

Феномен медицинской культуры*

Часть 1. Методологический аспект медицинской культуры

Хлыстова Н.А.

Phenomenon of medical culture

Part 1. Methodological aspect of medical culture

Khlystova N.A.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Хлыстова Н.А.

Медицинская деятельность, всегда включающая необходимость решения комплекса логических, гносеологических, аксиологических, праксиологических проблем, связанных с процессом диагностирования и лечения пациента, может быть успешной только при условии высокой культуры специалиста. Стать человеком культуры — нравственный долг медика. На основе системного подхода в статье представлена медицинская культура как специфическая подсистема общей культуры, овладение которой начинается с детства, развивается в вузе и продолжается всю жизнь, требуя колоссальных духовных усилий.

В части 1 сделан акцент на методологической культуре личности врачающего, представлена логика описания, определения и объяснения познаваемого объекта или процесса.

Ключевые слова: культура, инкультурация, имманентность и трансцендентность, многомерность, диалектика, синергетика, супрадетерминация, интердетерминация, инфрадетерминация.

Medical activity, which always includes the necessity to solve a system of logical, gnoseological, axiological, and praxiological problems associated with the process of diagnostics and treatment of a patient, can be successful only with high culture of a specialist. It is a moral obligation of a medical practitioner to become a man of culture. Based on a systematic approach, the paper presents medical culture as a specific subsystem of general culture, whose mastering starts in childhood, develops in university, and continues for the whole life, demanding colossal mental energies.

In Part 1, the emphasis is at methodological culture of a doctor, and logics of description, definition, and explanation of a studied object or process is presented.

Key words: culture, enculturation, immanence and transcendence, multidimensionality, dialectics, synergetic, supradetermination, interdetermination, infradetermination.

УДК 614.253

Медицинская культура как специфическая подсистема общей культуры

Из всего многообразия интерпретаций феномена культуры представляется целесообразным остановиться на понимании ее как специфического способа бытия, противоположного природному. Там, в «сумерках смысла» (А.Ф. Лосев), царит иррациональная стихия инстинкта самосохранения, всецело детерминирующая

поведение живых существ. Культура — это, во-первых, специфический (**нормативный**) способ жизнедеятельности, основанный на определенных предписаниях, ограничениях, нормах и более сложных образованиях — ценностях и идеалах, выраженных в предельных абстракциях. Руководствуясь ими, человек имеет возможность самоопределения, самодетерминации, т.е. автономного, независимого от природы. **Научный и учебный процесс: методический семинар**

Во-вторых, культура как противоположный природному

способ бытия предстает в качестве **мира воплощенных**

* Данный материал представлен в 3 частях и будет опубликован в № 1—3, 2008

ценностей, или предметного мира второй природы, в котором объективированы не только биологическая природа, социальное качество, психологическая определенность, но и внутренний мир деятельного субъекта — мир его ценностных разумных интенций, мир экзистенциальных чувств и переживания ценностей и даже мир настроений, эмоций и неосознаваемых порывов, связанных с ценностями. Иначе говоря, культура — это объективация прежде всего душевного и духовного богатства ее носителей, и не только в предметах материальной культуры, а также и в тех или иных образованиях культуры духовной (в достижениях науки, произведениях искусства, философских трактатах, в соответствующих явлениях религии и морали). Причем ядром культуры является мораль, феномен, диалектически соединяющий в себе характеристики *имманентности* — апостериорности, ибо она рождается в недрах социума, служит обеспечению стабильности социальной системы, устойчивости ее, и *трансцендентности* — априорности, поскольку она выходит за пределы повседневности — наличной реальности данного социума. Имморализм — позиция субъекта в каких-то видах деятельности «по ту сторону добра и зла» делает его некультурным или бескультурным, а изгнание морали из культуры вообще трансформирует цивилизацию в варварство.

В-третьих, культура есть «поле смыслов» [30] — идеальных образований, выражающих предельную человеческую значимость сущности тех или иных объектов, процессов, состояний, их предназначение. Специфика этого идеального репрезентанта реальности — в его принадлежности к высшей ступени — к мировоззренческому знанию, скорее даже, к пониманию. Смысл объективен по содержанию, ибо сущность любого явления универсума не зависит от способности субъекта реконструировать ее в идеальной форме. Но сущность структурна и постигаема не всеми субъектами одинаково глубоко и понимаема не всегда адекватно, из чего следует, что смысл также и субъективен. Субъективная репрезентация сущности объекта может быть весьма поверхностной, и тогда субъективно схваченный и не всегда понятийно сформулированный им смысл окажется чрезмерно «приземленным», основанным на нормативных образцах низшего порядка. Чем выше степень культуры индивидуального или совокупного субъекта, тем более высокие смыслы воплощает она и тем более человечным — гуманным является способ жизнедеятельности субъекта. Культура дела-

ет бытие человека не только целесообразным, но и исполненным смысла.

В-четвертых, культура реально существует как разнородная, исторически сложившаяся информационная система хранения и передачи человеческого опыта. Но, будучи феноменом по существу метафизическим, трансисторичным и надиндивидуальным, «память культуры» усваивается личностью и воплощается в ее образе мыслей и образе жизни как глубоко индивидуальный жизненный опыт и жизненная мудрость. Человек в качестве личностной индивидуальности есть центрирующая сила, **живая душа культуры**. Накапливаясь в процессе инкультурации индивида, культурный опыт человечества дает ему шанс обрести свою подлинность — свое «Я» трансцендентное. Начало человеческой подлинности пребывает по ту сторону повседневности, там, где человек под влиянием философской или религиозной рефлексии порывает с «суею сует». Чем интимнее осуществляет он погружение в культуру — освоение смысло-жизненной проблематики, тем звучнее становится его «голос жизни», жаждущий быть озвученным и услышанным [31]. И вот эта потребность озвучения или выражения в знаковой форме (живопись, музыка, хирургическая операция или новое слово в медицине...) душевно-духовного содержания человеческой субъективности (своих мыслей, переживаний) стимулирует прорыв границ существующей социально-культурной системы в сферу собственного смыслотворчества. Преодолевая свою «тварность» (Ф. Ницше), человек становится творцом нового, в том числе новых способов врачевания, новых лекарственных форм, а главное — творцом самого себя как уникальной личности. Вне культуры невозможно не только полноценное бытие — «со-бытие» (М. Хайдеггер) человека, но и он сам. Она есть человечность человека.

Критерием развития культуры является степень свободы человека в ее негативном («свободы от...» внешнего природного и социального принуждения, а также от внутренних витально-биологических мотиваций) и в позитивном («свободы для...» созидания по меркам не только пользы или выгоды, но также Истины, Блага, Красоты) аспектах. Этот критерий трансисторичен — содержательно наполняем в зависимости от этапа всемирно-исторического развития человечества и направленности цивилизационного вектора (самоорганизация, расцвет, пределы роста, застой — стагнация или самораспад цивилизации). Но в нем неизменно присутствует объективный показатель — совпадение ре-

зультатов деятельности субъекта с заранее поставленной целью, отсутствие тупиковых ситуаций, поступательное прогрессирующее движение системы. Имеется в нем и субъективный общечеловеческий показатель — переживание человеком удовлетворения, радости, счастья, блаженства, духовного подъема. Учитывая это обстоятельство, мы вправе вслед за Б.Н. Воронцовым предположить, что нынешняя массовая культура, лишенная своего нравственного стержня и низводящая свободу к произволу и вседозволенности, по существу культурой не является [6].

Мы с полным основанием можем говорить о специфической подсистеме человеческой культуры — **медицинской культуре** как самостоятельном феномене, обладающем своеобразным набором элементов, определенным образом структурированных и обладающих особым системным качеством, специфической функцией и четко фиксированной магистральной целью — Благо человека.

Медицинская культура как самостоятельная система включает: 1) предметный мир, некую материально-техническую базу, предназначенную для осуществления профессиональной познавательной и практической деятельности медиков; 2) процессуально-деятельностную составляющую, связанную с технологией диагностирования, врачевания, создания лекарственных форм, их апробации и использования в практической деятельности; 3) личностный элемент, включающий систему внутренних интеллектуальных, психологических и душевно-духовных качеств врачающего и, конечно, способ его личной практической деятельности в профессиональной сфере; 4) «память медицинской культуры», хранимую в системе предметных форм, символики, традиций, идеалов, образе жизни и образе мыслей медиков.

Функционирование медицинской культуры — это целостное взаимодействие ее предметного мира, специфической деятельности и человеческих качеств. Личность медицинского работника выступает главным системообразующим фактором этой системы, тем элементом, который несет в себе все ее системное качество, обеспечивает структурную целостность и является главным источником ее развития. Поэтому, не сводя всю медицинскую культуру только к личности медработника, мы остановимся именно на личностной культуре. Взятая в ее цивилизационном, социокультурном контексте, при всей ее детерминированности вне личности существующими факторами, личностная культура представляет собой автономный феномен, некоторую индивидуализацию интериоризированных элементов существующей общей и медицинской культуры, а также про-

дукты собственного культуротворчества, свой профессиональный и жизненный опыт.

Специалист нового поколения в области медицины — это свободный от «неоприятности мышления» человек, гармонично сочетающий элементы специализированного профессионализма и всечеловеческой универсальности (разума и чувства, милосердия и красоты, новаторства и преемственности, свободы и ответственности). Многие из проблем теоретической и клинической медицины решить только с помощью новых и новейших технологий невозможно. «Требуется, — как утверждает профессор Ф.Ф. Тетенёв, — еще и развитое клиническое мышление, которое позволяет врачу смотреть на проблемы диагностики и лечения не с позиций раба технологий, а предводителя диагностического процесса» [26]. Клиническое мышление — основной инструмент диагностики предполагает высокую философскую культуру, поскольку включает в себя необходимость решения логических, гносеологических, аксиологических, праксиологических — многообразных философских аспектов проблем, непосредственно связанных с процессом диагностирования и лечения пациента. Тем самым философия может быть по праву названа методологическим фундаментом медицины, интегрирующим специальное медицинское и общее гуманитарное знание в некоторую целостность. А медицина будущего — это как раз интегральная системная медицина [12].

Методологическая культура медика

Методология клинического мышления современного специалиста призвана помочь профессионалу глубоко осознать системно-комплексный характер взаимосвязи человека с внешним (природным и социальным) миром, понять и учитывать в своей практической деятельности особенности детерминации процессов здоровья и болезни, четко представлять свое предназначение и смысл своей гуманной деятельности. Медицина как специальный раздел знания ориентирована на постижение специфических законов возникновения, развития того или иного патологического процесса, его перехода в болезнь, что достигается путем применения специальных клинических и параклинических методов. Но познание не может быть вполне плодотворным без учета диалектического принципа единства общих и специфических закономерностей. Ф.Ф. Тетенёв справедливо относит клиническое мышление «к категории диалектического» [26], ибо практикующий врач часто оказывается перед необходимостью получения достоверного знания о сущности на фоне многочисленных несущественных проявлений патологического процесса, так называемых доклинических проявлений

заболевания, когда однозначных суждений в отношении конкретного диагноза нет и быть не может [26]. Любой патологический процесс имеет в своем основании факторы, анализ которых может быть результативным лишь при условии наложения на них сетки всеобщих категорий диалектики (общего и единичного, сущности и явления, целого и его частей, причины и следствия, необходимости и случайности и многих других), умелого использования принципов диалектики (принципа противоречивости, принципа единства многообразия, принципа системности, принципа детерминизма, принципа развития) и универсальных законов диалектики [20].

Как *высшая форма рациональности* — учение о всеобщей связи и развитии, о единстве сложного материального и духовного мира и способах его познания — «диалектика соединяет в себе логику и эмоциональность в функционировании человеческого духа» [4]. Как *категориальный способ мышления*, она позволяет преодолеть ограниченную и плоскую механическую рассудочность и дает возможность адекватно определить и объяснить сложнейшие процессы материального и духовного порядка: 1) в их всесторонности; 2) их развитии (процессуальности); 3) их конкретности (индивидуальности, единичности) и 4) их единстве с общим и всеобщим. Основанная на диалектическом методе логика мыслительной деятельности в медицине условно может быть представлена следующим образом: для **определения** нозологического объекта (здесь — для постановки точного диагноза в отношении данного заболевшего индивидуума) следует его прежде всего **описать**, здесь — дать **описательное определение клинического диагноза**.

Описание объекта

1. Вычленив **нечто** (бытие некоторой весьма неопределенной определенности — какой-то симптомокомплекс, не всегда содержащий так называемые высокоспецифичные симптомы) на основе некоторых внешних данных и анамнеза и соотносить его с **ничто** (небытием его в качестве ряда известных нам определенностей), зафиксировать, чем оно не является. Это важно делать даже тогда, когда диагноз кажется очевидным и вполне мог бы быть прямым, и уж тем более — когда дело касается дифференциального диагноза. Врач всегда стоит перед необходимостью выделения существенного отличия путем исключения объекта (заболевания) из круга имеющихся симптомов и синдромов, являющихся характерными для многих заболеваний.

2. По возможности обозначить его специфические характеристики (**особенное, отдельное** — относительную неповторимость, обособленность), противостоящие **общим** (нозологическим — типичным, принадлежащим определенному классу объектов). Такое разъединение общего и отдельного (единичного) допустимо только в мыслительном процессе, нацеленном на постижение сущности, которая хоть и не является сверхчувственной абстракцией, все же не лежит на поверхности, но может быть как-то внешне оформлена. В реальности любой отдельный объект (процесс) есть диалектическое единство общего и особенного: гастрит, язва, рак желудка... — единичные проявления болезни желудочно-кишечного тракта, а большой язвой Пётр — индивидуально особенное в зависимости от сопутствующих заболеваний проявление общей нозологической формы язвы, что требует и соответствующей корреляции как при диагностировании, так и при назначении медицинских препаратов и лечебных процедур.

3. Рассмотрев **форму** объекта — некоторую относительно изменчивую в зависимости от конкретных условий внешнюю явленность, в которой выражается **содержание** его — внутренняя сторона объекта, своеобразное и относительно устойчивое (инвариантное) соединение совокупности элементов, процессов, тенденций в целом, образующее основу их существования и развития, следует более четко определить наиболее характерные признаки рассматриваемого объекта. Это важно для содержательного определения клинического диагноза. Диалектический принцип взаимосвязи формы и содержания объекта (процесса) нацеливает на усмотрение качественно-количественной определенности его, выражающей механизм развертывания изменений и сохранения устойчивости (преемственности, последовательности) в бытии его.

Определение объекта

1. На фоне некоторой **количественной определенности** — тех свойств и отношений, изменение которых в определенных границах меняют отдельные свойства и характеристики данного объекта (процесса), но не нарушают его качества, — можно выявить **качественную определенность** его — совокупность основных элементов, их свойств и отношений, обеспечивающих в определенном промежутке времени устойчивость и существование данного объекта (процесса), его тождественность самому себе и вместе с тем отличающих его от других, то, чем данный объект рассмотрения является. На основе относительно устойчивой совокуп-

ности специфичных симптомов и синдромов, объединенных единым патогенезом, фиксируется определенный синдром, более приближенный к содержательному определению диагноза. Выделение основного синдрома предполагает дальнейшее обособление — индивидуализацию клинических проявлений заболевания, обнаружение основного и сопутствующего заболевания или каких-либо осложнений. Важно помнить, что любой объект, процесс является многокачественным в разных отношениях (нездоровье — это может быть и заболевание, и дискомфорт, и зло...), а нехарактерный для других больных с таким же заболеванием симптом может оказаться наиболее значимым в данном сочетании, и казавшаяся вначале неправдоподобной гипотеза, подтвердившись дополнительными исследованиями, становится основой диагноза.

2. Умелое использование философской категории **меры**, характеризующей единство количественных изменений объекта и его качества или выражающей «качественно определенное количество» (Гегель), является необходимой предпосылкой для приближения к определению нормы, патологии или заболевания, а затем и к выявлению сущности исследуемого процесса. При этом надо иметь в виду методологическую тонкость, связанную с зафиксированной Гегелем многомерностью реальных объектов (простая *непосредственная мера* — *специфицированная мера* — *реальная мера*) и сложностью перехода от одной, в частности непосредственной, меры к мере специфицированной — «окачествление количества» и «околичествление качества» в процессе развития специфицированной меры до уровня реальной меры и переход ее в высшую *системную меру* — сущность [7]. Это имеет важное значение для определения нормы и патологии. Понимание нормы как биологического оптимума живой системы, интервала ее оптимального функционирования, имеющего подвижные границы, в рамках которых сохраняется оптимальная связь со средой [14, 17], а также согласованность всех функций организма, позволяет четко проследить трансформацию патологического процесса в заболевание как диалектический процесс становления некоторой определенности — сущности [1, 3]. И эта методологическая тонкость особо значима при построении дифференциального диагноза, когда в процессе исследования больного возникает не одна, а несколько диагностических гипотез. Предложенная Ф.Ф. Тетенёвым схема дифференциального диагноза [26], по существу, иллюстрирует становление «системной меры» — формулирование синтетического диагноза [26], в котором констатируется сущность заболевания.

3. Чтобы вскрыть **сущность** анализируемого объекта как систему наиболее характерных глубинных признаков объекта, остающихся неизменными и в той или иной мере проявляющихся (**явления** существенные и несущественные) при любых изменяющихся обстоятельствах, важно помнить о структурности, многоплановости сущности, которая не лежит на поверхности, но «светится» в явлениях. Сущности 1, 2, 3-го и т.д. порядка могут не только проявляться по-разному, но и быть качественно различными. Так, например, знание сущности ангины как острого общего инфекционного (стрептококкового) заболевания с наиболее выраженным местным воспалительным процессом в области лимфаденоидной ткани глотки не исключает наличия разных качественных характеристик: катаральной, флегмонозной, фолликулярной, лакунарной, ангины Людовика. Диагноз может быть приблизительным, ошибочным, более или менее адекватным.

4. Отыскание подлинной сущности данной патологии, диагностический поиск, клиническое наблюдение пациента, сбор результатов параклинических и клинических исследований — весь процесс движения от предварительной диагностической гипотезы к относительно законченному медицинскому знанию — клиническому диагнозу будет тем более успешным, чем более строго он будет строиться в соответствии не только с пониманием диалектики сущности и явления, но и с **основными законами диалектики**.

Эффективность мыслительного процесса медика в огромной степени зависит от умения его составлять и содержать в безупречном порядке диагностическую «картотеку», которая, количественно пополняясь ежедневно, на определенном этапе позволяет сделать скачок к принципиально новому качеству — особому «зрению клинициста», той «таинственной экстрасенсорике», которая проявляется как удивительная для не владеющих врачебным искусством способность видеть диагноз пациента в почти чистом виде [26]. Количественное расширение объема информации о состоянии пациента является необходимым условием для перехода от знания меньшей степени общности — симптомов к знаниям большей степени общности — синдромам и далее — к диагнозу, являющемуся, по существу, качественно иным феноменом. Совершенно неотъемлемым компонентом любого мыслительного процесса, а медико-биологического в особенности, является грамотное построение соотношения противоположностей: объективного и субъективного, общего и отдельного (специфического), индукции и дедукции, анализа и синтеза, дифференциации и интеграции, рабочей гипотезы и заключительного синтетического диа-

гноза. Каждая фаза в процессе построения диагноза есть диалектическое отрицание предшествующей, предполагающее включение в снятом виде части знания, добытого ранее, в том числе и клинической наукой в целом, и синтез его с добытым в данном познавательном процессе знанием о сущности заболевания конкретного пациента.

Мастерство (искусство) врачующего не ограничивается только умением диалектически мыслить, а включает умение видеть объективную диалектику самого патологического процесса, в котором также действуют законы диалектики. Обнаружение сущности исследуемого объекта дает основание констатировать наличное бытие как *состояние* некоторой определенности (нечто) и как диалектический процесс — становление, изменение, **развитие** этой наличности (патологии, заболевания, выздоровления и т. п.). Философское определение развития как процесса закономерных направленных и необратимых качественных изменений дает ключ к выявлению *механизма* (действие закона перехода от количественных изменений к качественным), внутреннего *источника* (действие закона единства и борьбы противоположностей — патологический процесс есть противоречивое соотношение между патогенетическими и саногенетическими процессами, а болезнь есть противоречивое соотношение «полома» адаптационных механизмов организма и его защиты) и *направления* изменений исследуемого процесса (действие закона отрицания отрицания: здоровье — патология — болезнь — выздоровление). Диалектическое отрицание в форме *отрицания* — *трансформации* либо *отрицания* — *снятия* или *отрицания* — *синтеза* исключает обратимость: восстановленное здоровье есть переход в качественно иное состояние данной системы как равное по степени ее

организованности, так и более низкое (в случае удаления (ампутации) или замещения некоторых элементов ее другими). Но оно никогда не будет полным возвратом к исходному состоянию, хотя выздоровление всегда связано с констатацией **нормы**, т.е. факта протекания всех процессов в организме с возможной для него наибольшей слаженностью, надежностью, экономичностью и эффективностью. Состояние ремиссии, как правило, есть приближение системы к нижней отметке интервала ее оптимального функционирования, что, несомненно, требует мероприятий по наиболее полной реабилитации пациента, совершенствованию его адаптационных механизмов. Развитие как диалектический процесс включает в себя моменты некоторого возврата и повторения

уже пройденных этапов, но на новом уровне и обладает не круговым и линейным, а спиралевидным характером. Смерть как диалектическое отрицание есть гибель организма — взаимное уничтожение противоположностей здоровья и болезни, однако в ином метафизическом (или метабиологическом) отношении она будет трансформацией данной системы в качественно абсолютно иную систему, низшую по степени организованности в сравнении с системой живого, хотя и нездорового организма человека.

Для **объяснения** того или иного объекта медицинского познания, а тот же патологический процесс нуждается не только в описании качества и определении сущности, но также и в объяснении, почему он возник, следует вооружиться логикой **системного** и логикой **универсального (детерминационного) взаимодействия**. Патогенез — это структурное образование, основанное на взаимодействии этиологических факторов, которые необходимы и достаточны для наличия патологического действия [19].

Представив исследуемый объект как некоторую изменяющуюся систему, медику следует исходить, во-первых, из специфики системной взаимосвязи **целого** и его **частей** [23, 24]. Целое — это интегрированное единство частей, возникшее благодаря упрочению способа связи (структуры) элементов данной системы. Понятие «целое» выражает объект как существующий в определенной связи составляющих его частей между собой и обладающий такой структурой и функцией, которых нет в отдельности у каждой из этих частей вне связи с целым. Понятие «часть» характеризует структурную единицу целого в ее отношении к другим частям и к этому целому, представляющему в качестве системы более высокого порядка. Никакое целое не воспроизводит детально все характеристики своих частей, но всякая часть несет в себе системное качество, качество целостности. Признание целостности организма не исключает, а предполагает относительную самостоятельность частей (подсистем, органов, клеток), их анатомической и функциональной специализации (дыхание, кровообращение, кроветворение, регуляторные функции нервной и эндокринной подсистем). Знание морфологии и функций отдельных подсистем имеет большое значение для понимания закономерностей жизнедеятельности целостного организма как в норме, так и в патологии [9, 21, 32]. Но недопустим механицистский подход, связанный: а) со сведением качественных отличий целого к чисто количественным характеристикам его составных частей, например социального бытия — к механическим взаи-

модействиям и многогранного бытия личности — к биологическим процессам, а последних — к физико-химическим и т.п.; б) с попытками редукции сущности заболевания организма к молекулярным и клеточным изменениям, к подмене больного человека патологическими клетками; в) отвлечением от целостной картины мира, искусственным выделением объекта из всего многообразия связей его с другими объектами мира. Недиалектическое перенесение результатов исследования одного уровня организации систем на другие, а также вырванность объекта из контекста его взаимодействий на микро- и макроуровнях неизбежно приводит к ошибочным выводам.

Любая из живых систем существует в определенных пространственных и временных границах. И любая из них в этих параметрах претерпевает многочисленные преобразования. Ни одна система не может существовать вечно и бесконечно, кроме всегда меняющейся Вселенной. Следуя логике системного познания объектов, мы вслед за А.Н. Аверьяновым сгруппируем факторы, обуславливающие **преобразования системы** во внешние и внутренние [2].

Внешние представлены:

1. Изменениями внешней природной среды, в которой существует данный объект. Так, экологические издержки человеческой деятельности вызывают, например, функциональные изменения различных элементов системы организма (дыхания, кроветворения и т.п.).

2. Изменениями социальной среды, образа и качества жизни. Например, эффект «дряблых мышц» нередко является результатом «сидячего» образа жизни. Пауперизация населения России в ходе неолиберальных реформ обусловила резкое ухудшение состояния здоровья населения, в частности детей.

3. Изменениями в духовной сфере — радикальной переоценкой ценностей часто обусловлены трансформации личностного плана, в том числе распад личности, сопровождающийся деградацией как соматической системы, так и психической. И, напротив, в духовно развитом социуме личность заинтересована с помощью культуросообразных практик формировать «культурное тело», осуществлять перевод его «безличных», природно-телесных предпосылок в собственно человеческое, не только социально-функциональное, но и личностное бытие телесности [5].

4. Проникновением в систему чуждых объектов: вирусов, ядов, инородных предметов, даже космических лучей, под воздействием которых возможно превращение атомов химических элементов системы. Все это вызывает необходимость структурных и качественных изменений системы.

Внутренние факторы преобразования системы:

1. Непрерывный количественный рост дифференциации элементов системы в относительно ограниченном пространстве и, соответственно, обострение противоречий между количественной и качественной определенностью данной системы.

2. Накопление ошибок в репликации, т.е. в воспроизведении себе подобных: если имеют место значительные мутации и мутант оказывается более приспособленным к изменившейся среде, то именно он размножается наиболее стремительно и, соответственно, вызывает обострение противоречия в отношении ко всему старому.

3. Прекращение под влиянием тех или иных факторов роста и воспроизведения элементов, составляющих данную систему, в результате чего она может не просто деградировать, но и погибнуть.

Во врачебной практике особую значимость имеет восприятие пациента как более или менее целостной личности, а не только как целостного организма, что, по существу, означало бы редуцирование всей многогранности человека к одной составляющей. Биологическое тело человека, будучи подсистемой сложнейшей, всегда незавершенной и несовершенной, открытой и самоорганизующейся системы, погружено в жесткую паутину запутанных системных взаимодействий с другими подсистемами: психологической определенностью, социальным качеством и внутренним миром человека, а также вплетено в разнообразие цепи **связей универсального взаимодействия**.

Поэтому, во-вторых, для адекватного объяснения гносеологического (диагностируемого) объекта следует рассмотреть его сквозь призму диалектического принципа **детерминизма**. По существу, «методологическое определение диагноза — это установление причинно-следственной связи между синдромами» [26]. Под влиянием множества факторов (природных и социокультурных, транслисторических и сиюминутных) природное тело человека преобразуется в телесность — «очеловеченное тело» «с присущей ему двигательной активностью, экспрессивными формами проявления, находящееся в социокультурном пространстве и взаимодействующее с ним, детерминированное в своих соматических и двигательных характеристиках как природными закономерностями, так и особенностями этого пространства» [5].

Специалисты обращают внимание на «производность» телесно-физических качеств человека как от внутренних — генетических, так и внешних — социальных детерминант. И.М. Быховская подчеркивает неодинаковость их влияния:

«для морфологических изменений более заметна роль генетических, а для функциональных показателей — социальных факторов» [5]. К.Е. Тарасов и Е.К. Черненко говорят о различном влиянии социальных (внешних) факторов на генетику (внутренние факторы) человека: а) общая социально-историческая детерминированность популяционной генетической программы развития человека; б) конкретно-историческая обусловленность генотипа данного человека его происхождением, положением в обществе и образом жизни его непосредственных предшественников по генеалогическому древу; в) единичная социальная обусловленность реализации его генотипа в фенотип в контексте особенностей социальных условий жизни конкретного человека [25].

Системный подход к самой детерминации обязывает видеть в качестве элементов ее не только каузальный (причинный), но и целевой (дающий знание о направлении процесса), кондициональный (условный), инспирирующий (запускающий), а также функциональный виды детерминации, определенным образом структурированные и работающие в соответствии с логикой «состава полной причины» [19]. В последнее время, когда учение о причинности как теории изменений претерпело существенную эволюцию, получила достаточно широкое распространение, в частности в политологических исследованиях, основанная на методологии системного подхода модель многофакторной **«воронки причинности»**. Классический вариант ее, впервые предложенный исследователями Мичиганского университета в 1960 г., предназначался для объяснения линии поведения политического субъекта [11, 13, 15, 16].

Форма логической «воронки причинности» обладает немалым эвристическим потенциалом в сфере медицинского познания, поскольку соединяет в себе позицию универсальности — предельного обобщения наиболее типических влияний, признаков, действий и позицию уникальности — создания идеальных конструкций на основе описания конкретных случаев, объектов, процессов. Она позволяет на первом уровне — в самой широкой части «воронки» зафиксировать множество факторов детерминации, по-разному влияющих на человека в целом, и те или иные подсистемы организма — *супрадетерминацию* (детерминация от систем более высокого порядка к данной системе). На втором уровне — *интердетерминации* (взаимное обусловливание систем в пределах одной системы организма) выявляются особенности структурно-функционального взаимодействия подсистем организма, вызванные внешними или внутренни-

ми изменениями. На третьем уровне — *инфрадетерминации* (от элементов к данной макросистеме) устанавливаются факторы, связанные с физико-химическими процессами данного биологического организма [27], детерминирующие процессы более высокого уровня и детерминируемые ими. Большинство сложнейших процессов в организме человека, введенные в «воронку причинности», являются результатом воздействия множества предшествующих факторов детерминации, в том числе необычайно весомых (неравновесность) и равновесных или близких по степени воздействия на организм, ведущими из которых неизменно выступают причинные. Названные уровни детерминации выражают, по существу, «послойное накопление» — концентрацию факторов, обуславливающих то или иное состояние адаптационных механизмов организма. И каждый из уровней оказывает воздействие на следствие. Однако по мере приближения к стержню «воронки» обнаруживается эффект конвергенции, схождения всех влияний в одной точке, где порождается то или иное следствие: приспособившаяся к изменившимся условиям преобразованная система организма или патологический процесс — и отфильтровываются те последствия, которые в данном результате сколь-нибудь существенной роли не играют. Методологическая логика «воронки причинности», связанная с продвижением в ходе анализа от переменных макроуровня к переменным микроуровня, расширяет объяснительный потенциал исследователя и открывает путь для синтеза структурного и функционального анализа. Многофакторность «воронки» отнюдь не означает плюрального детерминизма или интердетерминизма. Напротив, эта интегральная модель — метафора — позволяет не распылять усилия по воздействию на многие факторы, а сосредоточить их на том «суженном пучке», который непосредственно предшествует следствию. Разумеется, здесь воплощена однонаправленная, хотя и не однолинейная зависимость. На практике не исключена *инверсная* (перевернутая) взаимообусловленность факторов детерминации состояния организма, *рекурсивное* (возвратное) воздействие — «обратное раскручивание „воронки“» [15], например следствия на комплексную (полную) причину. «Обратное влияние следствия на породившую его причину означает факт затухания причины и прекращения причинной связи. Причина угасает в действии, и тем самым угасает и действие, цикл развития завершен». Начавшийся патологический процесс не перешел в болезнь, и норма восстановлена. Но организм как це-

лостная система тем не менее претерпел некоторые преобразования [27].

Методология «воронки причинности» — это один из подходов к решению проблемы причинности в медицине [8, 18, 22, 29]. При наличии множества симптомов, в которых выражается недомогание человека, и отсутствии сколь-нибудь развернутой рабочей гипотезы он позволяет как-то структурировать факторы, породившие это состояние, последовательно опускаясь с макро- на микроуровень и отсекая те из них, которые перестают объяснять это явление. «Воронка причинности» последовательно вводит новые переменные в соответствии с новыми уровнями анализа, причем делает это после того, как эвристический потенциал переменных предшествующего аналитического уровня исчерпан. Тем самым происходит продвижение от более общих, экзогенных факторов к более частным эндогенным», — пишет А.Ю. Мельвил. Правда, он допускает ограниченность такого подхода: «Если угодно, — настаивает А. Мельвил, — он подобен известной в аналитической философии «лестнице Витгенштейна», которая должна быть отброшена после достижения с ее помощью определенного уровня знания» [16].

Возможно, в медицине в отличие от сферы политологии эта модель окажется объяснительно более продуктивной. Для этого следует принять во внимание тот факт, что связь между причиной и следствием всюду, а в медицине особенно, опосредуется диалектикой возможности и действительности, необходимости и случайности, структуры и функции, без чего невозможна адекватная оценка значимости тех или иных факторов детерминации.

Будучи включенными в состав категорий философского детерминизма, понятия «**возможность**» и «**действительность**» не только фиксируют обусловленность бытийствующего объекта теми или иными факторами прошлого (действительность есть прошлое в настоящем), но отличаются проекцией из настоящего в будущее (возможность есть будущее в сегодняшнем), хотя и отягощены значительной степенью неопределенности. Всякое будущее потенциально, в виде скрытой тенденции, присутствует в настоящем, в наличном, но не как явленная самостоятельная действительность, а как «потенциал» наличной действительности. Нечто не может возникнуть иначе, как из своей возможности. Не существуя в действительности, оно существует в возможности наряду с другими. В гегелевском понимании **действительность** — это ставшее непосредственным диалектическое единство сущности и существования. Под влиянием системы факторов детерминации: каузальной, целевой, конди-

циональной, инспирирующей и функциональной — возможность в модусе явления предстает как развертывание внутренних противоречий объекта в конкретных условиях. В модусе сущности возможность есть: 1) разнообразие способов существования сущности (веер возможностей); 2) еще-не-бытие (неставшеть, неявленность) сущности; 3) уже ее становление, т.е. определенная «активность», раскрытие некоторых тенденций, оформление сущности. Но среди веера возможных сущностей могут быть **формальные**, которые соответствуют законам формальной логики и не соотносятся с конкретными условиями, и потому бесперспективны. Хотя они не тождественны невозможности, ибо все-таки имеются в наличной реальности в виде тенденций, что не исключает их реализации при неожиданном случайном стечении обстоятельств. Большой перспективностью обладают **реальные** возможности, порождаемые внутренними факторами в сочетании с непосредственно наличествующими условиями бытия объекта. Медик, как никто другой, бывает обязан адекватно определить соотношение *реальной возможности — формальной возможности — невозможности — неизбежности*. Но если в деле предупреждения болезней «возможность» и «действительность» выступают практически в чистом виде (профилактика — это устранение условий превращения возможности в действительность), то в деле врачевания грани между ними размыты, стерты. Медицинской практике имманентно присуща неопределенность.

Введение в познавательный процесс категории «**вероятность**», понимаемой как «степень приближения возможности к действительности» и как «мера необходимости в случайном», т.е. как «необходимость, получившая некую количественную определенность» [20], облегчит поиск истины и, соответственно, поиск путей превращения даже малейшей возможности выздоровления пациента в действительность. Случайное и необходимое — это ступени становления некоторой сущности (например, восстановленного здоровья).

Необходимость — это характеристика относительно устойчивого, непрерывного и направленного процесса развития системы, при котором в данном объекте при данных условиях реализуется только та возможность, которая воплощает наиболее вероятностные и существенные тенденции. **Случайность** — это момент развития, характеризующий его как относительно неустойчивый, дискретный процесс, в котором в данном объекте при неожиданном стечении обстоятельств из множества различных возможностей в действительность превращается не самая предсказуемая, малоперспективная возможность. Явления случайны по отно-

шению к тем факторам, от которых они не зависят. Но, не завися от одних, они зависят от других, и тем самым, будучи случайны по отношению к одним, они необходимы по отношению к другим, детерминированы ими. Необходимость как закономерность, упорядоченность, предсказуемость существует в случайном и обнаруживается нередко через случайное как неожиданность, непредсказуемость, исключение из правила. Диалектика необходимости и случайности, пронизывая всю систему факторов детерминации, все же поразному обнаруживается в каждом из них в отдельности: факторы причины и цели однозначно необходимы (без микобактерии Коха туберкулез не наступит), в то время как факторы условий как необходимая предпосылка для срабатывания каузальной и целевой детерминации часто случайны, хотя и прогнозируемы (переохлаждение организма, неудовлетворительное питание и т.п.), факторы повода, запускающие всю причинную цепь, всегда случайны, лишь изредка прогнозируемы. Нередко специалист-медик оказывается перед необходимостью дополнять логику рациональности алогичностью сверхрациональных или иррациональных интуиций, мудростью философского мышления, задающего призму экзистенциального преломления фактов опыта и чисто рационального мышления. Границами ее являются человеческая свобода, благо, истина, красота, любовь, забота, тревога, отчаяние, страх, надежда.

«Медицинский взгляд» (М. Фуко) — основанная на практическом опыте интеллектуальная и чувственная (воплощенная в совокупности экзистенциальных чувств) интуиция в медицинском познании приобретает особую значимость, в частности, в качестве способности схватить все хитросплетения причинно-следственных рядов, обнаружить начавшееся оформление новой системной конструкции в ее предструктурной или протоструктурной стадии. Это образование еще неопределенно, в значительной степени однородно, недифференцировано, функционально неразвито, хотя в нем происходят уже необратимые процессы. Если это патологический процесс, его можно остановить, если это процесс выздоровления, его можно стимулировать. Такая возможность сохраняется и на стадии незрелой структуры, но она резко уменьшается на стадии зрелой структуры, когда уже сложилась вполне определенная система, характеризующаяся высокой дифференцированностью элементов, их специализацией, полифункциональностью. Ставшая действительностью возможность образовала реальность, в которой соединены актуальное и по-

тенциальное. В недрах ее хранится и то, чему быть суждено, и то, что никогда не свершится. Знание всех возможностей под силу разве что демону Лапласа, но знание главных тенденций в развитии наличной действительности, даже скрытых от непосвященного взора, доступно профессионалу. От него в значительной мере зависит, возобладает ли в начавшемся процессе необходимость, и тогда возможность (в том числе негативная — перехода патологии в болезнь) станет действительностью или же она будет сведена к нулю. Умелое использование диалектики в сочетании со специальными методами медицинского познания, в частности методом функциональной диагностики, методами лучевой и радиоизотопной диагностики, позволяющими понимать структуру ткани, в том числе структуру патологических изменений и другое, а также с профессиональной интуицией позволит если не избежать врачебных ошибок, то свести опасность их к минимуму.

Литература

1. Аббакумов С., Веденякина О. На грани нормы и патологии // Врач. 1998. № 3. С. 29.
2. Аверьянов А.Н. Системное познание мира. М., 1985. С. 204—205.
3. Бавевский Г.М. Программирование состояния на грани нормы и патологии. М., 1979.
4. Баранов В.Е. Диалектика как высшая форма рациональности // Философия и общество. 2006. № 2. С. 115.
5. Быховская И.М. *Ното somatikos*: аксиология человеческого тела. М.: Эдиториал УРСС, 2000. С. 107.
6. Воронцов Б.Н. Феномен массовой культуры // Философские науки. 2002. № 3.
7. Гегель Г.В.Ф. Наука логики. М.: Мысль. 1970. С. 424—482.
8. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине. М., 1962. 176 с.
9. *Закономерности* структурной организации систем жизнеобеспечения в норме и при развитии патологического процесса / Е.Д. Гольдберг, А.М. Дыгай, В.В. Удут и др. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1996. 283 с.
10. Зилев В.Г. Системный подход к проблеме структуры и функции // Совещание по философским проблемам современной медицины, 16 янв. 1997 г. М., 1997. С. 25—30.
11. Ильин М.В. Инструментарий политолога: «воронка причинности» // ПОЛИС. 2002. № 5. С. 43—45.
12. Коновалов В.В. Интегральная системная медицина — медицина будущего // Вита. 1995. № 4. С. 20—23.
13. Лебедева М.М. «Воронка причинности» при исследовании мировых политических процессов // ПОЛИС. 2002. № 5. С. 60—63.
14. *Материалистическая диалектика*. Т. 3. Диалектика природы и естествознания / Ред. В.П. Петленко М., 1983. С. 310—321.
15. Мелешкина Е.Ю. «Воронка причинности» в электоральных исследованиях // ПОЛИС. 2002. № 5. С. 47—53.
16. Мельвилль А.Ю. Методология «воронки причинности» как промежуточный синтез «структуры и агента» в анализе демократи-

- ческих транзитов // ПОЛИС. 2002. № 5. С. 54—59.
17. *Петленко В.П.* Основные методологические проблемы теории медицины. М.: Медицина, 1982. С. 136—198.
 18. *Петленко В.Г.* Детерминизм и причинность в теории медицины. М., 1982. С. 51—81.
 19. *Сагатовский В.Н.* Основы систематизации всеобщих категорий. Томск: Изд-во ТГУ, 1973. С. 318—319.
 20. *Самбуров Э.А.* Диалектика единства и взаимодействия. Новосибирск: Наука, 1996. С. 57—73.
 21. *Саркисов Д.С.* Структура и функция // Совещание по философским проблемам современной медицины, 16 янв. 1997 г. М., 1997. С. 5—17.
 22. *Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К.* Общая патология человека. М., 1997. С. 451—477.
 23. *Седова Н.Н.* Принцип системного подхода во врачебной практике // Совещание по философским проблемам современной медицины 16 янв. 1997 г. М., 1977. С. 76—79.
 24. *Селье Г.* На уровне целостного организма. М.: Наука, 1972.
 25. *Тарасов К.Е., Черненко Е.К.* Социальная детерминированность биологии человека. М.: Мысль, 1979. С. 116—155.
 26. *Тетенёв Ф.Ф.* Как научиться профессиональному комментарию клинической картины (Клинические лекции): Учебное пособие. Томск: Чародей, 2005. 176 с.
 27. *Философия медицины* / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ИД «ГЭОТАР-МЕД», 2004. С. 424—425.
 28. *Царегородцев Г.И.* Методологические аспекты взаимоотношения структуры и функции в медицине // Совещание по философским проблемам современной медицины, 16 янв. 1997 г. М., 1997. С. 30—36.
 29. *Царегородцев Г.П., Ерохин В.* Диалектический материализм и теоретические основы медицины. М.: Медицина, 1986. 288 с. С.222 — 226.
 30. *Цейтлин Б.М.* Человек в поле смыслов // Человек. 2000. № 4.
 31. *Шibaева М.М.* Человеческая субъективность и культура // Культура, человек и картина мира. М., 1987. С. 144—145.
 32. *Шингаров Г.Х.* Прогресс научного познания и проблема «структура и функция» в биологии и медицине // Совещание по философским проблемам современной медицины, 16 янв. 1997 г. М., 1997. С. 36—42.
 33. *Югай Г.А.* Категория меры и понятие нормы в биологии и медицине // Вестн. АМН СССР. 1973. № 9. С. 26—32.

Поступила в редакцию 15.01.2007 г.