и фенов. Так реализуется аристотелевская причинность, когда природа целого детерминирует природу его частей. Гипотеза «Пангенезиса» являет собой лишь «биологизированный» вариант аристотелевской причинности.

Мозг в широком смысле слова можно рассматривать как «ядро» самоорганизации индивидуального бытия в мире. То есть считать, что его структуры *представляет* Окрестный мир, включающий и телесность самого индивида, и телесности непосредственно примыкающего (и потому воспринимаемого индивидом) к телесности индивида Остального мира. Это единение телесностей индивида и Окрестного мира позволяет индивиду конституировать Целостную определенность индивида. Эта его способность являет себя, в

частности, в психофизической природе регуляции его поведения в мире. Факторы естественной селекции реализуются посредством внутреннего выбора индивида в ходе его онтогенеза, воплощаясь в анатомо-физиологическое единство его телесности и локальные модификации средовых обстоятельств.

7. Врачебная индивидуация и профильные разделы медицинской науки

Социальные институты и здоровье. Итак, *клиническая медицина как наука врачевания, будучи практической наукой, развивает знания, необходимые для того, чтобы каждый врач, в каждом клиническом случае, в интересах каждого пациента максимально успешно мог проводить врачевание – помочь сохранению и укреплению и/или восстановлению естественной онтогенетической индивидуации его текущего здоровья.*⁴²

Естественный ход онтогенетической индивидуации природы здоровья каждого пациента поддерживается и возобновляется в соответствии с текущей политикой социального благоприятствования, реализуемой в социуме. Всякий социум в той или иной мере, в том или ином отношении поддерживает текущий ход онтогенетического развития здоровья каждого своего члена, максимально используя при этом возможности естественного течения индивидуации их здоровья. Общество в той или иной мере всегда способно поддерживать естественную (в биологических терминах - «генетически обусловленную») стабильность индивидуальной природы - здоровья каждого своего члена, особенно - если оно считает своим текущим приоритетом развитие практик взаимопомощи в социуме, не допуская разгула эгоистических инстинктов личного благополучия. Члены социума находят критическую поддержку такого рода в профессиональной деятельности врачей - лиц, чьи профессиональные знания и навыки объединены в возможности профессионального врачебного сообщества. Благодаря своему профессиональному единению, врачи могут с максимальной вероятностью воспроизводить социальные преимущества, позволяющие каждому индивиду в составе социума в полной мере сохранить, укрепить и развить свое здоровье. И эти профессиональные возможности лучше всего реализуются в обществе, ценящем носителей врачебного искусства, готовом обеспечить лучшие возможности для осуществления врачами своей профессиональной деятельности. Вместе с тем на врачей накладывается профессиональная ответственность, которая может быть оправдана лишь профессиональной политикой врачебного сообщества, отвечающей ожиданиям социума.

Социум может влиять на врачебную деятельность, сдерживая нездоровую мотивацию врачебной деятельности, особенно среди «профессиональной элиты», которая позиционирует себя едва ли не как собственника различных профессиональных («профильных») сфер врачевания. В таком обществе врачебное сообщество отдаляется от своего изначального назначения, в ней могут получить хождение идеи, не соответствующих назначению врачебной деятельности. Медицина перестает быть той практической наукой, которая поддерживает жизнеспособности общества во всей ее полноте (социальное здоровье) и становится сферой «бизнеса». Она перестает развивать себя и как науку *теоретическую*, и как *естественную* (биомедицинскую) науку, и, что особенно важно отметить, как науку *практическую*.

Если медицина рассматривается лишь как область практического применения знаний из немедицинских сфер, то это - первое свидетельство того, что она перестала быть самостоятельной наукой. Ненужно далеко ходить за примерами. Достаточно вспомнить, что произошло со странами бывшего СССР - единственной цивилизации, чья Конституция открыто провозгласила, что целью государства является *благополучие* всех его граждан. А благополучие человека, как мы знаем из определения, данного экспертами ВОЗ, суть синоним психофизически и социально осмысленного его здоровья. Современный уровень медицинской науки в странах бывшего СССР сопровождается потерями моральных оснований этой науки. И эти потери можно восполнить не филантропическими заявлениями

⁴² Kutlumuratov A.B. (2020), vixra:2001.0576v1.

в постсоветских сообществах, плохо имитирующих социальное и экономическое благополучие стран Запада⁴³, не высокими показателями рыночных процессов, а реальным восстановлением фундаментальных прав *каждого* человека. В числе этих прав – право человека на достойную жизнь, интегрально выражаемую его здоровьем, которое выражается не только отсутствием болезней и дефектов, но и психическим, физическим и социальным благополучием.

Индивидуации врачевания сводится к оказанию профессиональной помощи больному с максимальной выгодой для его здоровья - к поддержке его способности направлять естественную индивидуации своего здоровья (своей психофизически целостной природы) в ходе онтогенеза в оптимальное русло. Врачебная индивидуация концентрированно выражает поощряемую социумом *профессиональную* поддержку (то есть лучшую из возможных поддержек) здоровья (жизнеспособности) каждого из его членов. Выражена она в той мере, в какой социум и сообщество врачей готовы поддерживать и развивать медицинскую науку и социальный институт здравоохранения как “ядро” самоорганизации врачебной деятельности.

Вообще говоря любой социальный институт, любая социальная практика являются собой поддерживаемый социумом профессионально организованный ресурс поддержки естественной индивидуации здоровья каждого его члена в ходе онтогенетически оформляемого и психофизически реализуемого им выбора поведенческих решений. Соответствующее профессиональное врачебное знание выступает как система алгоритмов, на основе которой каждый врач наиболее выгодным для каждого пациента образом может поддержать оптимальное онтогенетическое развитие его здоровья (жизнеспособность), поддерживая его природные (в том числе – генетически обусловленные) алгоритмы здорового индивидуального развития. Профессионализм врачей любого профиля состоит в умении оптимально поддерживать природную (генетически детерминированную) индивидуацию здоровья в ходе оказания врачебной помощи каждому пациенту, максимально сохраняя здоровье (если он здоров) и восстанавливая его здоровье (если тот болен).

О регулировании психофизического единства - сознания и поведения. Невозможно в принципе отделить *выбор* индивидом схемы своего текущего поведения от самого *хода* ее реализации. То и другое непосредственно примыкают друг к другу. Примыкают определенным образом: во внутреннем выборе индивид ориентирует примыкание, поведение – реализует его. Это значит, что мысль можно контролировать лишь относительно ее реализации – как *намерение* реализовать определенное примыкание и как модификацию намерения в ходе ее реализации. Поэтому всякое текущее поведение включает и феноменологические, и физические (телесные) компоненты, а их единство являет себя в феномене *самореферентности*, в свою очередь находящей выражение в способности индивида применять «автоматизмы» и в потребности в *ритуальных действиях*. Автоматизмы с одной стороны как бы вовлекают в текущие физические акты текущую природу живого индивида как психофизической целостности. Мысль, как внутренний выбор (намерение) генерирует в телесности индивида энергию и направляет ее на активизацию определенных “сетей” его текущей телесной организации. Вместе с тем автоматизм предполагает, что текущий ум может не вмешиваться в структуру совершаемого действия, в силу чего мы и называем его “автоматизмом”. А может и вмешаться. Социум определенным образом направляет выбор “автоматизмов” и вмешательств ума индивидов. Различные общества с доисторических времен по сей день практикуют ритуалы, вовлекая определенные психофизические способности своих членов - к духовным переживаниям (духовную настройку) и осуществлению физических действий. Переживания носят при этом характер *медитаций*, например, молитв, а физические действия – стандартных, ритуальных *Действий*, реализуемых в определенных обстоятельствах.

⁴³ Благополучие этих стран во многих отношениях является лишь обратной стороной неблагополучия остальной планеты.

Особое место занимают монотеистические религиозные практики – буддизм, ислам и христианство. В их рамках обобщены (в каждой по-своему) способности человека практически владеть своей текущей, психофизически единой природой в условиях социальной жизни. Эта обобщающая функция верования присуща и примитивным духовным практикам. Указать на какое-либо принципиальное преимущество одних мировых религий перед другими невозможно. Мир и свое существование в нем человек психофизически переживает по-разному в рамках каждой из них, приравниваясь к природной среде и природе своей телесности. Многие определяются переживаниями текущей жизни отдельного члена общества. С этой точки зрения буддизма не имеет преимуществ по сравнению с христианством и исламом. Практика медитаций в каждой из них совершенствуются веками, и нюансируются в соответствии с вызовами для человека, с которыми он сталкивается по жизни, и относятся к образу жизни коллективов, практикующих такие практики, например, тех же буддийских монахов.

Мировые, имеют свои нюансы, но в целом их назначение одно и то же: в них являет себя *феноменология* социального оформления психофизических переживаний человеком своей текущей целостной природы в социуме. Поэтому прежде чем придать некий особый опыт каждой религии, следует помнить, что его особенности касаются лишь нюансов текущей жизни того общества, в которой переплетена религиозная практика и вызовы, на которые общество стремится с их помощью ответить. Попытки же придать тому или иному верованию (как это делал, например, Франциско Варелла в отношении буддизма) особую роль в психофизическом воспроизводстве человека с рациональной точки зрения не оправданы. Человек выбирает систему убеждений, веру, исходя из своей жизненной ситуации.

В целом, в любой системе верований заключен исторически обусловленный опыт определенной психофизической организации духовных практик в данном обществе. Ни одна из них не обходится без тех или иных практик медитации и ритуальных действий – в той мере, в какой того требуют вызовы реальности, с которыми общество столкнулось. Ритуалы систематически поддерживаются соответствующими практиками медитации (молитвенными практиками). В обыденной жизни этот факт являет себя в склонности людей как к внушению со стороны лиц, обслуживающих ритуальные практики, так и самовнушению. Люди часто сами формируют некую личную практику ритуальных действий, приобретающих иногда и характер патологических зажимов, доставляя им не только моральные страдания, но и формируя в их текущей природе недуг физического свойства. Ритуалы являют собой некие “технологические стандарты”, а их адекватный выбор и реализация обеспечивают психофизическое благополучие человека. Социальные практики, в том числе – обыденные, нерелигиозные, базируются на использовании тех или иных ритуальных технологий (“стандартов”). Если они облегчают субъективное человеческое существование, то их можно считать “целесообразными” в объективном значении слова. Целесообразность практик регулируется, таким образом, и духовными практиками, одобряющими или не одобряющими тот или иной характер поведения индивидов в сообществе, которое они выбирают как его члены. Наука как социальный институт познания стремится к рациональному обоснованию и выработке технологий, применяемых социальными практиками. Противоречия между наукой и религией возникает лишь тогда, когда представители этих практик отходят от рационального предназначения своей деятельности или если в ходе развития социума их технологии перестают отвечать интересам стабильности социума (социального здоровья). Высшие чиновники современной официальной медицинской науки и здравоохранения, любящие ссылаться на биомедицинскую парадигму, все чаще стали напоминать жрецов, высокомерно относящихся к врачевным практикам. Для них медицинская наука – это лабораторная наука, диагностическая техника и технологии врачевания, усвоенные в знаменитых научных центрах мира. Истинные же врачи, которые и представляют подлинную медицинскую науку, используя в интересах здоровья каждого конкретного пациента биомедицинскую парадигму, никогда не променяют на нее парадигму клиническую.

О технологических стандартах врачевания. Стандарты (технологии) врачевания – и в рамках врачевания различного профиля, и здравоохранения в целом - составляют научно обоснованные ресурсы индивидуации врачевания. Практика врачевания любого профиля является сферой деятельности, где профессионал использует врачебные стандарты с максимальной выгодой для здоровья каждого из своих пациентов в каждом клиническом случае, опираясь на врачебную интуицию. Врач поддерживает здоровье членов социума непосредственно в рамках специфики своей профессиональной деятельности. Вообще же любая немедицинская социальная практика вовлечена в поддержку текущего, психофизически переживаемого человеком благополучия. Статистика здравоохранения предполагает, что *показатели здоровья* любой популяции складываются не только из усилий врачей и даже всей системы здравоохранения, обслуживающей популяцию, но и являются результатом естественной индивидуации, поддерживаемой другими социальными практиками. В конечном счете ее содержанием становится психофизически организованный в рамках социума онтогенетический процесс, в ходе которого развивается целостная природа (здоровье) каждого пациента. Толковать статистические показатели адекватно можно только как интегральный результат онтогенетического развития популяции как системы индивидов (о человеческой популяции можно сказать, что она есть система личностей, каждая из которых обладает индивидуальной природой, с чем считаются профессионалы социальных практики в рамках своей деятельности). Иными словами, показатели здоровья на популяционном уровне выражают степень успешности каждой популяции (как системы личностей) справляется с вызовами здоровью (жизнеспособности) каждого ее члена, успешности, с которой психофизически воплощаются возможности общества максимально полно воспроизводить здоровье каждого из своих членов. С точки зрения медицины, этот успех во многом определяется способностью врачей-профессионалов использовать ресурсы социального института здравоохранения, врачебные технологии, стандарты на основе научных знаний с тем, чтобы максимально поддерживать здоровье каждого индивида социума (если тот здоров) и восстанавливать его здоровье (если он болен).

Любые профильные научные знания в медицине опираются на три основных типа научного мышления – *теоретическое* (в том числе - философское), *естественнонаучное* (в рамках различных парадигм) и *практическое* (в рамках профессиональной поддержки естественной индивидуации здоровья каждого пациента). При этом не только каждый отдельный врачебный профиль, но и каждое направление медицинских научных исследований (в рамках определенной сферы врачевания, которая может быть выделена из самых разных парадигмальных соображений) по-своему конституирует единение этих типов мышления научным творчеством.

Теоретическое мышление в клинической медицине. До сих пор есть люди, полагающие, что клиническая медицина – исключительно опытная наука. Между тем без теоретического мышления не было бы и развития клинической медицины, нельзя было бы ставить вопросы прогнозирования направлений и обоснования постановок медицинских проблем в целом и проблем профильного характера. Важно лишь сознавать, что диапазон теоретических размышлений, охватываемый медицинской наукой, чрезвычайно широк и охватывает практически все области знания – от философии и организационных наук до сугубо практических областей. Дело в том, что здоровье как познаваемый феномен мыслится во всем многообразии человеческой реальности, многообразии Окрестного мира, доступного восприятию человеческого сознания. Современная философия науки (это важно напомнить врачам) определяется отнюдь не только на добросовестном стремлении эффективно познавать мир и самого человека в интересах человеческого развития. На это стремление накладываются интересы определенных группировок, вовсе не случайно стремящихся взять под контроль рычаги управления официальной наукой. Это ведет к культивированию жреческих тенденций в самой науке, что являет себя в извращении тенденций ее развития через влияние на ее философию, влияющей на исследовательские практики. Пока речь идет о теоретических и естественных науках, изучающих классы объектов, этому несложно найти

рациональное оправдание. Но для наук практических, к числу коих и относится медицина, такое оправдание лишено каких-либо серьезных оснований. Беда в том, что ныне философию медицины в большинстве стран мира, как правило, развивают лица, либо имеющие образование, далекое от профессионального врачевания, либо врачи, которых сама «элита медицины» стремятся изолировать от регулярного участия в развитии профессионального процесса. Развивать науку врачевания и врачебные практики можно только на основе развитой медицинской философии самими врачами, а не философии, привносимой в медицину извне из трансдисциплинарных соображений. Такой ситуацией пользуются группировки, заинтересованные в перехвате рычагов управления официальной медициной с превращением ее в сферу интересов бизнеса в ущерб интересам пациентов, которые и заставляют их обратиться за врачебной помощью. С этим мы имеем дело, когда представители современной медицины увлекаются биомедицинской парадигмой, придавая ей статус научной основы медицины. Эта парадигму захватила пространство философии медицины, стремясь подмять под себя и медицину как науку врачевания.

Онтология и эпистемология клинической медицины всегда составляли и составляют основу пропедевтики клинической медицины – и в целом, и в отдельных клинических дисциплинах, основу самого многообразия клинического мышления. В потоке этого многообразия врачевание достигает своих целей, лишь строго следуя принципу максимизации здоровья в интересах каждого пациента. Целью врачебной пропедевтики всегда было и остается обучение каждого врача умению максимально постигать текущую природу каждого больного в каждом клиническом случае. Теоретические, в частности, философские, исследования необходимы медицине, помимо всего прочего, и для того, чтобы та сохраняла надежные ориентиры в сложных политических и экономических перипетиях современного мира. Во все века политические и экономические неурядицы в обществе грозили этой науке превращением ее в служанку низменных намерений людей, движимых алчностью, часто прячущейся в человеческом обличье некоторых “сильных мира сего”. На Нюрнбергском процессе был не просто разоблачен нацизм как античеловеческая политическая догма. Врачи впервые сумели продемонстрировать всему миру ту особенность своей профессии, которая позволяет ей достичь самых высоких целей врачевания, осознанных еще древними врачевателями. Фактически этот процесс показал, что медицина может достичь максимума своих целей лишь в случае, если она будет следовать основным этическим идеалам, сформулированным, в частности, в “Клятве” Гиппократов. Иными словами, идеалы науки врачевания могут быть защищены в полной мере лишь в рамках соответствующей философии самой медицины. Никакие философские доктрины иных сфер познания, включая биомедицинскую парадигму, не могут обеспечить должной полноты науки о врачевании человека. Но все профильные доктрины связаны между собой и совместимы в рамках клинического мышления, если это в интересах здоровья конкретного пациента.

Естественнонаучное мышление в медицине (биомедицинская парадигма).

Естественнонаучное исследование реальности не вполне явно основано на допущении, что миром движет необходимость, скрывающаяся за случайным «ходом вещей». Всякая случайность может быть осмыслена в рамках *всеобщей необходимости* и необходимости, локально обусловленной локальными причинами. Естественные науки изучают структуру (онтологию) этой необходимости в исследуемых ими объектах, устанавливая различные ее нюансы, что и дает человеку возможность использовать познанную реальность с выгодами для человеческого существования. Продвигая эту цель, естественные науки опираются на исследовательские интуиции, непосредственно усматривающие смысловые определенности, которые мысль стремится использовать в качестве оснований для создания разнообразных моделей реальных объектов. Следуя биомедицинской парадигме, современная официальная клиническая медицина позволяет врачу настроить профессиональное (клиническое) мышление на биологический лад, биологически истолковать клиническую парадигму и использовать биомедицинские знания в клинических целях. Это совсем не то же самое, что

подменять клиническую парадигму биологической парадигмой и даже парадигмой биомедицинской. Клиническая парадигма полностью раскрывает себя в рамках любой профильной врачебной практики. При этом врач реализует специальные знания, опыт и профессиональную интуицию, оставаясь врачом в полной мере. Понятно, что профессиональные цели врачевания любого профиля будут лучше достигаться, если социальные обстоятельства благоприятствуют их достижению, а не подталкивают врача к тому, чтобы жертвовать принципом максимизации интересов пациента в сохранении и укреплении здоровья и восстановлении здоровья ради собственных выгод.

Биомедицинская парадигма использует понятие «биологических механизмов» болезни и здоровья - частных версий понятия текущего состояния здоровья, используемого врачом. В каждом же клиническом случае врач, держа перед мысленным взором неясный апофатический образ психофизически детерминированной природы здоровья пациента (мы свели этот образ к общей психофизической модели личности пациента), варьирует разными парадигмами в интересах каждого пациента. Этот образ как бы являет собой некий “архетип”, в котором воплощена идея пациента как главного объекта науки врачевания. На этот “архетип” врач накладывает клинические нюансы состояния здоровья, определяющие профильный характер представления о здоровье.

Таким образом, медицина основана на собственной парадигме – клинической, которую нельзя редуцировать к схемам биомедицинского теоретического и естественнонаучного мышления, но предполагает практическое мышление. Такое мышление направлено на клиническое осмысление нюансов единичной природы здоровья каждого пациента, причин и условий существования и несуществования этих нюансов, и на использование этих смыслов для поддержки и укрепления его здоровья, если он здоров, и восстановления здоровья, если он болен. В пределах клинической парадигмы формируются профильные ее аспекты. Формирование врачебных профилей определяется *практическими соображениями*, прежде всего – исходя из соображения удобств организации врачебных практик в интересах здоровья обслуживаемого населения. Такие соображения всегда оказываются ориентированными, прежде всего, на клиническую парадигму, и уже в рамках последней развиваются соответствующие профили исследований, а также междисциплинарные их разновидности. Современные биомедицинские исследования, сознают то исследователи или нет, неявно направляются именно клинической парадигмой.

Практическое мышление - основа фундаментальной медицины. Каждый врач имеет дело с индивидуальной человеческой природой *каждого пациента в каждом клиническом случае*, определяющей естественный ход ее текущей индивидуации. Врач же воспринимает текущее состояние здоровья каждого пациента с тем, чтобы вовлечь себя в этой естественный процесс и достичь максимальных выгод здоровью пациента, если тот здоров, и восстановить его здоровье, если тот болен. Это означает, что медицина суть практическая наука, а ее теории продиктованы потребностями развития индивидуальной природы каждого пациента, которые нюансируются клиническим случаем и соответствуют интересам здоровья каждого пациента (обеспечению максимальной его жизнеспособности). Поэтому, желая того или нет, врач, профессионально следует интересам здоровья каждого пациента. Для этого он в ходе клинического мышления, оценивая природу текущего состояния его здоровья (диагностики) привлекает не только естественнонаучные знания, но и общетеоретические (в том числе - философские) идеи.

Согласно Протагору, *человек есть мера всех вещей*. При этом Протагор говорил: для существующих вещей – мера того, что они существуют, для вещей несуществующих – мера того, что они не существуют. Таким образом, это определение предполагает непосредственное обращение к вопросу о существовании человека в мире, существованию в нем как человека. Мир в целом и вещи в нем должны восприниматься в контексте существования в этом мире человека. Лучшего определения человека еще никто не придумал. Поздние мыслители вносили в него нюансы, подчеркивая те или иные аспекты

человеческого существования. С тех пор антропный характер мира мало у кого вызывает сомнения.

Одним лишь фактом своего человеческого существования человек обосновывает онтологию бытия как бытия антропного. Существование человеческой природы само служит мерой того, что для него существует в мире, и того, чего в мире не существует. Соответственно это значит, что определенности человеческой природы накладывают ограничения на наш доступ к отдельным вещам, с которыми человек сосуществует в мире, и в целом к Парменидову миру в некоторой Окрестности. Это вовсе не значит, что за пределами доступного человеческому восприятию (Окрестного его человеческого бытия) мира, царит Небытие. Это лишь значит, что по мере развития человеческой природы меняется для него и доступ к Парменидову миру, меняется Окрестный мир.

Разные человеческие культуры, моделируя по-своему человека, детерминируют для него его Окрестный мир. Об онтологии бытия можно судить только по бытию человека в социуме. Бытие может восприниматься только через призму бытия в нем человека и человеческих культур. По этой причине каждый человек, каждая культура, цивилизация как бы живет в собственном целостном мире, в собственной антропной модели реальности. Знания человека соответствуют той модели природы человека, которой он придерживается. Человек в той мере считается с бытием в мире, в какой ему явлена природа этого мира через ту культуру, с которой он себя соотносит. Наука – общечеловеческое культурное достояние, и поэтому, как сказал отец Тейяр де Шарден, наука есть близнец человечества. Очевидно, он имел в виду, что наука – близнец человечества, сосредоточенный на познании рациональных аспектов человеческого бытия в мире.

Из сказанного моментально следует, что абсолютно объективной истины нет. Следовательно, и познание объективной истины не может быть самоцелью науки. Истина объективна в том мере, в какой человек вынужден и готов считаться с нею, и осознает это принуждение как внутреннюю готовность к потребностям, диктуемым самим Бытием как таковым. Вместе с тем каждый человек в некотором Окрестном ему мире имеет и определенные возможности следовать собственным целям, уклоняясь от того, что ему навязывает Остальной мир. Истина, к постижению которой человека стремится, есть истина Вселенной.

То, чего не существует для одного, существует для другого. То, что не дано осуществить одному, может осуществить другой. То, что по мысли одного человека не существует по одним причинам, по мысли другого человека может существовать по причинам иным. Поэтому люди в рамках социума способны дополнять природу друг друга сверх их собственной способности воспроизводить собственное существование. В рамках каждого социума, каждой культуры они дополняют окрестные миры друг друга, в рамках мировой цивилизации – окрестные миры различных этносов, культур и субцивилизаций, различных традиций. Соответственно люди дополняют единичные личностные (психофизически уникальные) природы друг друга, целостные миры, которые каждый конституирует, вступая в определенные единения со своим Окрестным миром.

Живя в обществе, люди помогают друг другу решать проблемы своего существования, пользуясь возможностями тех, кто способен эти проблемы решать успешнее, чем они. Следовательно, истина должна удовлетворять практическим потребностям человеческого существования (следовательно, и человеческого несуществования, а опираясь на то, что должно актуально существовать в мире). С человеческим существованием и связано само наше представление об объективности.

В философии науки давно закрепилось представление о практике как критерии истины, которое выражает прагматическую теорию истины. Познание, насаждавшееся жречеством согласно созданной ими мифологии, было долгое время сферой их монопольного владения, якобы доверенного им богами. В Древней Греции оно стало предметом интересов всего полиса во многом, благодаря софистам, первым греческим учителям, дававшим знания за

определенную плату. Монополия жреческого сословия на познание была сломлена. В том числе – в области медицины.

Правда, «эзотерические практики» даже теперь в ходу. Но и научные знания доступны практически всюду. Нет стоящего смысла в том, чтобы мнить из себя «гуру», покупая дипломы на деньги родителей. Профессиональным врачом в современном мире может стать любой, кто готов испить свою чашу на пути к получению врачебного образования. Но вопрос в том, в какой мере он сможет следовать клинической парадигме. Это зависит не только от полученных им профессиональных знаний, но и от того как он готов настроить свое мышление на то, чтобы в стремиться наполнить эту парадигму в каждом клиническом случае, руководствуясь интересами пациента.

Каждый врач стремится блюсти профессиональную этику независимо от того, как позиционирует клиническую парадигму официальная медицина. В какой мере официальная медицинская наука и здравоохранение способны поддержать это стремление врача, в такой же мере достижима научная истина *в медицине* и реальные цели здравоохранения. В конечном счете, ведь лишь добрая воля, совесть профессионального врача позволяют максимизировать их успехи. Официальная наука может лишь обеспечить профессионалу условия для соответствующей настройки своего мышления для эффективного достижения профессиональных целей. Любая парадигма, в том числе биомедицинская в рамках любого профиля врачевания может формулировать свои цели на языке вариационных принципов.⁴⁴ Для любого врача этот принцип теоретической физики выражен на клиническом языке, и сводится он к клинической парадигме, остающейся неизменной вот уже почти два с половиной тысяч лет, минувших после Гиппократов, без малого две тысячи лет - после Галена. Тысячу лет назад Авиценна постиг психофизически недуальную природу человека, углубив наше представление об общенаучном значении клинической парадигмы. Это постижение значительно глубже, чем вариационные принципы, являющиеся высшим достижением теоретической физики предыдущего века. Ибо мысль врача вот уже тысячу лет сосредоточена на единичном объекте медицинской науки – индивидуальной текущей психофизической природе каждого пациента. Задачи, подобные задаче Сциларда, или мысленные эксперименты вроде теоретических задач с демоном Максвелла, медицинская наука как наука врачевания поставила еще в античные времена и решила их иначе, чем в рамках теоретической физики, равнодушной к судьбе единичного объекта. В рамках клинической парадигмы.

Поэтому врачебная наука не может развиваться далее, если она не ступит без страха в область психофизического бытия каждого пациента, как это ежедневно делает любой врач, даже не подозревая о своей интеллектуальной отваге. Уступая же научное наследие Авиценны, врачебный мир отдает на откуп нынешним дельцам от медицины заодно и великое наследие Гиппократов и Галена. Наука на весь человеческий мир, на весь человеческий род на все времена одна. Полнота нашей природы и природы мира, в котором мы существуем, соответствует тому, как мы познаем собственную природу и природу Остального мира. Паскаль (в природе человеке есть и звериное, и ангельское) и отец Тейяр де Шарден (наука – близнец человечества) сказали свое слово. Но это не избавило науку от необходимости защищать научную истину от дельцов от науки. Даже врачам приходится сдерживать давление со стороны дельцов от медицины. Но мы не можем сказать того о самой официальной медицинской науке, которая открыто позиционирует себя как приверженца биомедицинской парадигмы и не особенно стремится исправить приписываемый ему в глазах мировой научной общественности статус “практического приложения биологии”.

В реальности же истинным носителем истин, постигаемых фундаментальными и прикладными медицинскими научными исследованиями, является каждый практикующий врач, деятельность которого накладывает свою печать и на инновационные исследования.

⁴⁴ Кутлумуратов А.Б., 1994

Вовсе не обязательно, что врачом считался заштатный чиновник от науки, восседающий на троне академика. Такой чиновник чаще становится преградой на пути каждого нового поколения врачей, а заодно – на пути полноценного развития медицины в любой стране.

Чем пренебрежительней чиновник от науки относится к практикующим врачам, тем хуже обстоят дела с развитием фундаментальной медицинской науки в стране. Перенимая же научные достижения других стран, выглядеть “туру” в своей стране не получится.

Чем хуже чиновник системы здравоохранения относится к практикующим врачам, тем хуже обстоят дела с развитием здравоохранения в стране. Внедряя технологии, разработанные в культурных и природных условиях развитых стран, выглядеть патриотом здравоохранения в своих странах тоже не получится.

В стране, где власти мирятся с таким чиновничеством, не может быть не только серьезных прорывов в науке и здравоохранении. Врачи любого профиля в такой стране будут воспринимать оказание пациенту профессиональной помощи как источник дохода. Между тем здоровье человека невозможно оценивать в денежных эквивалентах. Врачевание может достичь высот лишь в том случае, если социум ценит труд врачей, а врачи (соответственно здравоохранение и медицинская наука) основывают себя на клинической парадигме, которая только и способна обеспечить достижение максимального эффекта в каждом клиническом случае. Здравоохранение же, организационно варьируя деятельность врачебных практик, будет поддерживать профессиональное стремление врачей, основанное на клинической парадигме.

Вместо заключения

Здоровье как целостное явление проецируется на самые разные профили врачевания. Поэтому индивидуация врачевания должна рассматриваться не просто как суть всякого врачевания, но и как основа решений о профильном структурировании здравоохранения и медицинской науки (причем - и в теоретических, и прикладных и фундаментальных направлениях). Сугубо организационные решения по преобразованию профильной структуры служб могут способствовать быстрому улучшению эффекта врачевания на уровне обслуживаемой им популяции. Эта возможность связана с тем, что рациональное объединение усилий врачей разного профиля способствует улучшению их взаимодействия в интересах каждого пациента, то есть облегчают решение врачами разных профилей вопроса индивидуации врачевания каждого больного в каждом клиническом случае. Таким образом, организационная деятельность здравоохранения достигнет своих целей с большей вероятностью, если она базируется на представлении о связи эффективности врачевания с индивидуацией врачевания в каждом клиническом случае. Соответственно в основу эффективности здравоохранения и научных исследований следует положить способность врачей в рамках врачебных консилиумов следовать принципу индивидуации врачевания, следуя интересам здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае.

Дифференциация биологии зависит непосредственно от ее достижений в разных направлениях исследования жизни. Профильная же дифференциация медицинской науки не зависит напрямую от достижений биологии, в том числе биомедицины (биологических исследований в медицине), ибо медицина не есть практическое приложение биологии. Их достижения преломляются в клинических целях: принципы биологии и биомедицины строго оформляются рамками парадигмы клинической. Дифференциация медицинской науки (в теоретических, прикладных и фундаментальных направлениях) определяется, в конечном счете, влиянием организации здравоохранения на жизнеспособность обслуживаемых ими популяций. К их числу важнейших показателей такого влияния относится ОПЖ, вкладом врачебных практик разного профиля в этот показатель. Поэтому система здравоохранения должна принимать во внимание экономический потенциал обслуживаемого региона, который выражается, в частности, показателями валового регионального, валового национального и/или валового внутреннего продукта на душу населения. Эти показатели можно считать экономическим эквивалентом здоровья

населения, включающим естественную и врачебную его индивидуации. Естественная индивидуация здоровья характеризует сохранять

Организационные преобразования в системе здравоохранения (в частности, через варьирование профилей врачевания) могут существенно влиять (а они могут и не влиять или влиять отрицательно или положительно) на эффективность врачебных практик. Помимо всего прочего это свидетельствует о фундаментальном значении для всякой национальной медицинской науки инновационных исследований (внутри каждого профиля или межпрофильными, междисциплинарными исследованиями), проводимых на регулярной основе. Современная методология прикладных и фундаментальных медицинских исследований придает большое значение биомедицинской и биологической парадигмам. В инновационных исследованиях такая гиперболизация биомедицинской парадигмы практически невозможна. Дело в том, что, применяя новые технологии, врач не может освободить себя от необходимости следовать стратегии индивидуации врачевания каждого клинического случая. Например, в ходе апробации технологий, проверенных на добровольцах в условиях страны-разработчика, отличных от страны, где ведутся инновационные исследования, могут наблюдаться побочные явления, или даже осложнения. Состояние конкретного пациента может ухудшиться. Предпринимая дополнительные меры для их купирования, врач характеризует такие клинические случаи как свидетельства о противопоказаниях к применению апробируемых технологий. В этом смысле принцип индивидуации врачевания, будучи основной для профильного структурирования системы здравоохранения, является также и методологической основой для развития прикладных и фундаментальных исследований в рамках любых национальных медицинских наук, а из них складывается мировая клиническая медицина.⁴⁵

Индивидуация врачевания, олицетворяя собой клиническую парадигму, следует уже из концепции Алкмеона о сути патологии и здоровья, о которой невозможно говорить иначе как в апофатических терминах. Медицина же, исповедующая только биомедицинскую парадигму, излишне мультиплирует нозологические единицы патологии и здоровья, что сближает ее с медицинской наукой, которую исповедовала книдосская школа врачевания. Еще Гиппократ критиковал этот подход книдосцев к медицине. Авиценна же, фактически создал психофизическую модель здоровья и болезни, укрепляя тем самым позиции, на которых стояли Гиппократ и Гален в вопросе об основаниях медицины как науки врачевания (клинической науки).

Итак, современное состояние медицинской науки характеризуется наметившимся в ней отходом от принципа индивидуации врачевания как идейной основы клинической медицины. Наиболее значимой эффективностью индивидуация врачевания достигает только в том случае, если в ходе врачевания врач использует достижения медицины в интересах каждого пациента, считаясь с его текущим клиническим состоянием. Поэтому принцип индивидуации неявно лежит в основе любых национальных систем здравоохранения и неявно служит философской основой врачебной науки в любой стране. Неявно на этом принципе держится само врачебное мышление, какими бы парадигмами (включая парадигму биомедицинскую) ни выражала его официальная медицина. На нем же базируется профильная дифференциация здравоохранения как системы врачебных практик и медицинской науки - как системы клинических дисциплин. Представляется, что главная задача здравоохранения заключается в регулировании (в интересах здоровья всего общества) усилий врачей разного профиля, направленных на максимизацию здоровья каждого пациента. Здравоохранение фактически опирается на принцип индивидуации врачевания как основу любой врачебной практики.

Итак, здравоохранение эффективно в той мере, в какой оно поддерживает каждого врача в его профессиональном стремлении (*храня личные тайны каждого пациента*) в максимальной мере сохранить и укрепить здоровье пациента, если тот здоров, и вернуть

⁴⁵ Кутлумуратов А.Б., vixra.org, 2404.0042v1.

ему здоровье, если тот болен. Медицинская же наука эффективно развивается в той мере, в какой она направляется этим принципом, сосредоточивая свои усилия на том, чтобы способствовать тем же целям врачей любого профиля.

Нет сомнений в том, что врач будет стремиться блюсти профессиональную этику независимо от того, как позиционирует клиническую парадигму официальная медицина. Та может пытаться втиснуть ее в узкие рамки биомедицинской парадигмы (или еще какие-либо иные) или стремиться к тому, чтобы, опираясь на клиническую парадигму, использовать достижения других наук для максимизации эффективности врачевания. Важно понимать, что, лишь поддерживая это стремление врача, медицина как наука в полной мере будет способна открывать человечеству то, что сокрыто в психофизически единой природе человека. Научная истина движима *в полной мере* лишь доброй совестью профессионала. Все, что могут общество и официальная наука сделать для врача профессионала, сводится к обеспечению условий, позволяющих ему настроить свое профессиональное мышление таким образом, чтобы с максимальными шансами достигать целей врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае.

Биомедицинская парадигма может даже в рамках отдельного профиля врачевания формулироваться и на языке вариационных принципов.⁴⁶ Но результат ее применения зависят от того, как врач-профессионал истолковывает клиническую парадигму, с точки зрения каждого врача остающуюся неизменной вот уже почти двадцать четыре века, минувших после Гиппократов и почти девятнадцать - после Галена. Миновало около тысячи лет после Авиценны, сумевшего, пожалуй, лучше других великих врачевателей и философов всех времен и народов постичь психофизически недואльную природу человека, тем самым углубив наше представление о клинической парадигме. Теперь же, уступая научное наследие Авиценны дельцам от медицины, врачебный мир отдает заодно и наследие Гиппократов и Галена.

Наука на весь человеческий мир одна. Мы таковы, какими мы воспринимаем собственную природу и Остальной мир. Гиппократ, Гален и Авиценна сказали свое слово в медицинской науке и ее философии. Паскаль (как представитель философии науки Новоевропейского времени), Рабиндранат Тагор и отец Тейяр де Шарден (как представители духовного сословия человечества) и многие другие мыслители сказали свое слово. Современные же врачи сдерживают, как могут, давление со стороны дельцов от медицины и здравоохранения. Философия медицины за ними явно не поспевает. Стало быть, дело за самой философией медицины. За отказом ее от жреческих традиций.

Дело в том, чтобы не отдавать философию медицины на откуп представителей других наук. Ибо *подлинное мировоззрение невозможно перенять, ее можно лишь создать собственным трудом*. "Если вы хотите подняться на высоту, поднимайтесь на собственных ногах! Не давайте нести себя туда, не садитесь на чужие спины и головы!" (Ф. Ницше).

Основные ссылки

Haken H. (1977). Synergetics. An Introduction. – Berlin, Springer. – 1977. Хакен Г. Синергетика. М.: Мир, 1980. – 351с.

Haken H. (1996). Principles of Brain Functioning. A Synergetic Approach to Brain Activity, Behavior and Cognition. – Berlin, Springer. – 1996. Хакен Г. Принципы работы головного мозга. Синергетический подход к активности мозга, поведению и когнитивной деятельности. М.: Per Se, 2001. – 351с.

World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October. - 2006.

Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.). Физическое тело человека: или непрочитанные лекции о полноте человеческой природы. –Изд-во мед. лит-ры Ибн-Сино. – Ташкент - 1997. – 312с.

⁴⁶ Кутлумуратов А.Б., 1994

Бекчан А. Концепция и метафора целостной природы личности // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики и укрепления здоровья – 2005 – №3.- С.27-31. Общая теория личности и реальность / В кн.: Бекчан А., Тулебаев К.А. Введение в общую теорию социального нормирования здоровья / Алматы-Ташкент – 2006. - С.144-203. Общее введение в медицинскую антропологию / В кн.: Биосоциальные аспекты антропометрии новорожденных с общим введением в медицинскую антропологию - Ташкент-Алматы.- 2006. - С.137-240.

Бекчан А., Тулебаев К.А., Матъякубова Ф.И. Тезисы о здоровье как интегральном благе и базовом объекте культуры производства и потребления общественных благ // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики и укрепления здоровья – 2006 – №2.-С.26-28.

Гиппократ. Сочинения в 3-х томах. – пер. с греческого В.И. Руднева. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы. – 1936-1944.

Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). – М.: Гос. издат. мед. лит-ры. – 1962.

Дильман В.М. Четыре модели медицины. - Л.: Медицина. - 1987. – 288с.

Кутлимуратов А.Б. О некоторых противоречиях эвристики современной онкологии / ДЕП. в ВИНТИ 06.06.91., N2381-B91. (Реф. журн. 28. Онкология, 28ж. Онкология экспериментальная, вып. свод. тома, реферат 10ж4ДЕП.). О некоторых противоречиях эвристики современной онкологии (2). / В кн.: Злокачественные новообразования в Узбекистане. Профилактика, диагностика, лечение. - 1992. - С.12-19.

Кутлумуратов А.Б. Онтогенетический и социальный компоненты рака с точки зрения вариационных принципов // Актуальные вопросы медицины (Материалы третьей научно-практической конференции) - Ташкент. -1994. -С. 66-67.