

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 this conception has been justified by rapid development of biology and by requirement to use of its achievements in medicine. Nowadays we can observe 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 in limits 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 biomedical paradigm which is declared by official medicine as basic one in the doctoring science.

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

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 медицинской науки.

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, Hematology 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 практического 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 врачи всех специальностей заняты одним делом, хотя и подходят к делу как бы с разных сторон, видят предмет с разных ракурсов. Еще больше это представление подходит к системе здравоохранения, призванной организовывать деятельность врачей разных специальностей так, чтобы они наилучшим образом достигали 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. 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

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”.

в любой современной стране, обеспечивая рациональный характер профилизации конституирующих ее врачебных практик. Этот же концепт фактически все еще влияет на онтологию и эпистемологию одряхлевшей философии современной официальной медицинской науки, и на дифференциацию ее на “профильные” разделы, на 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, позволяющей реализовать клиническую парадигму. Позволяя биологизаторам медицины вытеснять клиническую парадигму, являющуюся основой и медицинской науки и здравоохранения в пользу биомедицинской парадигмы, врачебное сообщество сильно рискует и собой, и своими пациентами. Я стремлюсь подчеркнуть, что принцип индивидуации врачевания, пусть и неявно, продолжает оставаться основой любой современной национальной системы здравоохранения, поддерживая философскую основу врачебной науки. Более того, сама *профильная дифференциация здравоохранения и дифференциация медицинской науки на отдельные специальности предполагают верховенство именно принципа индивидуации врачевания, ибо на этом принципе держится само врачебное мышление.*

Паскаль заметил, что в природе человеке 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.*

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

³ Концепция индивидуации врачевания получила дальнейшую конкретизацию в третьей книге трилогии «Физическое тело человека», так и неопубликованной мной в 2000 году. В настоящее время я готовлю ее публикацию в виде второго цикла трактатов в электронном архиве. Разделы третьей книги переформируются в самостоятельные трактаты, объединенные общим идейным контекстом.

здоровье, если пациент здоров, и вернуть здоровье, если он болен. Эту максимизацию мы и назвали индивидуацией врачевания. Стратегия индивидуации здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае составляет, таким образом, основу всякого профессионального врачевания, в любом профиле 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. Официально деятельность врачей-экспертов опирается не столько на клиническую парадигму, которой руководствуются врачи, сколько на биомедицинскую. Клиническая парадигма определяет стремление каждого врача к максимизации индивидуации врачевания в каждом клиническом случае, руководствуясь интересами каждого пациента. Биомедицинская же парадигма учит мыслить абстракцией “механизмов” здоровья и болезней. Нозологии в ее рамках трактуются как результат реализации специфических для каждого класса болезней “механизмов” в организме пациента. Опираясь на эту парадигму, врачи-эксперты как бы исходят из предположения, что биомедицинская модель врачевания гарантирует научную обоснованность экспертных оценок, что и оправдывает их деятельность в целом. Здесь и заключена “болевая точка” современной клинической медицины. Биомедицина ныне как бы перехватила инициативу у клинической медицины и пользуется готовностью и официальной медицины 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 основывать свои действия исключительно на биомедицинских соображениях, считающихся “научными”, сосредотачивающими в себе некую истину врачевания в последней инстанции. Каждый врач ныне 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, и этические. Но те 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, как и этические – как относящиеся к области права. Но это не совсем так. Возникающие противоречия составляет основу всех трудностей при разбирательствах врачебных ошибок.

Надо сказать, что такие разбирательства выглядят вполне солидно.

Но и 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. Эта достоверность оценивается статистически - по изменениям показателей здоровья, соотносимых с каждым врачебным профилем в обслуживаемой популяции. Уместные организационные преобразования в системе здравоохранения облегчают достижение специалистами различных профилей целей индивидуации врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае. Следовательно, в том, чтобы врачи получали лучший доступ к уместному применению своих профессиональных знаний, опыта, располагали наиболее эффективными средствами и возможностями их реализации, могли мобилизовать наиболее адекватные профессиональные интуиции в каждом клиническом случае, максимально руководствуясь интересами здоровья каждого пациента, и заключена необходимость соответствующей организационной поддержки их 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 предстояло прояснить. Руководители больницы, будучи профессиональными врачами, отлично сознавали, что это преобразование может найти окончательное оправдание лишь в доказательных результатах, подтвержденных статистическими выкладками. Тогда едва ли кто-то еще думал об этом, кроме руководства областной больницы. Для меня же это означало, что организационное переподчинение областной онкослужбы областной больнице позволяло оказывать специализированную онкологическую помощь, пространственно и по времени совмещая ее с оказанием специальной врачебной помощи по двум важнейшим профилям - кардиологической и неврологической. (Заметим в скобках, что этими двумя профилями врачебного обслуживания областная больница не ограничивалась, ибо была на тот момент мощным многопрофильным медицинским учреждением). Они были важны в том смысле, что мировая статистика давно указывала на то, что наиболее высока смертность от неврологической, кардиологической и онкологической патологии. Мне оставалось путем строгих статистических исследований убедиться в том, что концепция индивидуации работает в новых условиях лучше, обеспечивая лучшее врачебное обслуживание онкологических больных, чем это было при функционировании онкологического диспансера как отдельной (в пространстве и времени) специализированной врачебной службы. Пространственно-временное 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 того, что оно благоприятствовало и совмещению индивидуации врачевания каждым профилем на основе врачебного консилиума. 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 своих пациентов, если считает это необходимым в их же интересах.

Ожидания полностью оправдались: расчёт вероятности трехлетнего дожития онкологических больных ПОСЛЕ изменения организационного статуса онкологической службы региона выявил положительный сдвиг этого показателя практически для всех зарегистрированных в регионе онкологических заболеваний по сравнению с соответствующими показателями ДО этого изменения.

Очевидно, что адекватные организационные преобразования системы здравоохранения реально облегчают решение врачами основной их профессиональной задачи - индивидуации врачевания каждого больного в каждом клиническом случае. Эффективности любых организационных преобразований врачебного обслуживания населения предполагает, что они спроецированы на здоровье всей 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 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, рассматриваемый часто отдельно от философии науки. По этой же аналогии сегодня выделяют биомедицинские знания как научную медицину, а клиническую медицину относят к врачебной практике, считая медицину практическим приложением биологии - 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, попросту забыто, вынесено за пределы современной науки, посчитавшей его устаревшим.

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 в классификацию наук науки *практические*.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 –

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.

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

Таким образом, медицина требует *индивидуации* знаний, связанных с опытом 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. Недостаточное осознание этого факта связано с нашей привычкой рассуждать об объекте познания лишь в *позитивных* терминах.¹⁰ Здоровье же каждого индивида мыслится главным образом негативно, апофатически. Это видно уже их определения здоровья, данного экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Реальные действия врача можно характеризовать, казалось бы, только в позитивных терминах. Между тем то, что врач по причинам, понятным только ему, *не делает*, также часто связано с его врачебной обязанностью. Выгода каждого пациента, которую преследует врач переживается пациентом, а врач воспринимает клиническое течение болезни, стремясь избавить того от страданий, которые и являются позитивно в виде симптомов заболевания. Врач как бы стремится онтологически избавить пациента от его болезненного состояния.

В медицине, таким образом, во всей полноте явлена основная установка древних философов - требование, согласно которому наука *должна* сосредоточиться на получении знаний, полезных для человека.¹¹ 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.¹²

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 познания, 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 Давыдовского¹³ врачи ныне редко вспоминают, возможно, именно потому, что они несли еще на себе печать клинической медицины, по меньшей мере, времен Клода Бернара. Согласно же идеям В.М. Дильмана¹⁴,

⁹ Kutlumuratov A.V. vixra:1604.0206v3; vixra:2001.0576v1.

¹⁰ Надеюсь, что читатель отличает привычное для многих врачей восприятие слов “позитивный” и “негативный” (например, как аналоги понятия *улучшения* и *ухудшения* самочувствия пациента) от философского их содержания (о чём здесь и идёт речь). *Полнота* любого знания предполагает не только знание того, чем и почему объект познания позитивно является нашему сознанию, но и тем, чем именно тот не является таковым и почему не является таковым сознанию.

¹¹ Диоген Лаэртский, Протагор., 1990.

¹² Агацци Э., 1985.

¹³ Давыдовский И.В., 1962.

¹⁴ Дильман В.М., 1987.

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 сознавал, допуская, что помимо описанных (в биологических терминах) им четырех моделей медицины (экологический, 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.¹⁵ Анализ же онтологических и эпистемологических оснований клинической медицины, проведенный в данной, второй, книге нашей трилогии, этот факт окончательно проясняет.

Вообще говоря, одна из 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*.¹⁶ В частности, я исхожу из того, что 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, потенциально являющий себя и в каждом 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, связанной прямо или косвенно с человеческим развитием. 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. Но, 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 конкретного 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. Но она не отменяет клинической парадигмы. Биомедицина - сфера трансдисциплинарных *биологических* исследований в рамках врачебной науки, чьи результаты врач применяет для осмысления каждого клинического случая. Клиническая же медицина междисциплинарна и трансдисциплинарна по своей сути.

Безусловно, медицина в своем развитии опирается на достижения биологии, и биомедицинская парадигма - важный аспект понимания междисциплинарной и трансдисциплинарной методологии самой клинической медицины. Поэтому значимость биомедицинской парадигмы для клинической медицины не следует преувеличивать. До

¹⁵ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997.

¹⁶ Medicus G., 2017.

середины 20-го века достижения биологии применялись медициной исходя, главным образом, из ее клинических потребностей.¹⁷ Но во второй половине минувшего века постепенно стала складываться ситуация, когда достижения биологии стали применяться в клинической медицине, все больше ориентируясь на биологические соображения, все меньше считаясь с клиническими. Тому способствовала и наметившаяся сильная профилизация системы здравоохранения и дифференциация клинической медицины как науки врачевания. Многим стало казаться, что нозологически разные болезни имеют разные “биологические механизмы”, на изучении которых и должна-де сосредотачиваться каждая медицинская дисциплина. 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, так и в рамках любого ее направления. Тем самым наметился отход официальной клинической медицины от своих традиций, от собственного региона – индивидуальной природы каждого пациента. Она все больше стала мыслить усредненными категориями. Наверное, было бы справедливым утверждать, что до второй половины 20-го века концепция индивидуации врачевания молчаливо считалась воплощением клинической парадигмы, начиная, по меньшей мере, с времен Гиппократов (на протяжении 23 веков!). Этот отход становится совершенно очевидным, если допустить, что клиническая медицина суть “практическое приложение биологии”. Но достаточно вспомнить, что, например, изобретение микроскопа, позволило Левенгуку открыть мир микроорганизмов, Шванну - развить клеточную теорию жизни, Вирхову - обосновать клеточную патологию. Но это не стало поводом для того, чтобы утверждать, будто соответствующие разделы биологии являются практическими приложениями оптической физики. Хотя никто не 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, эмпирическая и теоретическая. Так почему же медицине, старейшей из наук, не позволено оставаться самостоятельной наукой, если она в своем развитии давно использует трансдисциплинарные и междисциплинарные исследования, свободно обращаясь к достижениям других наук, теоретических и эмпирических, естественных и гуманитарных? Почему она должна становиться “практическим приложением биологии”, а не 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, потому и медицину посчитал “практическим приложением биологии”. Но еще за долгие века до Уолтера Кеннона, медицина пользовалась похожими законами. На дильмановское толкование, несомненно, повлияло ставшее во второй половине минувшего века повсеместным ложное представление о “респектабельных” науках, о том, что такое наука. Представители этих наук добросовестно уверовали в то, 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 о природе болезней. Но, сделав это, Дильман пошел в обход клинической доктрины – главного принципа, на котором базируется самая древняя из наук о природе существования человека – медицина. Клиническая доктрина требует, чтобы врач

¹⁷ 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.

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 (представитель кротонской школы врачевателей) сформулировал принцип единства равновесия-неравновесия природных начал в пределах тела человека, прояснив то, как именно следует познавать природу причин болезней и здоровья каждого человека, объяснив заодно, почему причины болезней у каждого больного индивидуальны. Из этого принципа следовало представление о врачевании как помощи природе каждого больного сохранить индивидуальное равновесие начал в его теле как причины его здоровья (если он здоров) и восстановить ее как причину возвращения здоровья, чего и должен добиваться 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. Впрочем, клиническая медицина не может основываться на дарвинистской модели эволюции. Мне приходилось уже высказываться на эту тему. В частности, высказана мысль о необходимости дополнения эволюционной дарвинистской парадигмы с переосмысленным ламаркизмом, включив ее в эволюционно-онтогенетическую парадигму медицины.¹⁸

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.¹⁹ 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 с учетом современного уровня медицинского знания.

2. Естественная индивидуация здоровья и становление его социальной природы

В разделе «Введение» первой книги трилогии «Физическое тело человека»²⁰ 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

¹⁸ См. vixra:2109.0075v2, vixra:2203.0133v1, vixra:2404.0042v1,v2.

¹⁹ 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.

²⁰ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 1997.

человеческого индивидуума и сама творится вместе с нею. 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.

Кто-то воспринял эти положения и книгу в целом как относящиеся к мистической философии, хотя речь шла исключительно о рационалистической философии науки, в том числе - медицинской. Видимо, это связано с тем, что первая книга строилась главным образом на интуициях о полноте человеческой природы. Эти интуиции представлялись мне очевидными, хотя, разумеется, я сознавал, что они могут и не быть столь же очевидными для читателя. Поэтому в ней курсивом выделено множество слов, терминов и оборотов, что по моим расчетам должно было призвать читателя быть аккуратнее со смысловым наполнением текста. К тому же тогда я полагал, что не позднее 2000 года опубликую и вторую, и третью книги трилогии, где эти интуиции я стремился предельно прояснить. Судьба распорядилась иначе: вторая и третья книги, завершённые к середине 2000 года, так и не были изданы: жизнь стала совершать слишком крутые зигзаги, заставляя думать скорее о выживании, чем о научном творчестве. Минуло почти два десятка лет, прежде чем я осознал, что издать их едва ли удастся, и тогда я решил опубликовать серию трактатов в vixra.org, основанные на первоначальных текстах трилогии.²¹

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

Рабиндранат Тагор был лишь одним в череде мыслителей, считавших человека носителем истины Вселенной. Не был первым в этой череде и Парменид, сформулировавший наиболее общее учение о *Бытии-как-таковом*, из коего следовало, что природу каждого человека можно считать локально спроецированной на Парменидов мир, или даже локальной проекцией Всеединого *мира-как-такового*. 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 самой ее внутренней активностью по отношению к Остальному миру. Целостное бытие конституируется локальной *проективной* активностью индивида по отношению к Парменидову миру, его активным единичным существованием *в* нем – *бытийным центrostоянием* индивида. В человеке эта активность

²¹ Это решение было навеяно не в последнюю очередь работой над переводом в 2017 году одной неординарной книги известного европейского автора, специалиста по поведению человека, посвященной эволюционной медицине. Автор решил, что для лучшего восприятия разделы книги следует оформить как самостоятельные сочинения, объединенные одной общей идеей. Я нашел эту манеру достойной подражания. Тем более, что к моменту начала работы над переводом этой книги я уже успел опубликовать в качестве отдельного трактата преобразованную первую главу второй книги трилогии.

являет себя в обладании каждым из нас *своей точкой зрения* на мир и на собственное в нем существование - в человеческой “Я-НеЯ”-дихотомии Всеединой, “сплошной” Парменидовой реальности.

Сказанное выше - философски очевидный взгляд (насколько о том можно судить, если ориентироваться на историю философии), и эта очевидность представляется мне инвариантной относительно любой частной человеческой точки зрения на мир и человеческую природу. Поэтому естественно, что еще в античные времена выдающиеся врачи стремились согласовать с этой очевидностью общее представление *о бытийной полноте индивидуальной человеческой природы*. 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, сводимом к четырем основным регионам – *индивидуальной телесности человека, его индивидуальному (личностному) сознанию, физической природе Остального мира и обществу (системе личностей)*. Врачуя больного, врач профессионально сопереживает *каждому* своему пациенту. Это сопереживание во многом издревле 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 нем можно усмотреть профессиональный аналог библейского «возлюби Господа Бога твоего ... и возлюби ближнего твоего как самого себя».²²

Природа каждого человека уникальна, как бы спроецирована на его телесность и сознание. Как таковая на индивидуальном уровне она никогда не является завершенной, претерпевает становление в индивидуальном развитии и филогенетическом ряду поколений. Претерпевая непрерывное становление, она *изначально* как бы *отсутствует*, следовательно - не раскрывается (как обычно полагают) в процессе индивидуального развития *физического тела человека*. Человеческая природа воплощается в каждое единичное актуальное тело каждого человеческого индивида как проект его осуществления. Иными словами, *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 - не мое новоизобретение, а весьма древнее представление о человеческой природе как проекте самого себя, получившее развитие еще в трудах мыслителей Мусульманского Ренессанса, перенявших эстафету от Древней Греции. Представление о том, какой 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 поведения любого человека в обществе регулируется апофатическими актами - *запретами* на действия определенного рода, в том числе – определенного рода мысленных актов (греховных мыслей, побуждений).

Утвердить позитивно представление о природе человека нельзя, ибо его невозможно сформулировать прямым описанием того, чем именно является человеческая природа, не отрицая при этом того, что в теле человеческого индивида (телесности зиготы, плода, человеческого новорожденного и ребенка) природа человека присутствует как некая потенция. Это представление следует из негативного отрицания ее актуального наличия в изначально человеческом теле - зиготе, новорожденном, ребенке, но присутствия ее в теле как потенции. Она воспроизводится в ходе онтогенеза и преобразуется в ходе эволюции.

Человеческую природу индивид обретает в ходе психофизического развития в составе человеческого социума. Причем она *создается вместе с телом Человека*, как бы

²² От Луки святое благовествование 10:27-29.

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)*²³. Самореферентность, ставящая многих в тупик, фиксирует именно это участие личности в развитии ее собственной физичности, телесной природы. Личность вовлечена в участие уникального онтогенетического события «созидания человеческой природы». И вовлекается *наряду* с другим (не менее 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 представляется, 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 (индивида), вовлекаемое в творение природы человека, 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 непосредственно примыкающее к нему Остальное бытие. 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 эта природа непрерывно выпадает в актуальный мир. И с какого-то момента, мы готовы 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 мы способны объективировать в своей природе и в Окрестном мире.²⁴ Мы считаем простаком всякого, кто в своем поведении предсказуем и внушаем. Но самостоятельно мысленно выбирая ту или иную линию своего поведения, то считаем себя *свободными*. Грань между свободой и несвободой зыбка. Дело только за верой, даже не за смыслами, как иногда теперь полагают. Смыслы вторичны по отношению к вере. Мышлением мы перебираем смыслы, допускаемые верой. Не это ли имел в виду Заратустра, учивший «мыслить согласно Вере, молвить согласно Вере, делать согласно Вере».

²³ 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?), говорить 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. Тем самым он конституирует свою целостную природу.

²⁴ В рамках настоящей трилогии под Окрестным миром понимается бытие, доступное осмыслению человеком. Это не только тот мир, который доступен чувственным восприятиям, но и восприятию сознанием. Например, Парменидов мир (Всеединое бытие) с одной стороны познаваем, будучи воспринимаемым чувствами и сознанием как Окрестный мир, с другой стороны наш ум допускает, что наше восприятие Парменидова мира неполно, поскольку и чувственное и сознательное восприятие его ограничено текущей природой человека.

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, а через примыкающий к нему Остальной мир согласует с этим выбором субъекта свое текущее сосуществование с ним.

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

Онтологически уравнивая актуальное и телесное, мы не уравниваем полностью природы личности с тем, что оформлено как ее телесно определенная структура, но 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 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 том уровне сознания, на котором поддерживает себя 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. Такое представление необходимо для осмысления целей познания, в том числе - для постановки целей современной медицинской науки как науки о психофизической полноте человеческой природы (о полноте природы его здоровья).

В соответствие с учением Парменида, сознание и бытие - одно и то же. Сознание есть акт бытия, есть актуальное бытие. Сознывая себя определенным образом, рефлексивная личность на мир, человек как единичная бытийная определенность утверждает себя в Парменидовом мире (актуально бытийствует), локально выпадает в него, физически фиксирует свое определенное существование в мире. Бытие локально конституирует человеческий индивид, человеческое индивидуальное бытие и считается с ним как с внутренним локальным бытием, с тем, что индивид позволяет Остальному миру (через локальные определенности Остального бытия - через Окрестное бытие) определять модус бытийствования его природной телесности (физичности). Таким образом, сознание индивида, посредством которого это позволение обнаруживает себя, не принадлежит только индивиду.

Опираясь на сказанное выше и на предыдущие шесть трактатов настоящего цикла, я утверждаю, что такое осмысление природы тела человека (его физичности) соответствует философскому восприятию любых традиций познания, реализованные и реализуемые в рамках клинической медицины. Клиническая медицина являет собой само 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 помощь в том, чтобы природа пациента наилучшим образом сохранила здоровую целостность, если тот здоров, и могла максимально вернуть свое здоровье, если тот болен. Последней опорой врача в деле врачевания являются его собственное разумение, силы и возможности, измеримые 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, если они помогают делу врачевания. Ибо, только считаясь с клинической парадигмой, 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 сфере своего профессионального разумения, профессиональных возможностей и совести.

Биомедицинская же парадигма является довольно упрощенным представлением о фундаментальной медицине, получившим широкое распространение в научных кругах, которое было эффективно в первой половине 20-го века. Однако ныне эта парадигма потеряло былую силу, и только инерция мышления продолжает считать ее основной для медицинской науки, хотя уже не обладает необходимой для целей врачевания полнотой доказательности, и фактически она политически навязана современному врачу. И навязана через «элитные» группировки внутри самого врачебного сообщества. Навязана исподволь, незаметно проникнув в философию социальных групп, реализующих свои интересы с опорой на полномочия властей. Инертность представителей самого врачебного сообщества, помноженная на невысокий уровень его философской грамотности, открывает в медицину путь чуждым для нее научным принципам, к вмешательству в управление и службами системы здравоохранения и развитием отдельных профилей медицинской науки. Выправить эту ситуацию можно, лишь вернув приоритетную роль в медицине клинической парадигме – и как основы развития практического здравоохранения (системы профильных врачебных практик), и как основного ориентира фундаментальной, прикладной медицины соответствующих профилей.

Вернемся к природе сознания. Выбор актуальной действительности из определенных возможностей, которые усматривает сознание – к этому сводится любой акт сознания.²⁵ 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 эти природы как бы дополняют друг друга как акты детерминации модусов бытийствования индивидуального природного тела (в текущих психофизических актах бытийствования личности), как акты 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 (Парменидово бытие) 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 сознание 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*

²⁵ Даже *отказ* индивида от выбора, это по-прежнему выбор, а именно выбор между текущей актуальной действительностью и возможностью актуализировать иные определенности - в пользу сохранения текущих актуальных определенностей в природе самого индивида и природе Окрестного мира.

индивида в мире как *сосуществования* индивида с Остальным миром. Биологи называют этот воплощаемый феномен *адаптацией*. В представлении об адаптации биологически конкретизировано представление Аристотеля о том, что всякое потенциальное бытие становится актуальным на основе актуального же бытия.²⁶

Сказанное в данном разделе означает, что всматриваться в актуальное существование индивида в мире познающий субъект может 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 субъекта, познающего вещь, 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 даются сознанию субъекта как *нечто* целостное, и следовательно даются *до того*, как субъект оказывается готовым осмыслить собственное текущее бытие в мире в соответствующем, феноменологически определенном восприятии. Определенность текущего акта восприятия сознанием (то есть смыслового восприятия) вещей не может сознаваться в самом текущем акте, но может быть воспринята в других актуально текущих актах сознания (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 позитивно фиксируемый их набор со всеми подмечаемыми 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. Остальные для врачевания не имеют значения. 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, но не подменяли саму медицину, не затрагивали ее региона: врачеватель всего имел дело и продолжает иметь дело с уникальной природой каждого пациента.

Тот факт, что здоровье индивид обеспечивается 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, в котором как бы и живет каждый член социума. В составе социума каждый индивид с большей гарантией, чем

²⁶ 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*.

при одиночном существовании, способен поддерживать Окрестный мир определенностей, позволяющий ему с большей надежностью и полнотой активно поддерживать свою текущую природу, сосуществовать с Остальным миром. Но индивид не просто пользуется социальной 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 контекст своего определения. Иными словами, мы можем дать следующее определение здоровью²⁷:

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).

Здоровье есть, во-первых, психически и физически переживаемая индивидом *степень его жизнеспособности* – его 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, сосуществования с Остальным миром включает *физический, психический и социальный* компоненты.

Таким образом, 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, и это дело в естественных обстоятельствах осуществляется автономно самим индивидом. Обращение к врачу за помощью суть обращение к его профессиональным знаниям, навыкам и возможностям, и к таковому 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 помогая ему максимально вернуть его природе состояние здоровья, если тот болен – стремится помочь 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 того, что делает его здоровым. Врач мыслит и действует в полном соответствии с протагорической 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, и, избавляя от них, вернуть состояние здоровья, если пациент болен. Врачебная наука, таким образом, предполагает не только позитивное представление о научной истине как удостоверенном научными методами

²⁷ 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.

существовании определенных сущностей, но и представление об удостоверяемом научными методами *отсутствии* определенных сущностей, связанных с переживанием им болезненного состояния. Врач *доказывает* то и другое клиническими методами, объективно удостоверяясь в истинности своих заключений относительно текущего состояния 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 исходная (текущая) целостная природа индивида и текущий (Окрестный для его сознания) Остальной мир (включающий, напомню, и сознаваемые 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 (психофизически единой) природы.

К чему же мы пришли? К возможности описать индивидуальную, психофизически целостную природу каждого 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 сферы²⁸:

1) субстанциально неопределенное, *инвариантное “ядро”* целостной природы индивида - назовем его сферой “А”, откуда к миру как бы обращено локальное, единичное бытие;

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

²⁸ Бекчан А. (Кутлумуратов А.Б.), 2005-2007, Кутлумуратов А.Б., 2024.

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

Признав существование в каждой личности “ядра”, выбирающего варианты единения с Остальным миром, мы можем выйти за пределы привычного философского обсуждения проблем отношений “субъект-объект”. Можем потому, что мы способны теперь вывести понятие субъекта из апофатической тени и сделать его участником и объектом наших суждений: все три лица, в которых мыслится любой субъект, онтологически помещаются в один регион, рассматриваемый одновременно с трех *исходных* позиций. Существование лиц в любом языке (даже если в самом языке нет терминов, соответствующих трем лицам, они как минимум подразумеваются, и это подразумевание, вообще говоря, распространимо и на животных) указывает на то, что человек давно осознал этот факт.

Соглашаясь рассматривать сферу “C” как сознаваемую, осмысляемую область Остального бытия, как Окрестный, непосредственно доступный осмыслению мир сознаваемых сущностей – смыслов, мы признаем, что реальные вещи как бы обретают и наращивают атрибутивно присущие им *смысловые определенности* в ходе их 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 (избавляя себя от бесперспективного отрицания 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 о 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 сознание имеет прямой 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 - *представлять* область “C”. Область же “C” представлена сознанию как сложная определенность, непосредственно примыкающая к области “D” – к непосредственно примыкающему к “C” Остальному миру. Таким образом, в области “C” индивидуального бытия локально конституирует себя как Целостная определенность природы 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, называемого врачами *здоровьем*. Здоровье – врачебное понятие, под ним разумеется текущее переживание степени психофизической целостности своей 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 (сферы “A”, “D” и “C”) воплощают собой основной смысл обсуждавшейся нами в трактате №6 общей психофизической модели личности.

Данная схема являет собой общее выражение идеи о психофизически целостной природе текущего индивидуального бытия в мире, включающей в себя представление о целостности по Смэтсу (подробнее см. ниже). Она позволяет понять, что разумеют врачи, характеризуя

здоровье как текущее состояние психофизически целостной текущей природы, переживаемой каждым человеческим индивидом как личностью.

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, осмысляя 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 “С”, которую субъект осмысляет 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 потенциально способен воспринять, наделить позитивным смыслом.

Область “С” 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 может постигаться только в качестве существования ее как “вещи-в-себе”, непосредственно недоступной сознанию - недоступной для наполнения восприятия 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*.²⁹ 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*” *обстоятельствах* (обстоятельствах, как бы *стихийно* складывающихся). Познание не просто *допускает* комбинирование стихийными и искусственно созданными обстоятельствами, а фактически *подразумевает* именно такое комбинирование.

Таким образом, понятие “вещи-в-себе” во многом несет субъективный смысл, скрывающий наши познавательные способности, оно неявно заключает 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).³⁰ 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.³¹

Наличие “ядра” (области “А”) телесности 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

²⁹ Попытки человека преследуют те же цели – выведать то, о чем тот сообщать бы не хотел.

³⁰ Евгений Вигнер утверждал: “Мир очень сложен, и человеческий разум не в состоянии полностью постичь его. Именно поэтому человек придумал искусственный прием - в сложной природе мира винить то, что принято называть случайным, - и таким образом смог выделить область, которую можно описать с помощью простых закономерностей. Сложности получили название начальных условий, а то, что абстрагировано от случайного, - законов природы. Каким бы искусственным ни казалось подобное разбиение структуры мира, при самом беспристрастном подходе и даже вопреки тому, что возможность его осуществления имеет свои пределы, лежащая в основе такого разбиения абстракция принадлежит к числу наиболее плодотворных идей, выдвинутых человеческим разумом. Именно она позволила создать естественные науки”. Такое представление может себе позволить физик-теоретик (хотя и это далеко не бесспорное утверждение). Нынешний биолог все еще пытается мыслить именно так. Даже нейрофеноменологический биолог все еще сохраняет это исходное убеждение. Врач же еще две с половиной тысяч лет уже не мог себе этого позволить.

³¹ 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.

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.³² 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 самобытийной единичностью в мире. И лишь соглашаясь на условности, делая над собой усилие, мы оказываемся способными логически рассуждать о ней как сложном природном “механизме”. Когда же мы имеем дело с шимпанзе по кличке Уошо, нам уже не хочется даже делать такого усилия над собой. Ибо Уошо для нас – личность, которая сообщает нам о своих переживаниях, как бы предупреждая: “Здесь Я. Это область моего бытийствования. Дальше не иди. Пообщайся со мной”. Врач же профессионально общается с областью целостного бытийствования каждого пациента.

Между тем, чтобы сознавать это, древнему врачу не нужно было быть именно 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 являлся 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 которым, в ходе эволюции материи создаются новые целостности. В этой модели мы опираемся на его идею целостности как «последней реальности универсума универсума» и древнее протагоровское 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 *субъективно* 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 внутренней природе присутствует начало, делающее их избирательно активным к Остальному миру – “ядро” самости. Оно делает их способными к внутреннему выбору отношений бытийного единения 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”, как и учил Смэтс. 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 - сознавать и быть», не правда ли? Но было бы неверно считать, что целостности – в принципе непознаваемые сущности. Впрочем, вопрос об их познаваемости пока оставим открытым.

³² *Допущения* приходят как бы спонтанно, сами собой. Как догадки. Они имеют интуитивную природу. Их ум может лишь подмечать. Рождение интуиций не связано напрямую с логическим мышлением, а скорее строгое логическое суждение мобилизует ум на прямое восприятие необходимых допущений. Но любые интуиции должны удостоверяться опытом. опытом, в котором познающий ум вступает в бытийное единение с предметом познания - во внутреннее переживание своего существования в мире.



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 «Ядро» 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).

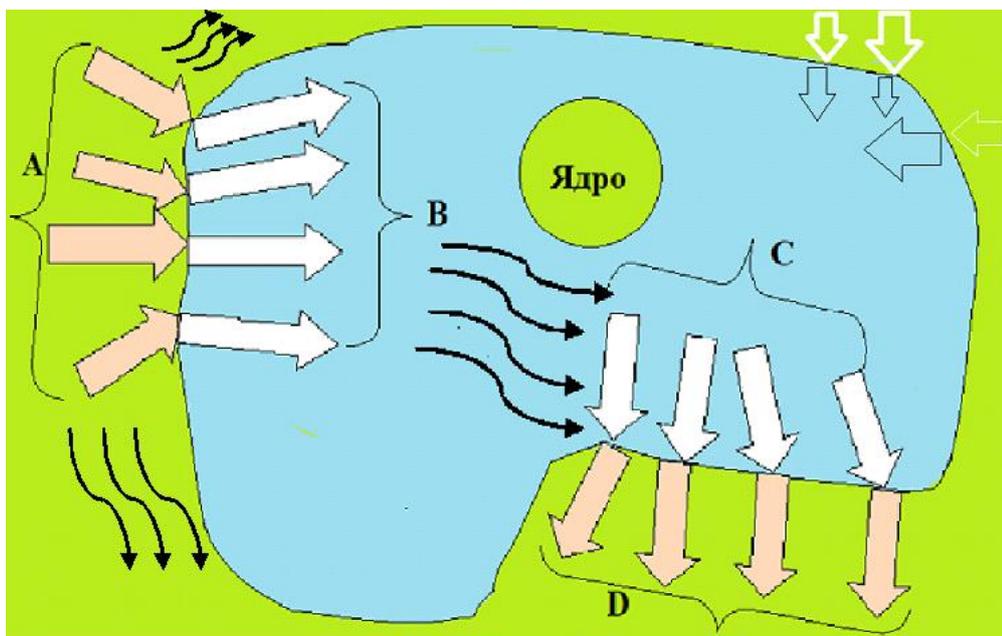


Рис. 2. Общая схема взаимодействия индивида (индивидуального бытия) и Остального мира. Индивид (выделен голубым цветом) и Остальной мир (зеленый фон, в том числе субстанциально неопределенное “ядро”) конституируют Целостный мир, локально взаимодействуя посредством определенностей **A**, **B**, **C** и **D** (показаны стрелками); *поведение индивида в мире* - результат взаимодействия. Конституирование локальных парных систем **A-B** и **C-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. Мы не можем угнаться за собственными мыслями, поэтому не очень и задумываемся о том, кто же в нас тот, кто концентрирует на себе определенности нашей собственной природы и определенности Остального мира. Хотя стоит нам о том задуматься, и вот уже мы готовы вслед за О’Генри повторить, что дело не в дороге, которую мы выбираем, а в том, кто в нас выбирает.

На рисунке 2 показано, как индивид и Остальной мир *конституируют* Целостный мир³³, локально (внутри Парменидова Всеединства, символизируемого здесь четырехугольным пространством рисунка) взаимодействуя посредством определенностей (показаны стрелками) **A**, **B**, **C** и **D**. Результат взаимодействия воплощается (актуализируется) в *поведении индивида в мире*. Конституирование локальных парных систем **A-B** и **C-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 “**A**”), 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 бы непосредственно примыкает к его актуальной психофизически телесной природе, и потому

³³ 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.

этот мир открыт к восприятию и самим индивидом, и *сопереживающим* ему профессиональным сознанием лечащего 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 - 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*³⁴: 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, *осмыслить* 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 врачует, кто пережил болезнь». 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*: врачевать можно, только будучи способным профессионально сопереживать *каждому* пациенту. Позволим себе несколько уточнить эту мудрость: врачевание успешно в той мере, в какой врач способен *профессионально сопереживать каждому* своему пациенту. Врач должен мыслить единичность природы каждого пациента.

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 выгодам здоровья каждого же конкретного пациента. Именно поэтому врач достигает наилучшего эффекта врачевания, значительно превосходящего то, что мы можно было бы ожидать, основываясь только на теории вероятности и статистике. Следовательно, парадокс, не раз упоминавшийся мной ранее³⁵, 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 врачам 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 специальные знания, и опыт, мобилизуя профессиональную интуицию, и специальные знания, опыт и профессиональную интуицию своих коллег. Я называю практическую реализацию такого должностояния *врачебной индивидуацией*³⁶, или *индивидуацией врачевания*.³⁷

Врачебная индивидуация выглядит как создаваемый врачом алгоритм сохранения здоровья или его восстановления, применяя который врач как бы *советуется* с природой пациента непосредственно, что и составляет суть клинического мышления. В каждом

³⁴ World Health Organization. 2006.

³⁵ Кутлумуратов А.Б., 1991-1993, Бекчан А. (Кутлумуратов), 1997.

³⁶ См. трактат №2 настоящего цикла vixra:2001.0576v1.

³⁷ Далее, если не сделано дополнительных пояснений, будем говорить кратко об *индивидуации*.

клиническом случае как бы происходит диалог врача с природой конкретного пациента. По традиции естественнонаучное познание предполагает, что исследователь вправе создавать определенные условия эксперимента или продумывает условия наблюдения за реальным природным объектом. Исследователь-естественник как бы *моделирует* ситуацию интереса для получения определенных результатов эксперимента или наблюдения (рабочей гипотезы), которые становятся следствием этих условий. Если результаты соответствуют ожиданиям, то рабочая гипотеза считается подтвержденной. Врач же, стремясь диагностировать текущее состояние 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 удачнее он выдвинет правдоподобные диагностические версии относительно онтологии природы его текущего состояния (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 и гуморальной теории косской школы врачей-врачевателей. Следуя теории Алкмеона, они могли полагать, что признаки состояния больного, доставляющие ему страдания и клинически ими актуально фиксируемые (следовательно, актуально сущие), суть признаки именно болезни, болезненной сущности, от которых больного нужно излечить, или хотя бы облегчить их проявление. Согласно логике Алкмеона, начала, вызывающие болезненные переживания, должны быть удалены из целостной природы пациента (как болезнетворные “избытки” его целостной природы) или компенсированы (как болезнетворные “нехватки” его целостной природы).

Для современного врача, казалось бы, 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 выше и в предыдущих трактатах мы говорили). Профессиональное сознание современного врача, научившись воспринимать природу каждого пациента в биомедицинских терминах, как и в прежние века, продолжает иметь дело с необходимостью мысленно представлять общую (психофизическую) модель единичной природы каждого пациента, рассматривать 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, осознанно 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). Его ум 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 любого профиля, любой специальности 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, от врачебного профиля к профилю. Не меняется в силу апофатического характера представлений о здоровье. Здоровье, будучи уникальным по своей природе у каждого пациента, психофизически индивидуально переживается каждым же 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 ему удастся вернуть пациенту позитивное переживанием им своего здоровья как той или иной приемлемой для него степени психического, физического и социального благополучия, устранив признаки психических и физических страданий. Эти страдания могут быть в том числе и социально детерминированными. Предполагается, что врач стремится максимально следовать этому идеалу, и 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 складывающихся онтогенетических обстоятельств развития природы каждого пациента и в связи с тем, как врачу удастся 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 психофизической дихотомией природы здоровья каждого пациента, реализуемой им в ходе онтогенеза. При этом врач использует и представления о классах состояний здоровья и болезни (нозологиях), когда предварительно рассматривает каждый клинический случай в рамках соответствующей нозологической (следовательно - классовой) общности этих состояний. Поэтому врачевание всегда предполагает, что успех врачебного вмешательства в каждом клиническом случае связан, помимо прочего, и с тем, сколь удачно врач учитывает сходство стихийно и клинически определенно протекающей индивидуации здоровья разных пациентов, относимых (по определенным критериям сходства) к одному классу.

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 определенного класса пациентов, врачуемых специалистами, обучавшимися в педиатрическом факультете, требует иного подхода к лечению, нежели взрослый, которого лечат специалисты, обучавшиеся в лечебных факультетах. Потребность в индивидуальном различии медицины детского возраста (педиатрии) и медицины взрослых очевидна. Проводить индивидуацию лечения ребенка приходится иначе, чем взрослого пациента: если во врачебной помощи нуждается страдающий ребенок, еще не способный нести полноту ответственности за свое здоровье, то этот случай нельзя отнести ни к одному классу состояний, принимаемых во внимание при заболевании взрослого человека. У врачей-педиатров, в свою очередь, не возникает сомнения в том, что к лечению больного мальчика, будущего мужчины, потенциального отца, следует подходить несколько иначе, чем к лечению больной девочки, будущей женщины, потенциальной матери. Еще сложнее случаи, когда требуется классификация медицины на профили, связанные с необходимостью лечить плод (еще не родившегося ребенка) и женщину, вынашивающую беременность. В таких случаях врач фактически имеет дело с двумя человеческими индивидами в одном женском теле.

Существование подобных нюансов лечения составляет достаточное основание для рассмотрения здоровья пациентов в рамках отдельных профилей лечения, каждая из которых предполагает особую специфику врачебной пропедевтики.

Вместе с тем ныне число профилей врачебной специальности чрезвычайно много. Давно подмечено, что узкая, профильная дифференциация медицины создает сложности для взаимопонимания врачей разного профиля, в частности - создает ряд проблем для развития здравоохранения. Биомедицински же ориентированная врачебная наука в свою очередь все дальше отходит от проблемы индивидуации лечения, составляющей основу клинической медицины. Принимая во внимание эти трудности, биомедицинские специалисты разных профилей стремятся к междисциплинарным взаимодействиям, имея в виду цель, которой движим любой врач - максимизировать эффективность лечения в интересах здоровья каждого пациента. Но при этом не следует забывать, что для науки лечения междисциплинарность – давняя и хорошо осознанная и освоенная врачами тенденция: врачи практически ежедневно применяют этот принцип, только называют его *врачебным консилиумом*. Так что в практике междисциплинарности ничего нового для врачей нет, если не считать того, что эта практика ныне нагружена частностями биомедицинской парадигмы.

Всякое заболевание мы с готовностью относим к некоторому профилю лечения, имея в виду сходство нюансов, на основании чего врачи выделяют классы человеческих страданий - нозологические единицы, представления об отдельных классах болезненных состояний. Взгляды на нозологию ныне сформулированы исключительно в терминах биомедицины: каждая болезнь рассматривается как следствие реализации определенных патологических «механизмов». Клиническая же парадигма скорее склоняется к тому, чтобы искать резон в профилизации лечения в том, чтобы она способствовала росту эффективности врачебных вмешательств в каждом клиническом случае, а результат профилизации выражался в росте ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в обслуживаемой популяции. Эта эффективность зависит от способности врача в рамках каждого врачебного профиля максимально поддерживать здоровье каждого пациента (если он здоров) и восстанавливать его здоровье (если он болен). При этом врач явно или неявно учитывает стихийно («естественно») складывающийся ход индивидуации здоровья пациента. Лечение же в рамках каждого врачебного профиля вовлекается в специфику онтогенеза природы каждого пациента. И от того, в какой мере это вовлечение соответствует действительной текущей 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 именно междисциплинарными биомедицинскими соображениями, скорее даже такие соображения сами должны направляться клиническими нуждами. Следовательно, новые профили врачевания могут возникать и на основе возникающих в ходе социального развития потребностей в развитии 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 (ДЦОГКИ) началась реализация специального проекта (далее Проект) по созданию Республиканского научно-практического медицинского центр детской онкологии, гематологии и клинической иммунологии Министерства здравоохранения Узбекистана (РСНПМЦДОГКИ МЗРУз). Само исходное название Центра (аббревиатура - ДЦОГКИ) может казаться странным излишеством в рамках биомедицинской парадигмы, поскольку 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 проблемами здравоохранения. Между тем представляется, что более логичным было бы, если бы Проект был результатом стремления решать целевые проблемы не на основе биомедицинской парадигмы, а парадигмы именно 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) ДЦОГКИ 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, а не между клиническими дисциплинами. Врачебное (клиническое) мышление само по себе протекает в поле двойственной реальности – той, которую конституирует сознание каждого пациента, и той, 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 в своих суждениях о медицинской науке. Врач может думать о биомедицине, размышляя о парадигмах своей науки, но в реальной врачебной практике он неизбежно переходит на это двойственное поле, где обязан мыслить, сопереживая текущей природе каждого пациента, и принимать профессиональные решения с учетом текущего состояния здоровья каждого пациента и потому не может оставаться чистым философом, логиком. Так, видимо, Авиценна-врач и толкует утверждение Гиппократов 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 будет зависеть 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 страны 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 она способна самостоятельно поддерживать собственное существование в текущих обстоятельствах. Всякое врачевание направлено на то, чтобы помочь каждому пациенту сохранить природное здоровье (если тот здоров) или восстановить природное здоровье (если тот болен). Но врачевание 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. Вопрос о том, какая из ныне известных моделей здравоохранения верна, имеет смысл лишь в связи с тем, как врачи используют эту дополнительную, в интересах максимизации здоровья каждого пациента. А это в свою очередь зависит от того, как в стране развивается врачебный профессионализм. Показатели здоровья любой популяции в существенной мере определяются эффективностью естественной и социальной индивидуации здоровья ее членов. Максимизация же здоровья популяции связана с текущей эффективностью действующих врачебных практик. Управление ими 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 влиять не в силах, на чем может настоять, а с чем вынужден мириться. 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 каждого своего пациента.

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. Он не прекращает этого с момента первого контакта с пациентом вплоть до того момента, когда он с ним расстается. Для врача среднестатистический пациент только некая “затравочная” модель клинического мышления, которую он постепенно развивает в ходе клинических вмешательств, руководствуясь интересами каждого больного в своем здоровье. Биомедик может допускать, что одни сопоставляемые им группы больных можно отнести к одному классу медицинских фактов, другие к другому, отвлекаясь от нюансов, присущих текущему состоянию каждого пациента в каждом клиническом случае. Но каждому врачу в каждом клиническом случае приходится в дополнение к этому принимать во внимание множество клинических нюансов. В биомедицинских исследованиях предполагается, что существуют *классы* пациентов, каждому из которых соответствуют некие классы “механизмов”, в которые врач вмешивается в ходе их врачевания. В клинических же исследованиях приходится считаться с тем, как врач в каждом клиническом случае считается 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. А исследователь биомедицинского толка, как правило, сильно упрощает ситуацию, в которой течет клинический процесс, и даже подвергает его некоторой деформации (условностям).

Документ, называемый ныне «историей болезни», является во многом изобретением Ар-Рази (Разеса)³⁸, который ввел его в систематическое употребление во врачебной практике для документальной фиксации специфики каждого клинического случая. Ныне этот документ называют чаще всего *картой стационарного больного* (очевидно, подчеркивая, что данный документ оформляется при пребывании пациента под прямым наблюдением врача - в стационаре) или *картой амбулаторного больного* (когда наблюдения врач записывает при амбулаторном посещении пациентом врача). В этих документах врач фактически отражает и компоненты врачебной индивидуации, на которые врач способен повлиять, и компоненты, на которые врач повлиять не в состоянии. Исследуя соотношение этих компонент, можно анализировать шансы на эффективное вмешательство или риски их неэффективности. Опыт целенаправленного такого анализа, полагаю, может быть полезен для развития клинической медицины в любой стране современного мира.

Непосредственно влиять на текущую психофизическую природу здоровья пациента можно *словом, лекарством и рукой*, приняв во внимание в первом случае его субъективные (личностные) переживания и способность контролировать свое состояние, во втором и третьем случае - 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 онтогенетически конституированным каждым пациентом реальным его способностям следовать интересам собственного существования, интересам своего здоровья. Среди всего прочего врачу приходится оценивать и степень готовности (объективной и субъективной) каждого

³⁸ 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.

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 *стратегию врачевания*, если это соответствует интересам каждого конкретного пациента. Во втором случае сама стратегия как бы становится в его глазах тактической схемой. Но общая стратегия – индивидуация врачевания в интересах здоровья каждого пациента - остается неизменной. И она не зависит ни от каких биомедицинских парадигм, которые являются лишь тактической схемой реализации этой универсальной стратегии. Стратегия индивидуации врачевания инвариантна относительно любых конкретных тактических парадигм и схем врачевания, известных врачу.

Таким образом, *на протяжении всего хода клинического обслуживания каждого пациента врач придерживается стратегии индивидуации врачевания, руководствуясь при этом принципом минимального вмешательства и стремлением к максимальному эффекту врачевания, ориентируясь интересами пациента в сохранении или восстановлении здоровья, следуя профессиональным возможностям и знаниям, которыми врач располагает, опираясь по возможности на опыт и советы коллег по врачебному цеху.* Эта парадигма и составляет основу науки врачевания, и она зафиксирована основных этических нормах профессионального поведения врача, в частности – в “Клятве” Гиппократов.

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 воплощается индивидуальная специфика (природа) каждого клинического случая, а из этой специфики конституируется соответствующая специфика каждого *профиля врачевания*. Могут существовать множество разнообразных профилей врачебного обслуживания населения, могут создаваться самые разные профили врачевания, но документирование каждого клинического случая в виде истории болезни остается фундаментальной составляющей клинической медицины как науки врачевания, 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 в максимальной мере сохранить и укрепить здоровье пациента, если тот здоров, и вернуть ему здоровье, если тот болен (*храня при этом и личные тайны каждого пациента*). Врач вовсе не обязан стремиться раскрывать весь ход своего мышления даже в этом основополагающем медицинском документе. Только то, что касается обоснованности выбора им (на основе существующих клинических знаний) конкретных профессиональных действий. Медицинская же наука эффективно развивается в той мере, в какой направляется профессиональной этикой врачевания и сосредоточивает свои усилия на достижении своих научных целей. Как наука медицина не обязательно напрямую обязана способствовать целям врачей любого профиля, то она определенно не должна создавать помехи в достижении ими этих целей. Каждый врач стремиться блюсти профессиональную этику независимо от того, как позиционирует клиническую парадигму *официальная медицина* – как сугубо гуманистическую, биомедицинскую или даже - биологическую. Но ясно, что лишь поддерживая это стремление врача, медицина в полной мере способна открывать человечеству то, что сокрыто в двойственной природе человека (что и выражено в факте психофизической недуральности этой природы). А в истории болезни врач, как и во времена Ар-Рази, документально фиксирует лишь то, что позволяет ему обезопасить себя и 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 им своего здоровья (если он здоров) и восстановлении им

своего здоровья (если он болен) сохраняет абсолютную силу при любом профиле врачевания. Каждый профиль врачевания лишь вносит в него свои нюансы.

Например, в педиатрии считается, что ребенок *не настолько компетентен в поддержании своего здоровья, как взрослый, поскольку де не сознает* его так, как сознает взрослый пациент. В частности, в педиатрии большую роль играет допущение, что здоровье индивида детерминировано не столько его сознательным выбором схем поведения в мире, сколько *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, например, организационных факторов, связанных с преобразованиями системы здравоохранения, которые определяют деятельность врачебных практик в рамках текущих социальных обстоятельств, переживаемых страной.

Давайте 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 (реализуемыми им в разных схемах поведения) и со стороны других субъектов, меняющих ход этого естественного 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 остающегося единой причинно-следственной цепью). Это, в частности, дает ясное понимание причин того, почему врачевание, будучи вмешательством в естественно продолжающийся процесс индивидуальной жизни каждого пациента, ценит опытное знание. Врачебный опыт позволяет врачу минимизировать вред от вмешательства в текущую природу пациента. При этом опыт всегда *однозначен* - в силу того, что он основан на некоем выборе внутренних определенностей - в соответствии с текущими *определенностями* обстоятельств выбора. 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 наиболее адекватный выбор врачебных вмешательств, проконтролировать их ход и терминировать их тогда и там, когда и где это целесообразно с точки зрения выгод для здоровья пациента.

Такое представление о процессах и естественной детерминации здоровья, и детерминации вмешательством врача в здоровье каждого пациента является традиционным для науки врачевания. И именно поэтому оно допускает различие биомедицинской парадигмы и парадигмы клинической, поскольку предполагает принципиальное различие биологического и клинического мышлений. Современный биолог мыслит в терминах, характеризующих и эволюцию, и физиологические процессы в живом организме. В обоих случаях биолог пользуется представлениями об адаптации организма как свойстве всех классов живых существ. Врач же занят изучением и врачеванием здоровья каждого пациента в отдельности, хотя и использует при этом биологические и биомедицинские знания. И использует он их в той мере, в какой это необходимо для нужд его клинической деятельности, строго считаясь с природой каждого клинического случая, с вовлеченностью в эту природу психофизически оформленных переживаний каждым пациентом своего текущего состояния здоровья.

Современный биолог придерживается теории естественной селекции Дарвина как основной движущей силы эволюции и различных моделей эволюционного развития адаптации, о чем биология судит, основываясь на методах квантификации биологических явлений с использованием теории вероятности и статистики. Для него объект исследования -

вид, то есть некоторый коллектив (множество) 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 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. Для биолога важно постижение обобщенного на весь класс смысла, врач же считает клинические смыслы зависящими от конкретных обстоятельств, с которыми он сталкивается в ходе врачевания каждого пациента. Поэтому даже если эволюционную биологию врач и воспринимает как занимательную область знания, само по себе, напрямую, это не влияет на предпринимаемые им клинические вмешательства. Разумеется, для *биологического объяснения* каждого клинического случая и, следовательно, для формулировки представлений о «биологических механизмах» состояний здоровья (нозологического мышления), без которых биомедицину нельзя представить, врач охотно привлекает биологические знания, в том числе - эволюционные.³⁹

Другой областью биологического знания, традиционно прямо влияющей на биомедицинскую ориентацию клинической медицины, является так называемая *медицинская генетика*, через которую проводит свое влияние клиническую медицину. 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 клиническими определенными обстоятельствами, связывая генетическое осмысление клинических явлений с наблюдаемым им течением каждого конкретного клинического случая. Отдельные клинические случаи можно группировать в множества (классы), следуя биомедицинскому осмыслению природной общности индивидов, входящих в это множество. Но это не отменяет клинической направленности врачебного мышления в каждом клиническом случае.

В рамках медико-генетического профиля биомедицинской парадигмы биолог может отвлечься от субъективных переживаний представителей исследуемого им класса. Поэтому биолог медико-генетического профиля проводит исследования так, что процессы, предполагаемые им протекающими без участия сознания, он считает синонимами процессов, генетически детерминированных, идентичных по биологическому смыслу по меньшей мере – в рамках его исследования. Он может считать генетически детерминированным (и 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 считает предметом одного и того же, а именно генетического, способа осмысления (подхода к осмыслению) фактов как *естественнонаучных*. Биолог изучает явления как групповое свойство индивидов (классов индивидов), и только в этих классовых рамках - как текущее состояние каждого индивида, отвлекаясь от индивидуальных нюансов его состояния. Разумеется, врач также может опереться на вероятностно-статистическое осмысление понятий, соотносимых с классом изучаемых им явлений. Но для него важно в каждом клиническом случае решать подобные вопросы, и решать исключительно в связи с клиническим осмыслением здоровья конкретного пациента - с тем, чтобы его сохранить, если тот здоров, восстановить, если тот болен. А этого он не может сделать, не приняв во внимание нюансы текущего клинического состояния каждого пациента в каждом клиническом случае. Поэтому применяемые им методы соизмеряются с достижимостью

³⁹ Заметим, что в 90-е годы получило определенную поддержку движение в области биомедицины, получившее название «эволюционной медицины». Некоторые исследования в этой области действительно позволили повлиять на некоторые врачебные практики. Но нельзя сказать, что энтузиастам этого направления удалось серьезно повлиять на общее восприятие врачами знаний о биологической эволюции человека.

целей врачевания в каждом клиническом случае и в интересах каждого пациента, а не только с интересами осмысления групповых биологических свойств больных. Врач занят поиском индивидуации врачевания, такой индивидуации, которая максимально (в текущих клинических обстоятельствах) была бы выгодна для каждого конкретного пациента.

Вероятностно-статистическая характеристика здоровья обслуживаемой врачом популяции с его точки зрения суть интегральный результат и естественной индивидуации здоровья, и индивидуаций врачевания в каждом клиническом случае. Врач вовсе не ограничивает себя усредненным представлением о свойствах обслуживаемой им популяции. Его врач может принять во внимание, а может и не принять, поскольку ему чаще всего приходится ориентироваться в своем выборе на собственный профессиональный опыт, а не опыт исследований биологов и даже не опыт биомедицинских врачей. В лучшем случае он может принять к сведению результаты каких-то единичных биомедицинских исследований популяции. Например, практики профилевого скрининга здоровья обслуживаемых врачами популяций даже в самых развитых странах мира все еще не носит постоянного характера. Например, в онкологии весьма развита практика маммологического скрининга, цель которой раннее выявление рака молочной железы. Но, решая проблемы скрининга, важно помнить о том, что около трети *первично* установленных диагнозов РМЖ может отступить без врачебных вмешательств.⁴⁰ Следовательно, в рамках практики скрининга приходится считаться с тем, что далеко не все проблемы рака решаются прямыми врачебными вмешательствами, а становятся предметом естественной индивидуации здоровья каждого пациента, которой и должна, очевидно, способствовать профилактическая медицина и так называемая “медицина здоровых” (которую еще в СССР называли валеологией).

Биологу живой индивид интересен прежде всего как статистический вариант (пример), представляющий определенные свойства некоторого множества исследуемых им индивидов (класса). Вероятностно-статистические свойства множества он рассматривает как стороны одного класса изучаемых им явлений, которые можно принять во внимание при изучении популяций. Биомедицина толкует здоровье популяции и его характеристики прежде всего именно с этой, биологически усредненной, точки зрения, оставляя в стороне то, что эти характеристики могут быть и 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*. Любопытно, что понятие фенотип даже в среде биологов толкуется по-разному. С точки зрения такого авторитета среди биологов, аковым является Э. Майр, каждый биологический индивид являет собой целостный объект, и его следует рассматривать как фенотип. Так биологическая мысль к концу 20-го века уперлась в границы, за которыми начинается врачебное, клиническое мышление. С точки зрения врача с биологическим уклоном восприятия целостной (психофизически единой) природы пациента, эта природа и является его уникальным фенотипом. То есть даже врач биомедицинского толка фактически рассматривает геномы всех клеток организма каждого пациента как часть его фенотипа, а функционирование и преобразование их геномов в ходе онтогенеза, регулируется целостным фенотипом. В организации же мозга с его точки зрения (в рамках нейрофизиологического восприятия им природы пациента) сокрыты представления частей этого фенотипа (см. подробнее ниже).

Согласно медико-генетической точке зрения, причина любого фенотипического явления детерминирована функционированием генов. То есть она сокрыта от непосредственного восприятия, но эту причину можно *позитивно* актуализировать лабораторными методами исследования. Классический же врач мыслит здоровье *апофатически*, не особенно заботясь о том, чтобы выявить сами “факторы здоровья” в позитивных параметрах состояния пациента. *Для врача эти апофатически мыслимые факторы не менее позитивны, чем*

⁴⁰ Aschwanden C., 2009; Welch H.G., Passow H.J., 2014.

*объективно фиксируемые биологом лабораторные признаки.*⁴¹ Он сосредотачивает свое внимание главным образом на клинических проявлениях болезни. И 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, эволюционным прошлым, с которым связана природа каждого индивида. С этой позиции каждый представитель текущего поколения живых существ – лишь звено в непрерывной цепи поколений, и, если он оставит потомство, то тем самым данное единичное звено неизбежно сменится его потомком. Биолог может допустить, что естественный отбор сводится к модификации стартового фенотипа индивида следующего поколения – зиготы. Зиготу же он может представить как комплекс гено-фенотипических причин, детерминирующих ход онтогенеза, и эти причины он может *позитивно* наблюдать в исследованиях генома и фенотипически квантифицировать. Биолог доверяет только позитивно выявленным признакам. С его точки зрения следует принимать во внимание именно биологически *существенные*, позитивно выявляемые и фиксируемые *определенные* свойства живого объекта.

Биомедицинская парадигма следует аналогичным представлениям, она считается с определенными аспектами детерминации фенотипически фиксируемых свойств индивида - клинически (позитивно с врачебной точки зрения) регистрируемых особенностей течения болезни. Психофизически переживаемые пациентом свойства заболевания (следовательно, и клинически регистрируемые) врач с биомедицински ориентированным клиническим мышлением рассматривает как следствие определенных причин болезни, которые он должен устранить. С классической же клинической точки зрения врачевание как устранение причин болезни предполагает влияние на неопределенную сеть причинно-следственных определенностей, что позволяет устранить клинически значимые феномены переживаний пациентом болезненного состояния, в чем он и заинтересован. В признаках болезни являет себя болезненная, психофизически целостная природа индивида. Биомедицински целостную природу каждого пациента можно трактовать как сложное уникальное единство позитивно регистрируемых генетических и фенотипических факторов, выступающих как сложное единство причин и следствий, определяющих клинику переживания пациентом состояния своего здоровья. Причины и следствия в этом сложном комплексе могут меняться местами. Например, с клинической точки зрения из того, что болезнь сопровождается позитивно регистрируемым изменением генетических структур организма, еще не следует, что именно эти структуры и являются причиной болезни. Для врача эти структуры – часть единого психофизически переживаемого пациентом фенотипа. В том числе – фенотипа, скрытого в структурно неопределенной части целостной природы пациента, с которой врач как профессионал не может не считаться. Биологическое мышление может позволить себе оперировать некими классами как последними реальностями, позитивно воспринимая их в данных своих исследований, считаясь с “существенностью” этих классовых признаков. Врач же далеко не всегда может там же остановиться, предполагая, что эти признаки выражают условно реальную природу пациента. Для принятия профессионально грамотного врачебного решения таких допущений чаще всего оказывается недостаточно.

Примеры. Рассмотрим три примера.

⁴¹ *Онтологическая относительность проявляется в кажущейся апофатичности философского мышления. Если это осознать, что нет и никакой “тайны”, с которой имеют дело практические науки. Просто в практических науках позитивное и апофатическое, явное и тайное и т.п. – все эти понятия лишь фиксируют исходную дихотомию мышления. Эта дихотомия как бы и определяет онтологию каждой области знания, в том числе - каждого специального профиля в рамках одной и той же области познания.*

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 или даже обобщениями в рамках соответствующей врачебной практики. Врач принимает во внимание самые разные факторы риска возникновения ЯБ, исходя из особенностей каждого клинического случая. Он собирает анамнестические данные о длительных и часто повторяющихся нервно-эмоциональных перенапряжениях (стрессах), наследственной (конституциональной) предрасположенности к длительному и стойкому повышению кислотности желудочного сока, о злоупотреблении крепкими алкогольными напитками, применении нестероидных противовоспалительных препаратов (НСПВП), может определить 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).

2. Больше ошибкой является допущение, будто *Helicobacter pylori* является причиной рака желудка на том основании, что мы часто находим эту бактерию в больном органе. С точки зрения клинической парадигмы это допущение основано на грубом толковании причинности 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 это не значит, что эффект 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. Их наличие может оказаться как причиной ЯБ, так и следствием развития этой болезни.

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 – лишь одна из возможностей 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, это 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 текущего состояния каждого пациента.

Биолог вправе полагать, что в ходе эволюции происходит естественный отбор геномов, как это и толкуют неodarвинисты, и что 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 *внутренним выбором* линии поведения, обнаруживая способность детерминировать свои действия в мире с учетом характера восприятия им текущих в собственной природе и в Остальном мире обстоятельств,

вливая на общий ход текущего онтогенетического единения с Остальным миром.⁴² Внутренний человеческий выбор оперирует этическими категориями, которые в социуме могут оценивать как проявление “трусости” или “мужества”, “воли” или “безволия”. 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 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 не критически, без их смыслового преломления в рамках клинической парадигмы. Но этого вольно или невольно избегают опытные врачи, с

⁴² 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.

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 жизни⁴³).

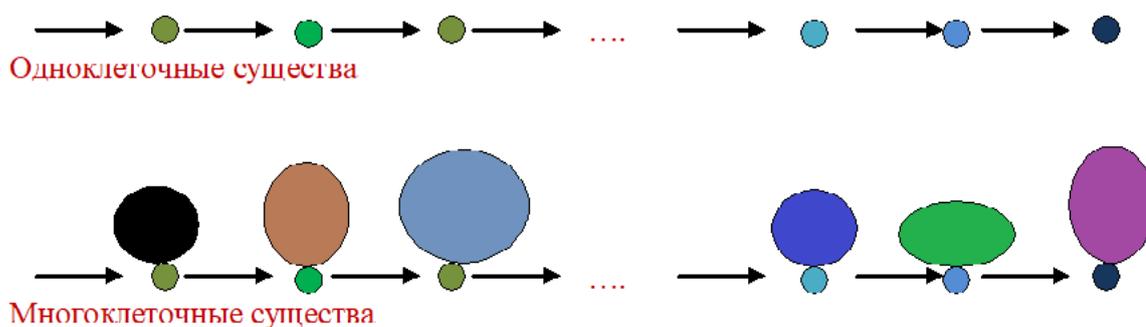


Рисунок 3. Сопоставление онтогенеза и филогенез живых существ. Из схемы проясняет также содержательно представление о целостной природе фенотипа. Подробнее в в тексте.

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

⁴³ 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.

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*.

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 теоретическим каркасом 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, вынуждающую индивид приспосабливаться к изменениям в ней, тогда как ламаркизм сосредоточен на том, что природа творит через стремление каждого индивида к совершенству, данное в его разуме. Дарвинизм смотрит на онтогенез как на объект эволюции, действующей через соматический (фенотип) путем случайных изменений в наследственном материале, ламаркизм смотрит на онтогенез и эволюцию как объект творческого поведения самого индивида в среде – через его разум.

Клиническое мышление в этой ситуации на стороне теории эволюции по Ламарку, поскольку оно сосредоточено на *текущем состоянии (психофизиологически) целостной природы каждого пациента*, на его *текущем габитусе*. Текущее состояние опирается на филоонтогенетический опыт адаптации, то есть на состоявшиеся ранее (актуализированные) определенности, канализующие возможные габитусы, готова, мобилизуя их к актуализации в следующие моменты будущего. Разумеется, при этом никто не мешает врачу принимать во внимание любые установленные смежными научными дисциплинами факты, в том числе - установленные в рамках дарвинистской биологии. Но напрямую руководствоваться ими врач не может, поскольку те несут в себе сугубо дарвинистское смысловое наполнение (эти факты мыслятся лишь как следствие *внешнего* давления *объективно* навязанных каждому индивиду факторов отбора). Врач же руководствуется интересами здоровья *каждого* пациента, его текущим, психофизиологически конституируемым в ходе стихийной (естественной) индивидуации и *субъективно* переживаемым им состоянием его *внутренне* целостной природы, габитусом. Дарвинизм мало интересуется единичной судьбой индивида, он мыслит множествами живых существ, то есть индивидами, группируемыми в классы по интересующим дарвиниста признакам и свойствам. Врача же интересует конкретный пациент, конкретный человек, чей

онтогенез является собой процесс формирования уникального по своей природе, сложного многоклеточного существа. Врача волнует судьба конкретного пациента на протяжении всего хода врачевания, он профессионально вовлечен в поддержку его онтогенеза. Его задача - смягчить воздействие на его единичную природу факторов естественной селекции с тем, чтобы в максимально мере поддержать его существование, здоровье. С точки зрения врача представление об эволюции должно включать устойчивость природы *каждого* индивида - потенциального пациента - перед факторами естественной селекции. Это означает, что смысловое наполнение понятия эволюции с врачебной точки зрения не предполагает ограничения интересов познания представлением о природе индивидов лишь как объектов эволюции. Врач считается с субъективной заинтересованностью каждого индивида в сохранении, укреплении и развитии здоровья, то есть именно тем, что составляет суть самого стремления не только к выживанию, но и к лучшему выживанию на основе совершенствования субъективных оснований сохранения, укреплении и развитии здоровья. Это значит, что медицина как наука вовсе не ставит цель упразднить действия естественной селекции и ставит под сомнение миллионы лет дарвинистской эволюции человека. Социал-дарвинизм нередко упрекал врачей в том, что те фактически идут против эволюционной природы человека. В действительности же в деятельности врача не только выражает себя социальная природа эволюции, не только фиксируются, индивидуализируются, но и максимизируются ее достижения. В медицине лишь специфическим образом преломляются эволюционные достижения вида *homo sapiens sapiens*, но не упраздняются.

Любой индивид воспринимает собственную телесность. И воспринимает ее и переживает психофизически как сложную определенность. Вместе с тем индивид воспринимает и определенности Окрестного мира, воспринимает как сущности, бытийно примыкающие к его текущей телесности. Выбирая линию своего поведения, непосредственно ориентируясь на обстоятельства внешнего мира и на обстоятельства внутренние (опираясь на них как на источник собственных способностей и возможностей), каждый индивид тем самым однозначно детерминирует ими собственную текущую природу на каждой последующей фазе онтогенетического развития как исходными обстоятельствами в мире и внутри своей единичной природы. Таким образом, с одной стороны эта однозначность опирается на определенный эволюционный опыт, непосредственно доставшийся ему от родителей и воплощенный в генетически детерминированную телесность его природы. К эволюционному опыту он добавляет опыт собственного онтогенеза, воплощая в свою текущую телесность в ходе всего предшествовавшего онтогенеза, не сознавая этого опыта. С другой же стороны эта однозначность опирается и на опыт, сформированном в ходе его онтогенеза на основе его 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 с психофизически конституированными переживаниями им своего текущего существования.

Так, каждый индивид воплощает в свою актуально текущее природное телесное существование и эволюционный и онтогенетический опыт, зафиксированный в исходном геноме и индивидуально реализованный им в текущем собственном психофизическом фенотипе, применяя тот и другой опыт в ходе своего онтогенеза с учетом текущих внутренних и внешних обстоятельств. Следовательно, траекторию каждого онтогенеза можно считать цепочкой гено-фенотипически фиксируемых результатов внутреннего *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. Фенотип индивида направляет реализацию генотипа, канализует ее реализацию при участии сознания, возглавляющего его поведение. То есть смысл генетического кода зависит не только от генетически закрепленного эволюционного опыта, но и от того, как он расшифровывает индивидом

посредством применения им своего текущего фенотипа и применения им обстоятельств внешней среды, что и канализует дальнейшее становление фенотипа индивида. То есть индивид, регулируя свое поведение, фактически направляет каждый последующий шаг развития его текущей, генофенотипически организованной целостной природы. Для индивида важен сам факт текущего выживания его как целостной индивидуальной природы. Поэтому траектории онтогенеза, фенотипически реализуемого индивидом алгоритма выживания, могут различаться между собой при одинаковых геномах и могут быть сходными при несходных геномах. Следуя стратегии *сосуществования* с текущим миром (стратегии адаптации), каждый живой индивид потенциально способен варьировать функционированием и элементами своего текущего фенотипа, и элементов своего генома (как элемента текущего фенотипа), и объектами непосредственно доступного ему Окрестного мира. Иными словами, *адаптация как стратегия существования клетки инварианта относительно преобразования и функционирования*⁴⁴ *ее генома.*⁴⁵ В многоклеточном теле живого индивида этот принцип, распространяясь на все клетки, составляющие его телесность, несколько модифицируется: *адаптация как стратегия существования многоклеточного живого тела инварианта относительно преобразования и 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, орган управления *текущей* психофизически целостной природой индивида. Эволюция позаботилась о том, чтобы наибольшей жизнеспособностью были наделены индивиды, чей мозг способен наиболее оптимально направлять активность геномов составляющих его телесность клеток в интересах максимизации вероятности выживания индивидов. Мозг обеспечивает поведение целостной организации, как бы улавливая «алкмеоновы начала» (или целостности, если следовать терминологии Смэтса), и наделяет их смыслами (и соответствующими степенями) текущего *благополучного* или *неблагополучного* сосуществования индивида с Остальным миром. Естественнаучное представление о мозге как органе самоорганизации живой телесности⁴⁶, казалось бы, делает излишней древнее представление и природе наследственности, которое, в частности, нашло свое оформленное и в трудах Дарвина, в его гипотезе “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 вполне мог уже постулировать направленное влияние соматических клеток на наследственные свойства половых клеток. Мы же живем в эпоху нейронаук. Все нейронауки прямо или косвенно основаны на идее, согласно которой мозг возглавляет (следовательно, регулирует) процессы самоорганизации многоклеточной телесности индивида.⁴⁷ Вообще же говоря, нет и иной

⁴⁴ Разумеется речь шла о *фенотипически детерминированном функционировании* генома клетки в составе многоклеточного тела.

⁴⁵ Кутлумуратов А.Б., 1991, 1992; 1993; Бекчан А. (Кутлумуратов 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 намеренно, то ли допустив опечатку, убрала слово “*преобразования*” из данного тезиса. Редакция не отреагировало на письменное требование автора исправить эту “погрешность”, непосредственно покушавшуюся на его авторское право. В депонированной статье 1991 года, в статье 1992 года, в автореферате диссертации (1993 г.) и первой книге трилогии “Физическое тело человека” этой погрешности нет.

⁴⁶ Хакен Г. (Haken H.), 1996.

⁴⁷ 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

возможности, кроме как *объективно* рассматривать любой живой процесс как явление самоорганизации (то есть как канализованный процесс), основанное на наследовании. Фактически это означает, что функция мозга - направлять процессы наследования в пределах живого многоклеточного индивида.

В прежних трактатах мы также касались природы наследования. В рамках данного цикла я не стремился к подробному рассмотрению явления наследования. Отмечу только, что все известные критики гипотезы “пангенезиса” основаны на определенных, следовательно - не бесспорных, столь же *гипотетических*, допущениях. Назвать же полноценными попытки *экспериментально* ее опровергнуть нельзя. Эксперименты в лучшем случае могут лишь подтвердить или не подтвердить гипотезу в рамках условий их проведения. Мы еще вернемся к этому вопросу в третьей книге нашей трилогии, в ходе дальнейшего прояснения природы функции и явлений самоорганизации. Пока же будем кратки в своих утверждениях.

В ходе самоорганизации индивида некоторые фиксируемые (благодаря регулирующему влиянию внутренних и внешних факторов естественного отбора) свойства процесса самоорганизации 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 *позитивно* фиксируется некий онтогенетический опыт, становящийся основой последующего положительного или отрицательного (что зависит от обстоятельств естественной селекции) онтогенетического опыта. *Позитивность* (определенность) всякого опыта выглядит как наследование благоприобретенных признаков. Поэтому в том, что ламаркизм можно по-прежнему рассматривать как полноправный вариант теории эволюции (наряду с дарвинизмом), нет ничего удивительного. Что касается дарвинизма, то это - лишь одна из версий рассмотрения этого явления, рассмотрения с определенного философского ракурса, которая объясняет в рамках этого ракурса явления эволюции и происхождения существующих ныне форм наследования.

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, используемыми для выживания индивидом, в том числе и на опыт развития соматических и половых клеток. Выражается

«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?

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, *позитивно* 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 единства внутренних, психофизически переживаемых определенностей с воспринятыми определенностями Остального мира.* Целостная природа индивида, конституируемая при участии сознания, потенциально способна варьировать любыми внутренними структурами – фенотипическими и генетическими, которые являются частями гено-фенотипически единой его природы. Так реализуется аристотелевская причинность - когда природа целого детерминирует природу его частей. Гипотеза “Пангенезиса” являет собой “биологизированный” вариант аристотелевской причинности.

Мозг в широком смысле слова можно рассматривать как «ядро» самоорганизации индивидуального бытия в мире. То есть считать, что его структуры *представляют* 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 текущую Целостную определенность собственной природы. Такая способность являет себя, в частности, в психофизической природе регуляции поведения индивида в мире. Факторы естественной селекции реализуются в актах внутреннего выбора индивидом направлений хода своего онтогенеза, воплощаясь в анатомо-физиологическое единство его телесных определенностей и локальные модификации определенностей средовых обстоятельств.

7. Врачебная индивидуация и профильные разделы медицинской науки

Социальные институты и здоровье. Итак, *клиническая медицина как наука врачевания, будучи практической наукой, является областью знания, развивающей для каждого врача его возможности в каждом клиническом случае, в интересах каждого пациента максимально успешно помогать ему сохранить, укрепить и восстановить естественную онтогенетически оформляемую индивидуацию его здоровья.*⁴⁸

Естественный ход онтогенетической индивидуации природы здоровья каждого пациента поддерживается и возобновляется в соответствии с текущей политикой социального благоприствования его жизнеспособности, реализуемой каждым социумом в соответствии с природой Окрестного социума мира. 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 его способность поддерживать естественное

⁴⁸ Kutlumuratov A.B. (2020), vixra:2001.0576v1.

течение 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, способно в той мере, в какой готово поддерживать приоритеты развития практик взаимопомощи в социуме, не допуская разгула эгоистических инстинктов личного благополучия. Члены социума находят критическую поддержку такого рода в профессиональной деятельности врачей - лиц, чьи специальные знания и навыки объединены в возможности профессионального врачебного сообщества поставлять нуждающимся в специальной врачебной помощи членам обществу соответствующие услуги. Благодаря 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. Профессиональные способности врача в максимальной мере можно реализовать в обществе, ценящем носителей врачебного искусства, готовом обеспечить им лучшие возможности для осуществления своей профессиональной деятельности. На врачей же накладывается профессиональная ответственность, которую может оправдать лишь профессиональная политика врачебного сообщества, отвечающая ожиданиям социума.

Социум может влиять на врачебную деятельность, сдерживая нездоровую мотивацию врачебной деятельности, особенно среди «профессиональной элиты», которая нередко позиционирует себя едва ли не как собственника профессиональных («профильных») сфер врачевания. В таком обществе врачебное сообщество отдаляется от своего изначального назначения, и в нем могут получить хождение идеи, не соответствующие назначению врачебной деятельности. Медицина перестает быть практической наукой, поддерживающей жизнеспособность общества (социальное здоровье) в максимально возможной полноте и становится сферой «бизнеса». Такая медицина перестает развивать себя и как науку *теоретическую*, и как науку *естественную* (биомедицинскую), тем более - как науку *практическую*.

Вместе с тем, если медицина на официальном уровне рассматривается только как область практического применения знаний, приобретенных немедицинскими сферами науки, то она перестала быть самостоятельной наукой. Для примера достаточно вспомнить о том, 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 потерей моральных ее оснований. Эта потеря может быть восполнена не филантропическими заявлениями, каких теперь много в постсоветских странах, плохо имитирующих социальное и экономическое благополучие стран Запада⁴⁹, 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 - не только отсутствием болезней и дефектов, но и психическим, физическим и социальным его благополучием.

Индивидуация врачевания сводится к оказанию профессиональной помощи больному с максимальной выгодой для его здоровья - к поддержке его способности направлять естественную индивидуацию 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 его члена. Выражает в той мере, в какой социум и сообщество врачей готовы поддерживать и развивать медицинскую науку и

⁴⁹ Благополучие этих стран во многих отношениях является лишь обратной стороной неблагополучия остальной планеты.

социальный институт здравоохранения как “ядро” самоорганизации врачебной деятельности.⁵⁰

Вообще говоря любой социальный институт, любая социальная практика являются собой поддерживаемый социумом профессионально организованный ресурс социальной поддержки естественной индивидуации здоровья каждого его члена в ходе онтогенетически оформляемого и психофизически реализуемого им выбора поведенческих решений. Соответственно 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), поддерживать его природные (в том числе – генетически обусловленные) алгоритмы здорового индивидуального развития и восстанавливать его здоровье при его утере. Профессионализм врача любого профиля состоит в его умении оптимально поддержать природную (генетически детерминированную) индивидуацию здоровья в ходе оказания врачебной помощи каждому пациенту, максимально сохраняя его здоровье (если он здоров) и восстанавливая его здоровье (если тот болен).

О регулировании психофизического единства - сознания и поведения. Невозможно в принципе отделить (в той или иной мере сознательный) *выбор* индивидом схемы своего текущего поведения от самого *хода* ее *реализации*. То и другое непосредственно примыкают друг к другу. Примыкают определенным образом: во внутреннем (в той или иной мере сознательном) выборе индивид ориентируется, а определенностями поведения – реализует определенное примыкание. Это означает, что мысль контролируется лишь относительно ее реализации – и как *намерение* реализовать определенное примыкание, и как модификацию намерения в ходе ее реализации. Поэтому всякое текущее поведение включает и феноменологические, и физические (телесные, пространственно-временные) 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 психофизически целостной целостности. Мысль, как внутренне детерминированный выбор (намерение) генерирует в телесности индивида то, что мы называем “энергией” (способностью совершить определенное действие в мире), и направляет эту энергию на активизацию определенных “сетей” его текущей телесной организации. Вместе с тем автоматизм предполагает, что текущий ум как бы *может не вмешиваться* в совершаемое действие (в определенность ее структуры), в силу чего мы и называем его “автоматизмом”. Но мысль *может и вмешаться*. В этом “может” и обнаруживается определенность отношения автоматических действий к сознанию. Социум некоторым определенным образом направляет выбор “автоматизмов” и вмешательств/невмешательств ума индивидов в совершаемые ими действия. Различные общества с доисторических времен по сей день практикуют ритуалы, посредством коих они вовлекают определенные психофизические способности своих членов к духовным переживаниям (духовную настройку своей психофизически целостной природы) и осуществлению физических действий (воплощению внутренне переживаемых представлений о положении дел в мире в текущую природу своих тел). Переживания часто носят при этом характер *медитаций*, например, молитв, а физические действия – стандартных, ритуальных *действий*, реализуемых в определенных обстоятельствах.

Особое место в ряду этих практик занимают монотеистические религии – буддизм, ислам и христианство. В их рамках обобщены (в каждой по-своему) способности человека практическому овладению им своей текущей, психофизически единой природой в условиях социальной жизни. Эта функция верования присуща и примитивным духовным практикам. Указать на какое-либо принципиальное преимущество одних мировых религий перед другими невозможно. Многое зависит от личностных качеств духовных лидеров, благодаря

⁵⁰ Кутлумуратов А.Б., vixra.org. 2404.0042v1.

коим они являют прихожанам свою готовность следовать собственным проповедям. В рамках каждой из этих верований, человек психофизически по-разному переживает и мир, в котором он живет, и собственное существование в нем, приноравливаясь и к определенностям конкретной природной среды, и к текущей природе своей телесности. Для него многое зависит от переживаний текущей жизни как отдельного члена данного сообщества. И с этой точки зрения буддизм не имеет преимуществ по сравнению с христианством и исламом. Практика медитаций в каждой из них совершенствуются веками, и нюансируется в соответствии с теми вызовами, с которыми общество сталкивается на различных этапах жизни. В конечном счете, эти практики развиваются, соотносясь с образом жизни социумов.

Мировые религии, имеют свои нюансы, но в целом их назначение одно и то же: в них являет себя *феноменология* социального оформления в рамках социума психофизических переживаний человеком своей текущей психофизически целостной природы. Поэтому прежде чем придавать некий особый характер опыту каждой религии, следует помнить, что особенности этого опыта определяются нюансами воспроизводства психофизической природы представителей общества, поддерживаемая соответствующей спецификой религиозной практики и отвечающая вызовам, с которыми общество сталкивается в ходе своего становления. Попытки придать тому или иному верованию некую особую роль в психофизическом воспроизводстве современного человека (как это делал, например, Франциско Варелла в отношении буддизма) с рационалистической точки зрения ничем не оправданы. Каждый человек выбирает систему убеждений, веру, на которой основывает свое психофизически целостное существование, исходя из жизненной ситуации.

В целом же, любая система верований включает в себе психофизически определенный, исторически обусловленный опыт организации духовных практик в данном обществе. Ни одна из них не обходится без практики *медитации* и ритуальных действий. Каждый конкретный человек нуждается в духовной поддержке в той мере, в какой того требуют вызовы реальности, с которыми общество имеет дело на текущем отрезке пути своего становления, и в какой он сам испытывает потребность в ходе социального и физического онтогенеза.

Ритуалы входя в систематически поддерживаемые религиозными практиками акты медитации (молитвы). В обыденной жизни этот факт являет себя в склонности людей к внушению и со стороны лиц, обслуживающих ритуальные практики, и к самовнушению. Люди нередко сами формируют некую личную практику ритуальных действий, которые приобретают иногда патологический характер, доставляя им не только моральные страдания, но и формируя в их текущей природе недуги физического (телесного) порядка. Ритуалы являют собой некие “технологические стандарты”, а их адекватный выбор и реализация обеспечивают ту или иную степень психофизического благополучия личности.

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 поведения членов сообщества регулируется, таким образом, духовными практиками, которые могут одобрить или не одобрить тот или иной алгоритм выбора ими своих линий поведения, актуализирующей их природу (физичность).

Наука как социальный институт познания стремится к рациональному обоснованию и выработке технологий выбора линий поведения, технологий, которые реализуют соответствующие профессиональные практики. Противоречия между наукой и религией возникает лишь тогда, когда представители этих практик отходят от их рационального назначения или если в ходе развития социума применяемые ими технологии перестают отвечать интересам стабильного существования социума (социального здоровья), становясь формальными ритуалами. Высшие чиновники современной официальной медицинской науки и здравоохранения привыкли позиционировать врачебную деятельность в рамках

биомедицинской парадигмы, напоминая античных жрецов, высокомерно относившихся к профессиональным врачам. С их точки зрения медицинская наука вершится в лабораториях, реализуется в диагностической технике и технологиях врачевания, усвоенных в именитых научных центрах мира. Но правда состоит в том, что именно врачи представляют подлинную медицину как практическую науку. Именно они используют в интересах здоровья каждого конкретного пациента различные уместные в каждом клиническом случае парадигмы. Специфика их профессионального мышления такова, что врачи не могут заменить клиническую парадигму самыми модными парадигмами, с каких бы официальных трибун они им ни навязывались. Это относится и к биомедицинской парадигме, которая при всей глубине ее проработки суть лишь одно из средств индивидуации врачевания: клиническое мышление отнюдь не сводится к анализу версий о “биологических механизмах”, определяющих текущее состояние здоровья пациента.

О технологических стандартах врачевания. Стандарты (технологии) врачевания – и в рамках врачевания различного профиля, и здравоохранения в целом - составляют научно обоснованные ресурсы индивидуации врачевания. Врач любого профиля стремится использовать соответствующие стандарты с максимальной выгодой для здоровья каждого пациента в каждом клиническом случае, направляемый профессиональной интуицией. Профессионал же любой немедицинской социальной практики вовлечен в поддержание естественного текущего и психофизически переживаемого человеком-потребителем данной практики благополучия. Это означает, что толкование статистики здравоохранения должна предполагать, что любые профильные *показатели здоровья* в любой популяции определяются с одной стороны усилиями врачей соответствующего профиля системы здравоохранения, обслуживающей популяцию, с другой – результатами естественной онтогенетически оформляемой индивидуации природы каждого члена социума, поддерживаемой остальными социальными практиками. В конечном же счете, любая местная система здравоохранения имеет дело с психофизически организованным в рамках социума онтогенетическим процессом, в ходе чего развивается природа здоровье каждого человеческого индивида как потенциального пациента.

Таким образом, толковать статистические показатели адекватно можно только как интегральный результат специального сопровождения онтогенетического развития членов популяции, причем каждая из популяций должна рассматриваться не просто как статистическое множество индивидов, а как *система человеческих личностей*.⁵¹ Иными словами, популяционные показатели человеческого здоровья выражают степень успешности, с которой каждая популяция (как система личностей) справляется с вызовами жизнеспособности каждого ее члена, психофизически воплощая возможности общества к максимально полное воспроизводство здоровья его членов.

Успех этот во многом определяется способностью врачей-профессионалов адекватно использовать врачебные стандарты, развиваемые на основе научных знаний для максимальной поддержки здоровья каждого индивида социума, если тот здоров, и восстановления его здоровье - если он болен. Любое же профильное научное медицинское знание опирается на три основных типа научного мышления – *теоретическое* (в частности, философское), *естественнонаучное*, или *эмпирическое* (в рамках различных парадигм) и *практическое* (в рамках специальной врачебной поддержки естественной индивидуации здоровья пациентов). Более того, не только каждый отдельный врачебный профиль, но и каждое направление медицинских научных исследований (каждой определенной сферы врачевания, которая может быть выделена из разных парадигмальных соображений) по-своему конституирует единение этих типов мышления в ходе научного творчества.

⁵¹ О любой человеческой популяции мы можем судить как о системе личностей, обладающих индивидуальной природой, с которой считаются профессионалы любых социальных практики в рамках своей деятельности.

Теоретическое мышление в клинической медицине. Поньше немало профессионалов, уверенных в том, что клиническая медицина – исключительно опытная наука. Но без теоретического мышления не было бы развития клинической медицины, без них нельзя было бы ставить вопросы прогнозирования развития различных направлений исследований и осмысленно ставить медицинские проблемы – как в целом, так и внутри отдельных профилей. Диапазон теоретических осмыслений в рамках медицинской науки чрезвычайно широк и охватывает практически все области знания – от философии медицины и организации здравоохранения до отдельных профилей врачевания. Здоровье как познаваемый феномен мыслится во всем многообразии реальности, доступной восприятию человеческого сознания. Современная философия науки определяется не добросовестным стремлением профессионалов эффективно познавать свой объект, мир в целом и самого человека в интересах человеческого развития. На это стремление накладываются интересы отдельных социальных групп, стремящихся взять под контроль рычаги управления официальной наукой, что неизменно сказывается на поведении так называемой “научной элиты”. Соответственно это поощряет культивированию жреческих тенденций в самой науке, что ведет к извращению тенденций ее развития, влияет на ее философию, а в конечном счете – на исследовательские практики. Пока речь идет о теоретических и естественных науках, изучающих классы объектов, этому несложно найти рациональное оправдание в принципе нейтральности знания, в его якобы независимости от субъективных побуждений познающих людей. Но в науках практических, к числу коих и относится медицина, этот принцип оказывается лишенным сколь-нибудь серьезных оснований.

Теоретическую медицину, ее философию в большинстве стран современного мира, как правило, развивают лица, либо имеющие образование, далекое от профессионального врачевания, либо врачи, коих «элита медицины» держит подальше от регулярной вовлеченности в профессиональный процесс. Существует некое негласное оправдание этой практики в том, что в основе успехов медицины лежит некая узкая профилизация познания. Между тем успешно развивать науку врачевания и врачебные практики можно только на основе медицинской философии, развиваемой самими врачами. Профессиональные философы привносят в медицину философские проблемы извне, из неких неконтролируемых медицинским сообществом трансдисциплинарных сфер. Это создает почву для незаметной трансдисциплинарной агрессии, чем в условиях диктата рынка пользуются группы, заинтересованные в перехвате рычагов управления официальной медициной и превращения ее в сферу интересов бизнеса в ущерб интересам пациентов. С подобной агрессией мы имеем дело, когда представители официальной медицины (как правило, наделенные высокими научными регалиями) преподносят биомедицинскую парадигму как статусную основу научной медицины. Биомедицинская парадигма захватила ныне почти все пространство философии медицины, стремясь теперь подмять под себя и саму практику врачевания. Между тем именно в рамках практики врачевания и развивается подлинная философская основа медицинской науки – клиническая парадигма, провозглашенная еще Гиппократом.

Основу философии медицины традиционно составляют онтология и эпистемология клинической медицины. На них зиждется пропедевтика клинической медицины – и в целом, и в рамках отдельных клинических дисциплин, они и создают многообразие клинического мышления. В потоке этого многообразия врачевание достигает своих целей, строго следуя принципу максимизации здоровья в интересах каждого пациента. Основная цель врачебной пропедевтики – обучение каждого врача умению максимально адекватно постигать текущую природу каждого больного в каждом клиническом случае.

Собственная теория, в частности, философия, необходимы медицине, прежде всего для сохранения ею надежных ориентиров 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, прячущейся в человеческом обличье так называемых “сильных мира сего”. На Нюрнбергском процессе был разоблачен нацизм как античеловеческая политическая догма.

Вместе с тем врачи впервые продемонстрировали на этом процессе миру этические возможности своей профессии, позволявшие ей достигать самых высоких целей врачевания в разные исторические эпохи, возможности, осознанные еще древними врачевателями. Фактически Нюрнбергский процесс показал, что медицина достигает своих целей лишь в том случае, если следует основным этическим идеалам, сформулированным, в частности, в “Клятве” Гиппократов. Это означает, что идеалы науки врачевания можно защитить в полной мере лишь в рамках соответствующей философии самой медицины. Никакие философские доктрины иных сфер познания, включая биомедицинскую парадигму, привнесенную биологией, не могут обеспечить должной полноты науки о врачевании человека. Все профильные доктрины связаны между собой и совместимы в рамках клинического мышления, если оно в интересах здоровья каждого пациента.

Естественнонаучное мышление в медицине (биомедицинская парадигма). Во-первых, согласно парадигме естественных наук, исследование реальности предполагает, что природа реальности такова, какова есть на самом деле, то есть природа познаваемого объекта не зависит от субъективных желаний познающего. Эта природа познаваема в *опыте непосредственного* взаимодействия человеческого ума с нею. Стало быть, и знание о природе объекта не должно быть субъективным.

Во-вторых, познание природы реальности может быть явно или не вполне явно основано на допущении, что миром движет необходимость, скрывающаяся за кажущимся случайным «ходом вещей». Следовательно, воспроизводя локальные условия опыта, мы воспроизводим и сам познаваемый ход вещей. Поэтому всякая *случайность* может быть осмыслена в рамках *всеобщей необходимости* и необходимости, обусловленной локальными познаваемыми причинами. Согласно позитивизму, естественные науки изучают структуру (онтологию) необходимости в природе исследуемых ими объектов, устанавливая различные ее локальные нюансы, что и дает человеку возможность использовать знание о реальности с различными выгодами для человеческого существования.

В-третьих, продвигая различные цели познания, естественные науки опираются на интуицию исследователя, непосредственно (*позитивно*) усматривающую смысловые определенности, кои мысль стремится использовать в качестве оснований для создания разнообразных интересующих человека моделей реальных объектов. Поэтому, если рассматривать медицину как естественную науку, то кажется вполне резонным, что природа человека может быть описана в терминах позитивизма, положительного знания. И поскольку природа человека с точки зрения позитивизма основывается на объективных законах, то в *биологической* природе человека нет ничего помимо его человеческих нюансов. Так возникает биомедицинская парадигма, согласно которой нормальная морфология и нормальная физиология изучают биологическую природу человека в здоровом состоянии, а клиническая медицина - в болезненном. И неудивительно, что клиническую медицину даже сами врачи считают практическим приложением биологии – биологии болезней.

Однако в реальной врачебной практике врач мыслит клинически – его мышление направляется профессиональным сопереживанием врача текущему состоянию пациента, на которые наслаивается биологическая парадигма. То есть врач использует клиническую парадигму, как бы “разбавляя” ее биомедицинской. Следуя биомедицинской парадигме, современная официальная клиническая медицина настраивает профессиональное (клиническое) мышление врача на биологический лад, биологически истолковать клиническую парадигму, чтобы использовать биомедицинские знания в клинических целях. Это - не то же самое, что подмена клинической парадигмы 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 лучше достигаются, если социальные обстоятельства благоприятствуют их достижению, а не подталкивают врача к тому, чтобы жертвовать принципом максимизации интересов пациента в сохранении и укреплении

здоровья (если пациент здоров) и восстановлении здоровья (если он болен) ради собственных выгод. Короче говоря, врачебное мышление направляется не абстрактными концептами природы («механизмов») болезни, а профессиональным сопереживанием каждому конкретному пациенту.

Биомедицинская парадигма использует понятие «биологических механизмов» болезни и здоровья - частных версий понятия текущего состояния здоровья, которые врач использует в интересах пациента. В каждом клиническом случае врач держит перед мысленным взором неясный апофатический образ психофизически детерминированной природы здоровья пациента и варьирует разными парадигмами в интересах каждого пациента. В обобщенном виде этот образ редуцируется к общей психофизической модели личности пациента, который являет собой некий “архетип”, в котором воплощена идея психофизической природы пациента как главного объекта науки врачевания. На этот “архетип” врач накладывает наблюдаемые им клинические нюансы текущего состояния здоровья, определяющие профильный характер представления о текущем состоянии его здоровья (диагноз).

Таким образом, в основе медицинского знания лежит клиническая парадигма, которую нельзя редуцировать к теоретическому и естественнонаучному мышлению на основе биомедицинской парадигмы. Клиническая парадигма предполагает практический характер врачебного мышления. 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 любые профильные ее аспекты. Формирование врачебных профилей определяется *практическими соображениями*, прежде всего – исходя из соображения удобств организации врачебных практик в интересах здоровья обслуживаемого населения. Эти соображения всегда ориентированы, прежде всего, на клиническую парадигму, и уже в ее рамках развиваются соответствующие профили исследований и их междисциплинарные разновидности. Современные биомедицинские исследования, сознают то исследователи или нет, в конечном счете, хотя и не явно, направляются именно клинической парадигмой. То есть исследования сугубо биомедицинского толка еще не являются собственно медицинскими до тех пор пока они не получают клиническое дополнение.

Практическое мышление - основа фундаментальной медицины. Каждый врач в *каждом клиническом случае* имеет дело с индивидуальной человеческой природой *каждого пациента*. Эта природа определяет естественный ход ее текущей индивидуации. Врач, воспринимая текущее состояние здоровья каждого пациента, вовлекает себя в этот естественный процесс, чтобы достичь максимальных выгод здоровью пациента, если тот здоров, и восстановить его здоровье, если тот болен. Это и означает, что медицина суть практическая наука, что ее теории продиктованы потребностями развития индивидуальной природы каждого пациента, нюансируемыми клиническим случаем в соответствии с интересами его существования – для обеспечения максимальной его жизнеспособности. Сознает то или нет, врач профессионально следует интересам здоровья каждого пациента. Для этого в ходе клинического мышления, он оценивает природу текущего состояния его здоровья (диагностика) привлекает и естественнонаучные знания, и знания общетеоретические (в том числе - философские).

Согласно Протагору, *человек есть мера всех вещей*. Протагор уточняет эту формулу: *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 мира, вещей в мире и существовании в нем человека как именно человека. Мир в целом и вещи в нем должны восприниматься в контексте существования в этом мире человека. Лучшего определения человека еще никто не придумал. Благодаря ему, суждения о человеке как “двуногом и беспером” существе стали выглядеть анекдотическими. Поздние мыслители вносили в него

нюансы, подчеркивая те или иные аспекты человеческого существования, но суть его осталась неизменной. Антропную природу мира мало кто пытается оспорить.

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 в некоторой *антропной Окрестности* Парменидова мира. Это не значит, что за пределами доступного человеческому восприятию (Окрестного его человеческого бытия) мира, царит Небытие. Но это означает, что по мере развития человеческой природы меняется для него и доступ к Парменидову миру, меняется сам Окрестный ему мир.

Разные человеческие культуры, моделируя по-своему человека, детерминируют и Окрестный ему мир. Об онтологии бытия можно судить только по бытию человека в социуме. Бытие может осмысливаться (восприниматься сознанием человека) только через призму бытия в нем человека и человеческих культур. 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, чьим носителем он себя считает. Наука – общечеловеческое культурное достояние, и в этом смысле, как сказал отец Тейяр де Шарден, “наука есть близнец человечества”. Очевидно, он имел в виду, что наука – близнец человечества, и сосредоточена она на познании рациональных аспектов человеческого бытия в мире, которые обеспечивают ему наиболее выгодное существование в мире.

Из сказанного моментально следует, что абсолютно объективной истины нет. Следовательно, познание объективной истины не может быть самоцелью науки. Истина объективна в том мере, в какой человек *вынужден* считаться с нею и внутренне *готов* с нею считаться. Объективна в той мере, в какой осознает это принуждение в качестве внутренней готовности к потребностям, диктуемым Бытием. Вместе с тем каждый человек в некотором Окрестном ему мире имеет и определенные *возможности* следовать тем или иным целям, уклоняясь от того, к чему его принуждает 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 социуме бытию каждой личности становится доступным и его сверхбытие в мире. В рамках каждого социума, каждой культуры личности дополняют окрестные миры друг друга, а в рамках мировой цивилизации – окрестные миры различных этносов, традиций, культур и субцивилизаций. Соответственно люди дополняют единичные личностные (психофизически уникальные) природы друг друга, целостные миры, конституируемые каждым из них в ходе вступления его в определенные единения со своим Окрестным миром. За этими целостными мирами сознание ощущает вибрации потенциального мира, готового вступить в актуальное бытие.

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 (и, следовательно, человеческого несуществования), опираясь на то, что *должно* прийти к актуальному существованию в мире. С человеческим существованием связано и наше представление об объективных сущностях как возможных сущих.

В философии науки давно закрепился тезис о практике как критерии истины, выражающий суть прагматической теории истины. Познание, насаждавшееся жречеством

согласно созданной ими мифологии, было долгое время сферой их монопольного владения, якобы доверенного им богами. В Древней Греции оно (во многом, благодаря софистам, первым греческим учителям, дававшим знания за определенную плату) стало предметом интересов всего полиса. Монополия жреческого сословия на познание была сломлена. В том числе – в области медицины, что и привело к рождению школ профессионального врачевания.

Впрочем, «эзотерические практики» даже теперь в ходу. Но ведь и научные знания доступны практически повсюду. Нет 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. Вопрос в том, в какой мере он сможет следовать клинической парадигме. Это зависит не только от полученных профессиональных знаний, но и от готовности настраивать свое мышление под стремление наполнить эту парадигму конкретными клиническими смыслами в каждом клиническом случае, руководствуясь при этом интересами здоровья 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 в той же мере становятся реальными цели здравоохранения. В конечном счете, лишь добрая воля, совесть профессионального врача позволяют максимизировать успехи здравоохранения. Официальная наука может обеспечить профессионалу некие условия для соответствующей настройки его мышления для эффективного достижения им профессиональных целей.

Наконец, следует заметить, что любая парадигма, в частности, биомедицинская, в рамках любого профиля врачевания может формулировать свои цели на языке вариационных принципов.⁵² Для врача этот принцип теоретической физики выражен на клиническом языке, и сводится к клинической парадигме, остающейся незыблемой вот уже почти два с половиной тысяч лет, минувших после Гиппократов, девятнадцать веков - после Галена. Тысячу лет назад Авиценна постиг психофизически недualную природу человека, углубив наше представление об общенаучном значении клинической парадигмы. Это постижение значительно глубже, чем вариационные принципы, являющиеся высшим достижением теоретической физики прошлого 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. Решила в рамках клинической парадигмы.

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 и отец Тейяр де Шарден сказали свое слово. Первый заметил, что в природе человеке есть и звериное, и ангельское, и дело науки выявить эти начала, а второй – что наука есть близнец человечества, следовательно, в научном познании человек познает себя. Но история науки не избавила человека от необходимости защищать научную истину от дельцов от науки. Врачам пока еще удастся сдерживать давление со стороны дельцов от медицины. Но мы не можем сказать того же об официальной медицинской науке, открыто

⁵² Кутлумуратов А.Б., 1994

позиционирующей себя как приверженца биомедицинской парадигмы, который не особенно стремится исправить приписываемый медицине (в глазах мировой научной общественности) статус “практического приложения биологии”.

Подлинным носителем истин, постигаемых фундаментальными и прикладными медицинскими научными исследованиями, является каждый практикующий врач, деятельность которого накладывает свою печать и на инновационные исследования. Вовсе не обязательно, чтобы 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. Но и лишь перенимая научные достижения других стран, выглядеть “гуру” в своей стране тоже не получится.

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

В стране, где власти мирятся с таким чиновничеством, не может быть серьезных прорывов в науке и здравоохранении. Врачи же любого профиля в такой стране будут воспринимать оказание пациенту профессиональной помощи только как источник своего дохода. Но 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, на основе которой только и можно достичь максимального эффекта в каждом клиническом случае, максимизируя тем самым и популяционные показатели здоровья. Здравоохранение же, организационно варьируя деятельность врачебных практик может направить свои усилия на оптимальное поддержание профессионального стремления врачей, основанного на клинической парадигме, чтобы достичь максимальных значений ОПЖ обслуживаемого населения.

Заключение

Здоровье как целостное явление проецируется на самые разные профили врачевания. Соответственно индивидуация врачевания должна рассматриваться и как суть всякого врачевания, и как основа профильного структурирования здравоохранения и медицинской науки - теоретической, прикладной и фундаментальной. Сугубо организационные решения по преобразованию профильной структуры служб здравоохранения могут способствовать быстрому улучшению эффекта врачевания на уровне обслуживаемой популяции. Это связано с тем, что рациональное объединение усилий врачей разного профиля способствует улучшению их взаимодействия в интересах каждого пациента, облегчая решение врачами разных профилей вопроса об индивидуации врачевания каждого больного в каждом клиническом случае. Здравоохранение с большей вероятностью достигает своих целей, если организация врачебной деятельности увязана с повышением эффективности врачевания за счет улучшения его индивидуации. Вообще, в целом лучшая координация здравоохранения и научных медицинских исследований предполагает способствование их максимальной индивидуации врачевания (в том числе - в рамках врачебные консилиумов), следуя выгодам каждого пациента в каждом клиническом случае.

Дифференциация биологии зависит непосредственно от ее достижений в разных направлениях исследования явлений жизни. Профильная же дифференциация медицинской науки не зависит напрямую от достижений биологии и биомедицины. Их достижения преломляются в клиническом мышлении, а принципы биологии и биомедицины подвергаются модификации клинической парадигмой. Дифференциация медицинской науки (в теоретических, прикладных и фундаментальных направлениях) определяется, в конечном счете, влиянием организации здравоохранения на жизнеспособность

обслуживаемых ими популяций. К числу важнейших показателей этого влияния относится ОПЖ, точнее - вкладом врачебных практик разного профиля в этот показатель. Система здравоохранения должна принимать во внимание экономический потенциал обслуживаемого региона, выражаемый, в частности, валовым региональным, валовым национальным и/или валовым внутренним продуктом на душу населения. Поэтому эти показатели можно считать экономическим эквивалентом потенциала здоровья населения, дополняющим естественную и врачебную индивидуации здоровья.

Организационные преобразования в системе здравоохранения (в частности, через варьирование профилями врачевания) могут существенно влиять на эффективность врачебных практик. Они могут и не влиять или влиять отрицательно или положительно на их эффективность. Многие определяет согласование таких преобразований с целями индивидуации врачевания. Помимо всего прочего это обстоятельство свидетельствует о фундаментальном значении для всякой национальной медицинской науки инновационных исследований, проводимых на регулярной основе внутри каждого профиля или в рамках межпрофильных, междисциплинарных исследований. Современная же клиническая медицина больше внимания уделяет биомедицинской и биологической парадигмам применительно к прикладным и фундаментальным медицинским исследованиям, меньше уделяя внимания исследованиям инновационного характера. Между тем именно в инновационных исследованиях гиперболизация биомедицинской парадигмы практически невозможна. Применяя новые технологии, врач не освобождает себя от необходимости следовать стратегии индивидуации врачевания в каждом клиническом случае. Например, в ходе апробации технологий (которые и должны носить характер инновационных исследований), проверенных на добровольцах в условиях страны-разработчика, отличных от условий страны, где эти технологии апробируются, могут наблюдаться побочные явления, или даже осложнения. Состояние конкретного пациента может ухудшиться. Предпринимая дополнительные меры по купированию таких состояний, врач вправе характеризовать подобные клинические случаи как свидетельства к дополнительным противопоказаниям касательно применения 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 национальных медицинских наук, из коих и складывается мировая клиническая медицина.⁵³

Принцип индивидуации врачевания, олицетворяющий собой клиническую парадигму, следовал уже из идей Алкмеона о сути патологии и здоровья. Эти идеи предполагала, что о здоровье невозможно говорить иначе как в апофатических терминах: они скорее поясняли то, чем здоровье не является, нежели *позитивно* характеризовали текущее состояние индивидуальной природу пациента. Современная же медицина, исповедуя биомедицинскую парадигму, склонна излишне мультиплировать нозологические единицы патологии и здоровья, что сближает ее с моделью медицины, которую исповедовала книдосская школа врачевания. Это обстоятельство сделало врачей книдосцев объектом критики Гиппократ. Авиценна создал психофизическую модель здоровья и болезни. Тем самым он укрепил апофатические позиции, на которых стояли Гиппократ и Гален в вопросе об основаниях медицины как науки врачевания (клинической науки).

Современное состояние медицинской науки характеризуется наметившимся в ней отходом от принципа индивидуации врачевания как идейной основы клинической медицины. Наиболее значимой эффективности 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

⁵³ Кутлумуратов А.Б., vixra.org, 2404.0042v1.

принципе держится само врачебное мышление, какие бы парадигмы (включая парадигму биомедицинскую) ни приписывала ему официальная медицина. На нем неявно базируется и профильная дифференциация системы здравоохранения (системы врачебных практик) и медицинской науки (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. Ведь здравоохранение фактически и опирается на принцип индивидуации врачевания, лежащей в основе любой врачебной практики.

Здравоохранение эффективно развивается в той мере, в какой оно организационно поддерживает каждого врача в его профессиональном стремлении (*храня личные тайны каждого пациента*) в максимальной мере сохранить и укрепить здоровье каждого пациента, если тот здоров, и вернуть ему здоровье, если тот болен. Медицинская наука эффективно развивается в той мере, в какой она направляется этим принципом, сосредоточивая свои усилия на том, чтобы способствовать эффективному достижению целей врачевания любого профиля.

Врач всегда стремился, и будет стремиться блюсти профессиональную этику, исходя из того как конкретно складываются его профессиональные отношения с пациентом в рамках клинической парадигмы, не обязательно увязывая их с тем, как позиционирует себя официальная медицина. Та может пытаться втиснуть клиническую парадигму в узкие рамки биомедицины или стремиться к тому, чтобы все же, опираясь на клиническую парадигму, использовать достижения других наук для максимизации эффективности врачевания. Важно сознавать, что лишь поддерживая профессиональное стремление врача, медицина как наука в полной мере сохранит способность открывать человечеству то, что сокрыто в психофизически единой природе человека. Научная истина в клинической медицине движима *в полной мере* лишь доброй совестью врача-профессионала. Все, что могут общество и официальная медицина сделать для врача-профессионала, сводится к обеспечению условий, которые бы позволяли ему настраивать свое профессиональное мышление так, чтобы с максимальными шансами достигать целей врачевания каждого пациента в каждом клиническом случае.

Биомедицинская парадигма может даже в рамках отдельного профиля врачевания формулироваться на языке вариационных принципов.⁵⁴ Но эффективность ее применения зависят от того, как врач-профессионал истолковывает клиническую парадигму, остающуюся с точки зрения врача незыблемой вот уже почти двадцать четыре века, минувших после Гиппократ и почти девятнадцать веков - 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. Уступая научное наследие Авиценны дельцам от медицины (они ведь могут теперь ссылаться на биомедицину как научную основу клинической медицины) врачебный мир отдает заодно и наследие Гиппократ и Галена.

Наука на весь человеческий мира одна. Мы таковы, какими мы воспринимаем собственную природу и Остальной мир. Гиппократ, Галена 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. Современным же врачам приходится сдерживать в меру своих возможностей давление со стороны дельцов от медицины и здравоохранения. Философия же медицины за ними явно не поспевает. Дело за философией самой медицины. Точнее за тем, чтобы она нашла в себе смелость отказаться от жреческих традиций, которые ей навязывают под видом биомедицинской парадигмы.

⁵⁴ Кутлумуратов А.Б., 1994

Нельзя отдавать философию медицины на откуп представителей других наук, в том числе - биологии. Междисциплинарные и трансдисциплинарные исследования полезны для клинической медицины лишь в том случае, если врачебное сообщество способно развивать специфические философские основания этой науки, не позволяя представителям других наук становиться в позу жреческого сословия. *Подлинное мировоззрение невозможно перенять, ее можно лишь создать собственным трудом.* Врачам стоит помнить о напутствии Фридриха Ницше: "Если вы хотите подняться на высоту, поднимайтесь на собственных ногах! Не давайте нести себя туда, не садитесь на чужие спины и головы!"

Ссылки

Aschwanden C. (August 2009). The Trouble with Mammograms // *Los Angeles Times*. (<https://web.archive.org/web/20101204073704/http://articles.latimes.com/2009/aug/17/health/he-breast-overdiagnosisl>).

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.

Welch H.G., Passow H.J. (March 2014). Quantifying the benefits and harms of screening mammography. // *JAMA Internal Medicine*. 174 (3): 448-54.

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.

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. (1991) 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.).

Кутлимуратов А.Б. (1992) О некоторых противоречиях эвристики современной онкологии (2). / В кн.: Злокачественные новообразования в Узбекистане. Профилактики, диагностика, лечение. - 1992. - С.12-19.

Кутлимуратов А.Б. (1993) Изучение этнических аспектов онкологической заболеваемости органов пищеварительной системы в Узбекистане. - Автореф. дисс... докт. мед. наук.-Ташкент - 1993. - 41с.

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

Кутлумуратов А.Б., (2024) Pragmatic model of development of the National Versions of Clinical Oncology (К прагматической модели развития национальных версий клинической онкологии). - vixra.org. 2404.0042v1.