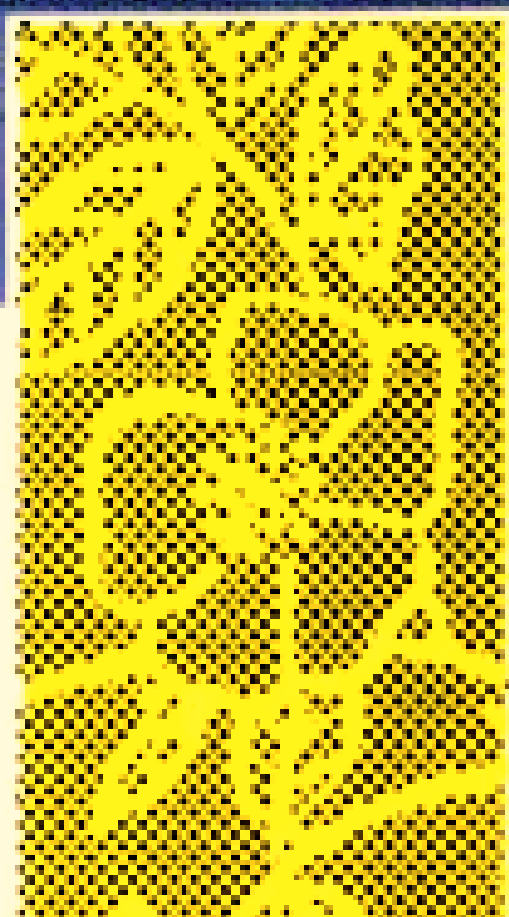
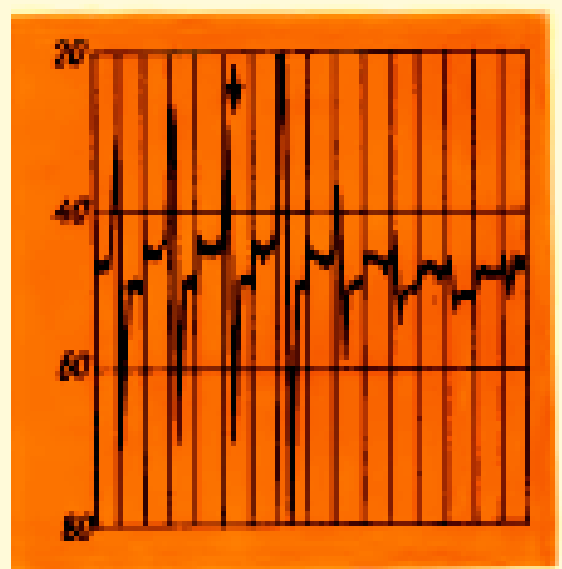


А.Ф. БИЛЫНИН
Г.И. ЦАРЕГОРОДЦЕВ

О КЛИНИЧЕСКОМ МЫШЛЕНИИ



МЕДИЦИНА 1973

*Издание одобрено и рекомендовано к печати
Редакционно-издательским советом
при Президиуме АМН СССР*

Монография посвящена очень важному, дискуссионному и в то же время слабо разработанному вопросу — специфике мышления врача-клинициста. Эта проблема представлена в работе весьма многогранно и многопланово: освещаются логико-гносеологические, социально-психологические и нравственно-этические аспекты врачебной деятельности вообще и врачебно-клинического мышления в частности.

Много внимания в монографии уделяется таким важным вопросам, как соотношение теоретического и эмпирического, теории и практики. Высказывается отношение авторов к вопросу о роли техники и количественных методов в медицине и по ряду других вопросов.

Многие вопросы освещаются в дискуссионно заостренном плане.

Книга предназначена для врачей-клиницистов и молодежи, решившей посвятить себя медицине.

A. F. Bilibin, G. I. Tsaregorodtsev

ON CLINICAL THINKING

S u m m a r y

The monograph deals with a very important, disputable but at the same time insufficiently studied problem—specificity of thinking of a physician-clinician. An outstanding feature of the book is a comprehensive approach to the problem: logical-ethical and moral-ethical aspects of the physician's activity in general and physician-clinician's thinking in particular are elucidated.

Considerable importance in monograph is attached to the relationship of then theoretical and empiric, theory and practice. The author's views on the role of technology and quantitative methods in medicine and on a number of other points are presented.

Many issues are discussed in a sharp polemic way.

The book is intended for physicians-clinicians and for young people who decided to devote themselves to medicine.

Б $\frac{0531-297}{039(01)-73}$ 43—1973

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние годы, как никогда раньше, советские врачи проявляют большой интерес к литературе, связанной с философскими проблемами медицины. Выходящие из печати книги по этим проблемам быстро исчезают с прилавков. Хочется верить в то, что и эта книга — «О клиническом мышлении», написанная известными советскими учеными — клиницистом академиком АМН СССР А. Ф. Билибиным и философом профессором Г. И. Царегородцевым, — также с большим интересом будет прочитана советскими врачами.

Книга является весьма оригинальным исследованием. В ней излагаются наиболее важные положения многогранной проблемы, связанной с мышлением врача. Авторы книги основное внимание сосредоточили на философской и деонтологической сторонах клинического мышления.

А. Ф. Билибин и Г. И. Царегородцев в монографии убедительно показывают, какое большое значение в медицинской практике имеют технический прогресс, широкое внедрение диагностической, лечебной, лабораторной и иной техники. Вместе с тем они подчеркивают, что все эти новшества не должны обесценивать нравственно-этических качеств врача. Напротив, современный уровень развития медицины предъявляет к ним новые, повышенные требования, связанные с овладением вновь предложенными методами исследования. Вместе с тем, несмотря на современное техническое вооружение, подчеркивают авторы, медицина никогда не утратит индивидуального подхода к каждому больному. Врач должен также учитывать социальные факторы, имеющие большое значение в возникновении заболеваний как отдельных людей, так и целых коллективов.

Несмотря на относительно небольшой объем книги, авторы сумели уделить внимание и ряду важных методо-

логических проблем клинического мышления. На современном уровне развития медицинской науки они рассматривают вопросы о целостном подходе к болезни и больному, взаимосвязи количественных и качественных оценок при установлении диагноза, а также процессе лечения больных. Авторы обращают внимание на большую значимость взаимодействия внешней среды и организма при анализе причин заболеваемости и выработке профилактических мероприятий.

При изложении основных проблем медицины авторы дают обстоятельную критику ряда концепций, распространенных в последние годы в буржуазных странах. Так, например, дается критический анализ тем воззрениям, которые неоправданно фетишизируют и переоценивают роль техники в медицине и умаляют значимость лечащего врача, его профессиональные знания, нравственно-этический подход к больному, от которого во многом зависит исход лечения. Рассматривая важнейшие проблемы медицины под углом зрения решающей роли социально-экономических факторов, А. Ф. Билибин и Г. И. Царегородцев подробно раскрывают несостоятельность и односторонность биологизаторских, автогенетических теорий, являющихся идеологическим кредо в медицине современных буржуазных теоретиков.

Опираясь на факты, идеи и выводы, содержащиеся в ранее опубликованных работах, авторы ставят ряд новых проблем и дают им оригинальную трактовку.

Книга «О клиническом мышлении» (философско-деонтологический очерк) может быть рекомендована как студентам-медикам, так и преподавателям медицинских вузов, а также практическим врачам и научным работникам в области медицины, независимо от их специальности.

Доктор медицинских наук, кандидат философских наук *С. Я. Чикин.*

Введение

«...я врач. Это гораздо больше, чем принято думать»

Парафраза М. Горького

«Я верю, настанет день, когда больной неизвестно чем человек отдастся в руки физиков. Не спрашивая его ни о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одна на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они выечат его одной единственной пилюлей. И все же, если я заболею, то обращусь к какому-нибудь старому земскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаза, пощупает пульс и живот, послушает. Затем кашляет, раскуривая трубку, потрет подбородок и улыбнется мне, чтобы лучше утолить боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

Антуан де Сент-Экзюпери.

Человек нуждается в самопознании медицины не менее, чем в какой-либо другой области знаний. Она должна быть понятной не только для врача, но и в определенной мере для пациента. В последнее время о медицине много говорят, ею интересуются, охотно критикуют ее, и нередко зло. Она подвергается критике значительно больше, чем любая другая область человеческой деятельности и знаний.

¹ Цит. по книге: М. Мижо. Сент-Экзюпери. М., «Молодая гвардия», 1963, с. 273.

Почему же так происходит? Этому необходимо дать объяснение. Врача не может не интересовать будущее медицины. Будущее есть у всех специальностей. Его надо встречать уже сейчас, и встречать достойно. О будущем надо думать и предвидеть его еще и потому, что мы живем в динамический век, в век небывалого расцвета техники и науки. Новое входит в нашу жизнь; будущее тоже надо уметь принимать.

В последние годы начала быстро развиваться область знания, именуемая наукой о науке. Все чаще она называется науковедением. Естественно, что и в медицине возникает потребность в науковедческом синтезе, в осмыслении специфики своей профессии, своей деятельности. Это естественное стремление. Но это осмысление должно опираться на научно обоснованное мировоззрение, учитывающее в то же время особенности врачебной деятельности. И у врача, который нередко трудится в условиях клиники, должен быть, как говорят, свой катехизис, т. е. свод важнейших методологических и социально-психологических принципов, регламентирующих и направляющих деятельность врача.

Хочется представить себе, какой это катехизис, т. е. что собой представляет мышление врача, каким нам хочется его видеть и каким оно иногда бывает. Говорят, например, что современный врач все больше и больше в связи с внедрением технических средств диагностики и лечения утрачивает принцип индивидуального подхода к больному.

Для получения ответа на вопрос, каким должен быть врач, нужно проанализировать состояние врачебной деятельности в настоящее время. Во врачебной практике значительное место занимает деонтология, интерес к которой после длительного периода некоторой недооценки ее снова пробудился. В 1969 г. в Москве состоялась 1-я Всесоюзная конференция по врачебной деонтологии, прошедшая, как отметили все ее участники, успешно.

Деонтология — термин не совсем удачный и не совсем точный. Большинство считает, что между деонтологией и этикой очень много общего. Во всяком случае, деонтология одинаково необходима для всех врачей. Но каждый врач понимает ее по-своему. Врач обязан познавать до конца своих дней то «чудо», которое принято называть *врачеванием*. За последние годы медицина значительно изменилась и поколебала в некоторой степени нравст-

венные принципы врачей. Незыблемыми остались многие из нравственных основ нашего существования, возможно, элементарные, однако жизненно необходимые. И в медицинской этике есть то, что неподвластно времени, что представляет собой общеврачебное наследие, обогащающееся и совершенствующееся с переходом от одной социальной эпохи к другой.

В каждом истинном враче живет жажда совершенства, но разве это совершенство нужно искать только в каких-то извне привносимых «новациях». Оно рядом с нами, среди нас.

Врач использует в своей работе все, что он знает и имеет: образованность, эрудицию, технику. Но всего этого сплошь и рядом оказывается недостаточно; тогда он использует свой *опыт*, который обогащается индивидуальной *мудростью*. Принимая во внимание все сказанное, понятие «деонтология» нам хотелось бы расширить и образно назвать ее душой медицины и мудростью врачевания.

Развитие медицины, особенно клинической, невозможно без разрешения возникающих в ней противоречий. Быстрый темп развития науки и техники создает обстановку, в которой появляется много новшеств, которые влияют на человека; он вынужден меняться, менять свои взгляды, концепции, образ жизни, методы работы и т. д. В связи с этим встает вопрос: как себя вести в новой обстановке?

Противоречия возникают в развитии медицины как в капиталистических, так и в социалистических странах. Для разрешения противоречий, возникающих в условиях социализма, мы располагаем эффективнейшим инструментом — методом диалектического материализма.

Медицина в социалистическом обществе — самая передовая медицинская наука. Понятие «передовая» употребляется не только в том смысле, что она имеет известные достижения и успехи, но и в том смысле, что наша медицина в оптимально возможной мере служит интересам человека труда, будучи свободной от социального и экономического меркантилизма и эгоизма.

Развитие, как мы знаем, — процесс противоречивый. Во всяком развитии есть трудности, ошибки, недостатки, без преодоления которых не было бы самого развития. Дисгармония в развитии, естественно, может и омрачать. Нам кажется уместным прибегнуть в данном случае к по-

нятию «умонастроение». Этот термин многократно употреблялся К. Марксом и В. И. Лениным. Умонастроение— это емкое, широкое по своему объему понятие. Один из его аспектов предполагает гармоническое сочетание рас-судочности и чувства, точнее, сплав раздумья и чувства. В психике человека постоянно совершается переход от эмоционального к рациональному и обратно, и по сути дела между разумом и эмоциями нет незаполнимых про-пастей, «психических пустот».

В деятельности врача умонастроение в основном конкретизируется отношением его к своей специаль-ности, тем, что он считает главным в своей работе, его причастностью к больному и здоровому человеку, к нау-ке, культуре, к тому, что он думает о природе и общест-ве, о своих взаимоотношениях с ними, о своем долге, об ответственности за будущее, в том числе и тем, что он думает о жизни и смерти. Все это и составляет, так ска-зать, клиническое кредо врача — наиважнейшую суть, его мировоззренческое кредо.

Рассматривая умонастроение современного врача в этом плане, мы не можем сказать, что его горизонт всегда является безоблачным. В отношении медицины и деон-тологии врачебной деятельности высказано немало ори-гинальных и интересных рассуждений. Но правильные положения не всегда и не всеми реализуются, и интерес к ним все же еще недостаточный. Чем это можно объяс-нить? Разумеется, причина здесь не одна. Известное влияние оказывает небывалый динамизм жизни с его количественными накоплениями: много вещей, много тех-ники, громадное количество информации. Наряду с этим наблюдается определенная убыль внимания к качествен-ной стороне процессов за счет повышенного интереса к ко-личественным категориям и характеристикам. Одновре-менно отмечается у части естественников снижение интереса к философии. Интерес некоторых врачей в по-следнее время направлен на техническое оснащение медицины и на точные науки, а ко всему тому, что нахо-дится за пределами точных наук, к сожалению, нет должного внимания. Несмотря на успехи медицины, ав-торитет врача не всегда еще растет желаемыми темпами. Иногда возникают ситуации, когда больной стремится управлять врачом, и это ему в ряде случаев удается.

Некоторые врачи иногда забывают, что каждый его больной — *личность*, а не безликое существо. Об этом

им на студенческой скамье почему-то говорят мало и не всегда убедительно. Может быть, потому, что это считается само собой разумеющимся? Отдельные дисциплины, изучаемые в вузе, особенно те, которые имеют прямое отношение к личности человека, по своему объему невелики. Мы имеем в виду, например, медицинскую психологию. Некоторые рассуждают, что врачу нужны точные науки, а психология — наука неточная, как, впрочем, и сама клиническая медицина. Можно сказать, что если до сих пор недооценивается психология, то и клиническая медицина систематически упрекается в отсутствии точности. Точность, физика и математика — это, конечно, хорошо и необходимо в современной медицине. Но где же дорога к личности пациента?!

Лечить — значит управлять в известной степени личностью пациента, а управлять личностью может только специалист, соответствующим образом подготовленный. В вузах акцент делается на точных науках. Но нужно организовать учебный процесс так, чтобы не утрачивалось в будущем враче и основное его качество — человечность, сердечность, т. е. способность понять личность больного.

Мы должны ценить физику, химию, экспериментальную физиологию, биологию, которые крайне необходимы для клинической деятельности. Наряду с этим необходимо повышать внимание к живой, конкретной личности в лице больного. Пациент хочет иметь дело с врачом, который для него, травмированного своим недугом, оказался бы личностью с большей масштабностью, чем он сам. Врач волей или неволей должен стремиться стать таковым. Ему нужно усвоить, что значимость его собственной личности измеряется степенью влияния на пациента, а не только знанием закономерностей, взятых из так называемых точных дисциплин, каков бы успех их развития ни был. Врач должен максимально изучить то целостно-личностное направление медицины, которое культивируется со времен Гиппократов. Успехи точных наук так велики, что некоторым стало казаться, что техника может заменить врача. В действительности подобного не может быть даже в ветеринарии.

Недооценка личности, личностного подхода к больному в конечном счете исходит из неправильного понимания биологического и социального в человеке, из гипертрофии биологического, генетического и т. п.

Только комплексный подход к человеку, здоровому и больному, позволит преодолеть крайности биологизма и вульгарного социологизма. При изучении человека нередко приходится сталкиваться с двумя крайними, односторонними точками зрения. Одну из них можно назвать биогенетической, другую — социогенетической. Если первая исходит из признания фатальной биологической предопределенности всех свойств и качеств человека (здоровья, физических и умственных способностей), то вторая в такой же мере гипертрофирует роль социальных факторов в определении индивидуальной «судьбы» личности. Несмотря на внешнюю несовместимость, им присуще нечто общее — взгляд на человека как пассивное, страдательное существо, односторонне формируемое, однозначно преформируемое либо биологией, либо социологией.

Третья, компромиссная, так называемая конвергентная, точка зрения в некоторых отношениях преодолевает крайности первых двух. Но она рассматривает взаимодействие между средовыми и биологическими факторами как некое статическое, раз навсегда данное, равновесное состояние. Но ведь известно, например, что некоторые психические свойства человека в большей мере зависят от наследственности, другие — от среды, воспитания, третьи представляют «сплав» того и другого. Далее, наследственно-биологическое и средовое, их роль и удельный вес неодинаковы не только в норме, но и в патологии человека.

Другими словами, все процессы в организме в конечном счете зависят от воздействия среды, но диапазон этих воздействий и влияний во многом зависит от наследственной почвы, генетического, эндогенного преломления.

На основе анализа соотношения биологического и социального мы хотели специально подчеркнуть важность комплексного, системного подхода к здоровому и больному человеку.

Методы и приемы познания, применяемые в медицине

Плодотворное развитие комплекса медико-биологических наук невозможно без сознательного использования исследователями основных принципов диалектического ма-

териализма. С другой стороны, прогресс медико-биологических наук способствует развитию и обогащению марксистско-ленинской философии.

Исключительно важное значение для уяснения основных проблем медицинской науки имеет теория познания марксизма-ленинизма. Ее методологическое значение определяется тем, что она раскрывает и обосновывает основные принципы и наиболее общие закономерности познания безотносительно к тому, в какой области происходит познавательная деятельность. Но было бы неправильно считать, что познавательная деятельность врача во всех своих деталях и нюансах укладывается в «прокрустово ложе» общепознавательного процесса. С другой стороны, нельзя и гипертрофировать специфические особенности познавательной врачебной деятельности; в противном случае легко свести эту специфику до уровня идеалистически истолковываемой врачебной интуиции и т. п.

Специфичность и своеобразие процесса познания врача определяются прежде всего тем, что объектом его познания является наиболее сложное существо — человек, его нормальная и патологическая жизнедеятельность. Больной человек предстает перед врачом в роли не только объекта, но и субъекта познания. А если учесть, что в нормальной и патологической жизнедеятельности человека проявляются и субординируются все известные нам законы движения материи, то станут более ясными сложность и своеобразие познавательной деятельности врача.

Исходя из основных положений марксистско-ленинской теории познания, диагностику следует рассматривать как специфическую форму познания, в которой в то же время проявляются ее общие закономерности.

Диагностический процесс не имеет ни хронологических, ни пространственных демаркационных границ, отделяющих чувственное и логическое познание. Не случайно С. П. Боткин говорил, что уже в самом начале диагностического процесса, т. е. на стадии живого созерцания, необходимо не только собирание фактов, но и их критический анализ, определенная предварительная рациональная переработка, отделение основного, существенного от второстепенного и случайного.

Тем не менее собирание анамнеза, лабораторное и инструментальное обследование более всего тяготеют

к чувственной ступени познания. Но уже при собирании анамнеза врач руководствуется теми или иными теоретическими положениями и клиническими принципами. Его живое созерцание постоянно озаряется светом прошлого опыта, клинической эрудиции, господствующими клиническими воззрениями и т. д. Уже при собирании анамнеза и изучении симптомов и синдромов болезни врач в той или иной степени вынужден заниматься предварительным анализом, классификацией и группированием чувственного материала.

Специфичность диагностики как формы познания усиливает значимость чувственного созерцания. Это объясняется крайней индивидуализацией каждого больного и каждой болезни. Чувственное познание при выявлении индивидуальной природы болезни играет весьма большую роль.

В свою очередь так называемый рациональный этап диагностического процесса, выражающийся, в частности, в подведении того или иного конкретного заболевания под определенную нозологическую форму, неизбежно «обременяется» и дополняется постоянно накапливающимися конкретными «чувственными» сведениями и данными о состоянии больного. Как на стадии непосредственного (чувственного) познания больного, так и при рациональных поисках возможного, вероятного диагноза болезни врач проверяет, корректирует свои представления и понятия результатами лабораторных исследований и непосредственного наблюдения за развитием болезни. На основе этого можно заключить, что практика (в широком смысле слова) органически пронизывает весь диагностический процесс с начала и до конца, а не сводится лишь к окончательной проверке предварительного и вероятного диагноза и т. п.

Под углом зрения основных принципов марксистско-ленинской теории познания следует рассматривать и прогноз заболеваний. На основе диалектико-материалистического учения о законе как о совокупности объективных, существенных, повторяющихся в определенных условиях и устойчивых связях и отношениях между явлениями и процессами, как и внутри них самих, стало возможным разработать научные принципы прогностики заболеваний как одной из специфических форм научного предвидения в медицине. Законы патологии, как и всякие другие законы науки, отражают развитие явлений и про-

цессов не только в прошлом и настоящем. Они отражают и тенденцию их развития в будущем. Диагноз будущего, т. е. прогноз, строится на учете этой тенденции. Не отвлеченный, формально логический диагноз, вскрывающий лишь нозологическую принадлежность болезни, а индивидуальный диагноз позволяет сделать более правильный прогноз заболевания, опираясь на общепознавательную закономерность восхождения от абстрактно-логического мышления к конкретному мыслительному его воспроизведению. Диагноз настоящего заболевания и прогноз его развития в будущем — это диалектическое единство констатирующей (о прошлом и настоящем) и прогностической (о будущем) истины.

В диагностической деятельности врачу постоянно приходится иметь дело с объективными и субъективными данными и показаниями. От того или иного понимания соотношения объективного и субъективного, их роли и удельного веса в развитии и течении патологических процессов зависят точность и адекватность диагноза. Если объективное состояние больного влияет на его субъективные показания, то в свою очередь субъективное состояние не оказывается нейтральным по отношению к развивающемуся патологическому процессу.

В данном случае вопрос о субъективном моменте в болезни, в частности в болевом ощущении, нас интересует лишь в познавательном, отражательном плане. В этой связи нужно указать на неправомочность низведения боли до уровня элементарной, примитивной эмоции, примитивного переживания страдания. О неправильности такого понимания боли обоснованно говорит Б. Г. Ананьев¹. При отождествлении боли с примитивным переживанием страдания первая лишается специфически сигнальной, отражательной функции и содержания. Боль — это не только грубое, примитивное эмоциональное страдание, но и ощущение. Будучи субъективным, психическим явлением, болевое ощущение в определенной мере в специфической форме отражает и качество патогенного воздействия раздражителя. Определенная изоморфность раздражителя присуща и болезненному ощущению. В этом смысле болевое ощущение выполняет информационно-сигнальную функцию. В силу этого расшифровка содержания болевого ощущения позволяет до-

¹ Ананьев Б. Г. Теория ощущений. Л. ЛГУ, 1961.

полнить формулируемый врачом диагноз новыми, дополнительными чертами и особенностями. Экспериментальные и клинические данные, полученные в Лаборатории имени В. М. Бехтерева, свидетельствуют о том, что большинство болевых ощущений способно в специфической для них форме отражать не только интенсивность, но и качественные особенности патогенных и непатогенных раздражителей и воздействий.

В этой связи еще раз подчеркнем относительность подразделения субъективного и объективного. Подобная релятивность особенно наглядно проявляется при классификации методов обследования больного. Почему подразделение методов исследования врачом больного на объективные и субъективные следует считать условным, относительным?

Во-первых, потому, что уже при так называемом субъективном исследовании больного, т. е. при ознакомлении с жалобами больного о его состоянии, его болезненными ощущениями и т. д., врач в той или иной мере познает объективное состояние больного, патологические основы болезни. И в данном случае объективное и субъективное во многом сливаются.

Во-вторых, так называемое объективное исследование больного не исчерпывается лишь лабораторно-инструментальными методами. К объективным методам изучения больного относят и обычные классические физические методы исследования (пальпация, перкуссия, аускультация). А при использовании последних возможность субъективной (а нередко и субъективистской) оценки в интерпретации тех или иных объективных показаний весьма велика. Примером тому могут служить трудности диагностики пороков сердца, когда врачи нередко высказывают прямо противоположное мнение о том, есть ли шум в сердце или нет, систолический он или диастолический, функционального он происхождения или органического и т. д.

Бесспорно, несмотря на всю условность и относительность деления методов обследования на объективные и субъективные, нельзя стирать ту грань, которая отделяет их друг от друга.

Отождествление субъективных и объективных методов исследования, абсолютизация первых, выведение их за пределы реальной применимости являются гносеологическими предпосылками субъективизма и интуитивизма.

Специфика мышления врача

«Мышление — величайшая доблесть»

Г е р а к л и т

Слово «клинический» означает «связанный с болезнью». Надо сказать, что клиническое мышление как процесс почти не изучено. Кое-что улавливает тот, кто над этим задумывается, улавливает кое-какие закономерности, далеко не полно отражающие этот творческий процесс.

О разных видах мышления, соотносимых с теми или иными видами познания или деятельности, следует говорить больше, потому что в современной науке все чаще делается акцент на общелогические закономерности мышления. Кроме того, нередко познаются отдельно взятые функции. Клиническое же мышление апеллирует не к отдельно взятой функции, а к целостному процессу. Клиническая медицина по природе своей должна строиться на синтезе.

С этой точки зрения клиническое мышление имеет свои характерные особенности. Наука — обобщение фактов, добытых наблюдениями. Клиника — это тоже обобщение наблюдаемых фактов, но применительно к целостному организму. Известно, что закономерности целого — это не просто сумма закономерностей частей, так как при объединении и взаимодействии частей возникает *новое качество* — целое со своими специфическими закономерностями. Болезнь разворачивается по определенному плану. Но, образно говоря, это не план дома, а план сражения. Дом стоит на месте и мы всегда, имея план, можем создать другой такой же дом или много домов; сражение же — это постоянное движение, его повторить по тому же плану нельзя. И болезнь, в частности, — есть результат определенных этиологических факторов, но в то же время и результат многих других влияний. Можно сказать, что клиническое мышление — это та интеллектуальная, логическая деятельность, благодаря которой врач находит особенности, характерные для данного патологического процесса у данной конкретной личности. В клиническом мышлении врача всегда имеются элементы специфически личностного, сугубо индивидуального характера, причем проявление, реализация личного начала выступают сугубо качественным показателем мышления.

Клиническим мышлением раскрываются такие стороны патологии, которые никакими средствами нельзя раскрыть в эксперименте. Если же врач начнет работать в клинике так, как работают в экспериментальных лабораториях, то это будет означать потерю клинической специфики. Последнее происходит от избытка односторонне рационалистической настроенности части врачей. Но в клинической работе мышление в русле привычных представлений с повторением готовых, «установленных» истин сплошь и рядом оказывается не только недостаточным, но даже и пагубным. Это имеет место и в искусстве (литература, живопись и др.), где существует такое выражение, как «работать художественной ощупью». По аналогии можно сказать: врач у постели больного многое решает «клинической ощупью». Эта «клиническая ощупь» зиждется на опыте и знании врача и помогает ему в решении сложных клинических задач.

В клинической деятельности много догадок, но их много и в теоретической медицине. В ней догадки называются гипотезами и считаются закономерным явлением. В клинической же практике врач очень часто встречается не только с бесспорными фактами, но и с трудно объяснимыми явлениями. Поэтому настоящая клиническая работа — всегда творческое дело.

По существу в клинической деятельности и в научной работе много общего, но они не идентичны. Клиника имеет дело с человеком, в здоровье которого произошли отклонения от его нормального состояния. Эти отклонения нередко понятны врачу. В науке же о жизни, как ни в какой другой области знаний, истина редко бывает простой. Однако это не означает, что к математическим константам в клинике надо подходить упрощенно: их можно принимать, но нельзя фетишизировать и преувеличивать значимость. Борясь за научность медицины, мы должны избегать крайностей рационалистической ортодоксальности. В медицине есть все: и точность науки и неточность искусства. Но эта «неточность» по-своему важная и имеет принципиальное значение, делая ее (медицину), как ни парадоксально, более совершенной. Ведь точность и совершенство — не всегда синонимы.

Если внимательно присмотреться к лучшим произведениям литературы, в том числе и фантастической, то эта литература привлекает к себе читателя не своей «научностью», а как раз, наоборот, тем, что можно назвать

вымыслом: «хочешь — верь, хочешь — нет, а я, автор, на том стою».

Клиническое мышление доказало свою способность открывать новые явления, закономерности. Известны случаи, когда клиническая мысль была предвестником научных открытий. Исконная суть клинического мышления — находить, чувствовать законы человеческой природы. Если создадут ЭВМ, которая сможет ставить безошибочный диагноз и назначать идеально правильное и нужное лечение, то это будет означать, что нашелся человек, который создал совершенную перфоленту, и, следовательно, он — гениальный врач. Следовательно, заслуга в этом человека, а не машины.

Клиницист часто берет на вооружение пропамять человеческой культуры, т. е. все достигнутое обществом в этой области, и тогда в особенно трудных случаях у клинициста начинается брезжит мысль, в основе своей общечеловеческая. В такой мысли заключается замечательный катарсис¹, разрешающий диалектику патологического процесса, диалектику диагноза, диалектику лечения. Этот катарсис в эрудиции и человечности врача, в его гуманизме. Сила врача-клинициста не только в том, что он вооружен знанием, хотя это и крайне необходимо, но и в том, что он умеет находить «внутри» своего объекта — пациента, как он проникает в него на основе имеющихся знаний. Катарсис, по мнению древних великих врачей, облегчает чувство страдания, освобождает от аффекта, в котором находится пациент.

Мы бы сказали, что в катарсисе много общего с современным понятием «перестройки», «стимуляции», «генерализованным адаптационным синдромом». Клиницисту приходится сплошь и рядом иметь дело со статистическими закономерностями. В клинической практике он пользуется научными и техническими методами и в то же время ему приходится считаться с суверенными правами и силой человеческой души в ее неповторимом своеобразии.

Врач, овладевший клиническим мышлением, умеет анализировать свои личные, субъективные впечатления, находить в них общезначимое, объективное; он также умеет дать своим представлениям адекватное клиническое истолкование. Клиницист должен всегда обдумыв-

¹ Греческое слово, означающее «очищение».

вать и размышлять. Хорошо сказал К. Станиславский в статье «Работа актера над собой»: «рецептов нет, есть путь».

Профессия клинициста настолько отличается от всех других, что для освоения ее следует уделять больше внимания анализу и познанию собственной внутренней психической жизни, своим заветам и запретам, влияющим как на мышление, так и на поведение врача. И мышление свое клиницист должен культивировать, понимать, вскрывая его сильные и слабые стороны. Говоря общо, ему нужно усваивать и совершенствовать комплексную интеллектуальную работу. К полученным знаниям в школе и вузе, знаниям, приобретенным из книг, нужно прибавлять умение наблюдать и оценивать явления, прибавлять в личный опыт неповторимый опыт предшественников. Используя многие формы и особенности мышления, врач-клиницист совершает выбор и создает комбинации лечебных и диагностических мероприятий и процедур, нужных ему в данный конкретный момент с целью возвращения здоровья пациенту. Безусловно, мышление врача должно быть логичным, т. е. оно должно быть правильным, поддаваться контролю и проверке, быть в известной мере доступным рациональному способу доказательств. Но самая большая трудность состоит в том, что знания, приобретенные врачом, никогда не являются исчерпывающими. Иначе говоря, врач, как правило, выполняет свою работу в условиях относительной недостаточности знаний. Кроме того, представления врача динамичны: по ходу наблюдений появляются новые сведения, а следовательно, и новые возможности в лечении больных. Клиническое мышление нельзя механически отождествлять с формально-логическим, философским или образно-художественным. Клиническое мышление наряду с общим обладает и неповторимой в своем роде спецификой. Медицина, как ни одна другая область знаний, связана так тесно с другими науками. Особенность медицины заключается в том, что она всегда связана с людьми, а каждый человек, как известно, отличается особыми свойствами. В медицине сочетаются точное природоведение, физические, химические, биологические и психологические концепции, строго научные исследования, народная мудрость, эмпиризм, мировоззрение и привычки соответствующего народа, социальная политика и др. Ясно, что все это обуславливает сложность клини-

ческого мышления и принятия решений в отношении конкретных действий врача. В клинической деятельности речь никогда не идет о чем-то отдельном, изолированном. Наоборот, перед врачом постоянно возникает картина сложных взаимосвязей между органами, в отношении которых мы иногда знаем далеко не все. Однако это еще не означает, что если мы чего-то не знаем, то оно является несущественным.

Врач располагает определенными знаниями, но он должен осознавать, что эти знания далеко не полны. Врач нередко выполняет свою работу в условиях, не свойственных другим профессиям.

Сложные случаи в медицине иногда вызывают разочарование у врачей. Чтобы избежать подобного разочарования, врачу необходимо всегда стремиться к расширению своих знаний. Стремление к этому может заполнить пробел в медицине и открыть дорогу к новым научным открытиям. Вместе с тем врач должен интересоваться особенностями психики каждого больного. Если врач не заинтересуется психикой личности, душевным миром своего пациента, то он не сможет стать квалифицированным специалистом.

Клиническое мышление врача, непосредственное наблюдение за больным, позволяет ему глубже понять многие особенности заболевания и избежать подстерегающих познание опасностей.

Находясь иногда под гипнотическим влиянием точных наук, некоторые врачи хотят, чтобы клинические процессы управлялись теми же законами, которые являются основными в других специальностях. Такое понимание равнозначно отрицанию специфики клинического мышления.

Иногда в науке высказываются как бы «окончательные суждения», которые через короткое время пересматриваются. Не исключено, что мы бываем не в меру легковверны по отношению к самоуверенным «знатокам истины». Ошибочно полагать, что человек получает информацию о нынешнем мире только через устное и письменное слово. Нам известен еще и такой «язык», как непосредственное ощущение и восприятие. Восприятие дает сырой материал для мыслей, образов, сопоставлений. Из них извлекается только существенное. Возьмем для примера воспитание. Разве воспитывают только словами? Громадную роль играет личный пример.

Клиническая работа трудна, увлекательна и ответственна. И чем больше этой работе уделяет внимания врач, тем он талантливее. Если мы говорим о талантливом враче, то имеем в виду такого, который беззаветно любит свою профессию. Таких врачей любят и пациенты. Они любят врача не только за результат его работы, но и за его отношение и интерес к ней, за любовь к своему труду, что не может не заражать пациента, больного человека жаждой жизни, жаждой понимания происходящего.

Для того чтобы стать хорошим клиницистом, нужно, кроме всего прочего, быть всесторонне образованным человеком. Вспомним таких врачей, как Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, В. П. Образцов, Ф. Г. Яновский, А. М. Федоров, С. С. Юдин и др. Все они обладали большими знаниями не только в области медицины; если образно выразиться, то они были поэтами своей профессии. Благодаря своему опыту и знаниям хорошие клиницисты всегда видят более глубоко, более проникновенно, чем многие другие врачи, их современники. Врач не должен утрачивать способности непосредственности восприятия.

Такой непосредственностью обладают обычно врачи, интересующиеся своей работой и любящие ее. Вспомним, как М. М. Пришвин описывал природу, которую не раз, а бесчисленное количество раз описывали поэты, писатели. Однако М. М. Пришвин сумел еще раз ее показать как бы впервые открытой и впервые нанесенной на карту. Врач, любящий свою специальность, также стремится изучить больного как исследователь, отправляющийся в неведомую и удивительно любопытную страну, где его ждут богатейшие залежи материала, до него еще не открытые. Он не чурается мелочей, ибо в мелочах открывается главное. В ходе непосредственного восприятия возникают мысли, образы, сопоставления; ведь из них только и извлекается существенное, формируется желаемое решение.

Еще при жизни датского сказочника Андерсена ему кто-то сказал: «Вас часто упрекают в недостатке знаний, но, может быть, наука обязана будет вам больше, чем кому-либо». Нам вспомнились эти слова потому, что жесткое разделение действительности на два мира: мир науки и мир искусства—не только ошибочно, но и приводит к нелепым ситуациям. Это происходит, вероятно, потому, что при подобном подходе разрывается непосред-

ственно невоспринимаемая связь рационального и чувственного познания. Рациональное познание — это основа познания, важнейшая часть его. Необходима гармония рационального и всех других видов познания. Она помогает принять правильное решение, для которого нужен критерий. Таким критерием в клинической медицине является компромисс между рационально правильным и эмоционально, нравственно приемлемым, «хорошим», полезным, а иногда и просто субъективно приятным. Анализируя интеллектуальную деятельность клинициста, следует заключить, что мысль его — это производное от разума, сердечности, его гражданской совести, желания приносить пользу. Именно поэтому на врача с особой трепетной надеждой смотрят многочисленные пациенты.

Стоит ли стремиться к превращению закономерностей лечебной медицины в математически строго выраженные закономерности во всех случаях врачебной практики? Такой вопрос (и даже более того — задача) некоторыми современными учеными ставится вполне серьезно. Для адептов такого направления даже постановка подобного вопроса вызывает резкое сопротивление, и всяческие попытки проанализировать данные «за» и «против» сопровождаются призывами: нельзя возвращаться назад, к Гиппократу.

А между тем подобное понимание основано на серьезном недоразумении. Нельзя медицину делить на две части: научную и ненаучную. К сожалению, такой подход имеет еще место среди врачей. «К сожалению» мы говорим потому, что такая точка зрения сковывает мысль. Отправляясь от этого «сковывающего» положения, некоторые приветствуют то, что научно, а то, что в силу каких-то причин отнесено к «ненаучному», отвергают как нечто бесполезное и зачастую даже как «не существующее». Иногда то, что не имеет внешне убедительных доказательств, считается не заслуживающим внимания.

Попробуем рассуждать так: если существует научная и ненаучная медицина, то возникает вопрос: как же ненаучная медицина становится научной? Надо полагать, берется «нечто» из ненаучной части медицины и путем изучения превращается в научную. Значит, прежде чем стать научным, это «что-то» какое-то время должно существовать в преднаучной форме. Следовательно, то, что мы называем ненаучным, — не «ничто», а какая-то потенция науки. А если это «нечто» потенциально научное, то

его никак нельзя отбрасывать, тем более не признавать, объявлять несуществующим и несущественным.

Распространенным является мнение, что истину открывает только наука, поэтому-де нужно приветствовать только научную медицину, т. е. все то, что основывается на установленных с очевидностью и лабораторной воспроизводимостью фактах. А все то, что не основано на очевидных фактах, является не стоящей внимания забавой. Подобные взгляды по сути дела к истинной науке отношения не имеют, так как наука, как известно, не только опирается на факты, но и базируется на идеях, гипотезах и т. п.

Более важным в жизни вообще и в клинике в частности являются не столько сами факты, сколько их взаимосвязь, образующая определенную систему, а также отношение к ним со стороны врача с обязательным при этом чувством меры и такта. Отношение к фактам в клинике исключительно велико. Труд клинициста — это обязательное сопоставление фактов. Клиницист, в сущности говоря, и проявляет свое индивидуальное, личностное отношение к фактам. Пусть это отношение субъективно, но и отношение к тому или иному методу исследования имеет «личностный резонанс», даже больший, чем то или иное доказательное отношение к тому же факту. Клиницист — это интерпретатор. Лечебная медицина без приложения личности врача — не медицина.

Слепое преклонение перед данными научных методик, иными словами, перед голыми фактами, не есть наука, это лишь наукообразность. Наукообразность распространяет на изучаемые явления с разных сторон уже известные, традиционные методы. Представители ее перестают замечать, что, кроме их точки зрения, существует еще какой-то другой взгляд, для них же все то, что не пересчитано и не получило свой количественный ранжир, — либо хаос, либо вздор. Как это ни парадоксально, но такое отношение к явлениям может убить всякое творческое начало.

Есть области человеческой деятельности, где рельефно проявляется сплав науки и искусства. Эти области давно уже по сути дела опровергли досужие вымыслы насчет их принципиальной несовместимости. К таким областям, например, относятся педагогика, литературная критика и, безусловно, клиническая медицина. И именно современный человек, участник научно-технической

революции, должен не только обладать научными знаниями, но и быть душевно чутким. Хороший клиницист — это проникновенный человек и большой психолог. Вот почему области деятельности человека, представляющие сплав человеческого разума, науки, этики и искусства, — это сферы приложения человеческого труда с большим будущим. Наличие в медицине элементов искусства, таким образом, не обедняет, а наоборот, обогащает ее.

Связь медицины с искусством глубоко симптоматична: в ней видится как бы надежда на постижение научной медициной «иррациональных» глубин пациента. Известно, что влюбленные в науку смеются над «иррациональным» точно так же, как представители искусства тысячелетиями смеются над рассудочной прямолинейностью некоторых ученых. Так или иначе люди познают окружающие их явления и окружающих людей с помощью научного, понятийного, и образного, художественного, мышления. В последнем, как известно, большую роль играет эмоциональность, художественно-эстетическое оценочное суждение. Человек познает не только логически, посредством понятий, но и при помощи эмоций. Жизнь так устроена, что нужно не только узнавать и доказывать, но и показывать. Отсюда ясно, что познание человека, образно говоря, осуществляется разными способами. Творчество ученого, в том числе и клинициста, не только рациональная, но и эмоциональная деятельность. «Одним умом в десяти томах не скажешь того, что сказано десятком лиц в каком-нибудь „Ревизоре”»¹. Все это говорит о том, что труд подлинного врача, так же как и ученого, должен быть этичным и эстетичным. Там, где нет этих качеств, чаще всего может возникать пристрастие к лженауке и псевдонауке.

Итак, феномен клинического мышления или, выражаясь вульгарно, «кухня» постановки диагноза, принятия ответственных решений и назначения лечения несомненно существует. Нельзя себе представлять дело так, что в медицине, образно говоря, наряду с замком существует всегда хорошо подобранный ключ. По существу каждый раз нужно решать вопросы конструкции замка, а затем и подбирать заново ключ.

Во врачебной практике нередко приходится встречаться с тем, что иногда по поводу заболевания и

¹ Гончаров И. А. Собр. соч., Т. 2, с. 104.

лечения одного и того же пациента один врач говорит одно, а другой — совершенно иное. Да, так было, так есть и, очевидно, долго еще будет. Постановка диагноза и назначение лечения — творческая деятельность. А где творчество, там споры и разные, не сходные решения и подходы. Каждый клиницист — это художник своего дела. Разумеется, степень удачливости и плодотворности этого творчества различна. Такие великие художники, как Л. Н. Толстой и Ф. М. Достоевский, будучи современниками и живя в одной стране, смотрели на одну и ту же действительность, но черпали из нее совершенно непохожие восприятия. Это происходило и происходит потому, что количество восприятий бесконечно, а люди, их воспринимающие, различны. Невозможно полностью переложить постановку диагноза и назначение лечения на машины, кибернетику, физику и химию. В клинической деятельности нужно использовать различные дисциплины: так называемые точные и неточные. Их синтез призвано осуществить творческое клиническое мышление с его психологическими, нравственно-этическими и эстетико-философскими основами. Проблема клинического мышления включает много важных моментов: условия, возможности в данный отрезок времени, опыт, традиции той или иной школы, импонирующие врачу, склонности к новаторству, эмоции, степень собственного мастерства и мировоззрение и вообще весь багаж интеллектуальной энергии врача, то, что можно назвать врачебной праматерью человечества.

В клинической деятельности мало только количественных показателей образованности. Здесь все возрастающую роль играют качественные характеристики, в том числе и субъективного порядка — сердечность, доброжелательность, сострадательность и т. п.

Знания любого специалиста, в том числе и врача, не могут быть неизменными. Но вполне резонно возникают вопросы: всегда ли наши знания находятся в активном состоянии? Полностью ли они вовлекаются в круговорот общественной жизни? Участвуют ли эти знания активно в преобразовании интеллекта и духовного мира человека?

Накопленными знаниями гордятся. Знания стали фактором престижа, уважения. И нередко людям начинает казаться, что чем больше у человека знаний, тем он умнее, талантливее, ярче как личность, но увы! Мы часто убеждаемся, что это не всегда так. «Ходячие копилки»

информации, из которых сведения сыплются словно из рога изобилия, нередко готовы поучать окружающих и наставлять их на путь истинный, но «...многознание не научает быть умным», изрек еще 2500 лет назад Гераклит Эфесский. В справедливости этого афоризма мы и сейчас постоянно убеждаемся, чем бóльшими знаниями располагаем.

Во многом сила знания зависит от того, как мы ими владеем, умеем ли на их основе мыслить творчески, возводить на этом фундаменте архитектуру собственного духовного мира и овеществлять свои знания в практические дела. Ввысь нас поднимает не склад накопленных знаний, а та система, в которую эти знания приведены и которая придает им новое качество, переводит их в активное, созидательное состояние и делает их орудием производства новых знаний, новых духовных и материальных ценностей. Знания нужно творчески перерабатывать. К сожалению, мы мало применяем усилий, чтобы тренировать, стимулировать способности мыслить, и интенсивно заботимся, чтобы наполнить мозг до краев информацией из самых разнообразных отраслей науки. В лучшем случае мы совершенствуем свой ум по жестким правилам формально-логического мышления, вместо того чтобы тренировать его в плане решения крупномасштабных творческих проблем.

В сущности все сказанное относится к теории мышления. Практическое значение этих суждений заключается в понимании того простого положения, что усвоение и накопление знаний и умений не равносильно развитию мышления, т. е. многознание, начитанность, эрудиция и творческое мышление — не тождественны.

Врачу, если он хочет, чтобы прочитанное в книгах, выученное в вузе не осталось лежать мертвым грузом, надо развивать свое мышление. Это значит — не воспринимать все как нечто безусловное, уметь задавать вопросы себе и окружающим, искать в вещах и положениях противоречия, предвидеть, мыслить не на один — два, а на три — четыре хода вперед, уметь приводить «к одному знаменателю» самые противоречивые, внешне несходные, но внутренне родственные обстоятельства. Надо расширять свой кругозор не только профессиональный, но и философский, общественно-политический, нравственный и художественно-эстетический. В действии и через действие лежит путь к творческому освоению своей профессии.

Разговоры о клиническом мышлении преследуют одну цель — расширить наши представления о медицине, научиться творчески владеть ее проблематикой. Наш век — век бесконечно множественных событий. Много событий, вещей, информации. А избыточность — одна из предпосылок возникновения инфляции, в данном случае инфляции духовной, интеллектуальной. Мы начинаем относиться безразлично к самым грандиозным открытиям и событиям. Отсюда неминуемое стремление все сжать, синтезировать, сгустить до определенной степени консистенции. Конечно, физика, математика дали очень много, но одними ими нельзя «дышать и жить». Всем известно, что азот в жизни, так же как и кислород, играет большую роль, он входит в состав воздуха, но мы погибнем, если будет дышать только азотом.

Медицина — область социально-биологическая. В механике иногда достаточно лишь знать, как действует система, в медико-биологической же сфере не менее важно знать, как система стала таковой, каковы ее история и предыстория, каковы основные этапы развития. А это не уяснишь, если не обладаешь диалектическим подходом к явлениям. Философские рассуждения, уплотняясь, духовно конденсируясь, приводят к определенному душевному состоянию и познавательному прогрессу. У различных людей в зависимости от их индивидуальных свойств развивается различный вид мышления: у представителей точных наук — преимущественно математическое мышление, у писателей — образно-словесное, у живописцев — цветное, у музыкантов — ритмически-звуковое и т. п. Нет ничего удивительного, что врач-клиницист пользуется клиническим мышлением, в котором общемыслительные законы специфически проецируются на объекты познания медика. Клиническое мышление врача — его знания, логика, душа; в нем и глубина, и широта. И нет такой техники, которая могла бы полностью смоделировать или заменить его, потому что сама медицинская техника есть производное клинического мышления, а не наоборот.

Итак, в понятие клинического мышления входит не только процесс объяснения наблюдаемых явлений, но и отношение врача (гносеологическое и этико-эстетическое) к ним. В этом и проявляется мудрость клинициста. Надо заметить, что клиническое мышление базируется на знании, почерпнутом из разнообразных научных дисциплин, на воображении, памяти, фантазии, интуиции, умении, ре-

мёсле и мастерстве. Воображение помогает по-новому комбинировать элементы жизненного опыта, результаты наблюдений, переживаний и поступков. Без воображения, фантазии нет научного творчества. Фантазия и воображение присущи не только мастерам искусства; они играют большую роль в науке, технике и, безусловно, в клинической работе. Фантазия, говорил В. И. Ленин, есть качество величайшей ценности.

Воображение называют древним живым пламенем мозга, в нем кроется созидательное начало, равнозначное по своим результатам разуму. Сходство воображения с памятью чисто внешнее. Способность удерживать в памяти отдельные цепи представлений не ведет неминуемо к новым фантастическим или реальным картинам. Память действует преимущественно механически: она воскрешает очень правдиво, но она ничего не меняет в ряду воссоздаваемых элементов. Воображение, наоборот, даже тогда, когда стремится остаться в определенных, заданных рамках опыта, не изменяя памяти, везде создает или находит новые сочетания и, таким образом, обнаруживает тенденцию к освобождению от гнета памяти, от ее жесткой, однолинейной предопределенности. Достоинства памяти не могут заменить принципа организации и синтеза при воображении, подборе необходимого с учетом руководящей, например диагностической, идеи или гипотезы.

Можно сказать, что воображение ведет к расплывчатости, некоторой аморфности. В то же время оно пылко и неотвязно. Чтобы избежать этой расплывчатости, или, как говорят, «разгула» воображения, врачу-клиницисту приходится то и дело ставить воображение под неослабный контроль логического, рационального мышления. Так поступал М. В. Ломоносов, который умел держать свое воображение, творческую фантазию «в крепкой узде холодного ума».

Воображение в клинической работе должно сочетаться с разумом. Хороший клиницист должен быть в какой-то мере и фантазером, увлеченным своей идеей, и человеком, умеющим критически мыслить. Воображение — творческая сила лишь тогда, когда оно при помощи разума открывает какую-то новую группировку элементов восприятия и воспоминания, которая соответствует объективным законам развития изучаемого процесса. Разум же в подобных ситуациях как бы ограничивается нега-

тивной ролью, контролируя работу воображения, следить за тем, дает ли оно желаемые результаты и устраняет ли все ненужное и излишнее ради постижения сущности изучаемого, целостности и гармонии его частей. Разум лишь помогает устранить ненужные ассоциации и привлекает наиболее ценное из сферы подсознательного. Нам кажется, что в клиническом мышлении мыслительный эксперимент играет очень большую роль. «Воображать,— писал М. Горький Б. Пастернаку,— значит внести в хаос форму, образ».

Врачу-клиницисту воображение необходимо еще и потому, что ему приходится постоянно держать в своем сознании целостный организм больного. А путь к представлению целостного предмета обязательно лежит через воображение.

О традиционных и нетрадиционных формах познания в медицине

В отличие от идеалистического понимания интуиции как особой способности внутреннего созерцания, внезапного алогического познания истины диалектический материализм рассматривает ее как естественную, но специфическую форму познания, опирающуюся на опыт, накопленные знания, которые на определенном этапе познания как бы «внезапно» подсказывают решение того или иного вопроса. Понять характер интуиции, ее значение в познании можно лишь при знании физиологических механизмов познавательного процесса, на которые в нашей литературе обращают слишком мало внимания. Эти механизмы всесторонне изучаются в павловской физиологии высшей нервной деятельности.

На основе современных данных физиологии высшей нервной деятельности психофизиологический механизм познавательной деятельности можно представить в следующем виде.

1. Аналитическое расчленение образа познаваемого предмета. В Институте высшей нервной деятельности и нейрофизиологии Академии наук СССР изучался механизм передачи и переработки информации в зрительных системах. При изучении функциональной организации центральных проекций зрительного анализатора обнаружены системы, клеточных элементов, реагирующих толь-

ко на световые раздражения и обеспечивающих точную оценку свойств световых сигналов.

2. Элементарная генерализация и возникновение смутных представлений о предмете по тем или иным его свойствам. Исследование процессов кодирования в зрительном анализаторе (В. Д. Глязер и др.) позволяет глубже понять природу опознавания зрительных образов. Эти исследования свидетельствуют о том, что опознавание образа происходит путем последовательного разворачивания сложных признаков, выработанных в процессе жизни индивидуума. Время опознавания изображения пропорционально количеству передаваемой им информации. В свою очередь сложные признаки образуются из элементарных, получаемых с помощью врожденных механизмов.

3. Дифференцирование (познание предметов и их индивидуальной особенности).

4. Вторичная генерализация (объединение предметов по их общим свойствам).

5. Абстрагирование и обобщение¹.

Бесспорно, приведенная схема психофизиологического механизма процесса познания лишь в общих чертах и весьма условно отражает основные этапы его развития. Но здесь важно отметить, что «обычный» процесс познания, как правило, происходит в большем или меньшем соответствии с законами функционирования психофизиологического механизма познания. Он также в принципе укладывается в рамки обычных, «типовых» логических форм мышления.

По-иному обстоит дело при так называемом интуитивном познании. Не все ассоциации, постоянно образующиеся в коре больших полушарий, могут осознаваться сразу. Часть из них до определенной поры, образно говоря, находится ниже порога сознания.

Изучение природы экстраполяционных рефлексов и опережающего отражения живыми существами действительности поможет глубже понять психофизиологическую природу интуитивного познания. Под экстраполяцией физиологи и психологи понимают своеобразное предвидение настоящих и будущих закономерностей изменения и развития некоторых процессов и явлений на основе знания их прошлых характеристик. Экстраполя-

¹ Дембовский Ян. Психология обезьян. Л. И. Л., 1963, с. 156.

ционным рефлексом А. В. Крушинский называет реакцию организма не только на какой-либо непосредственный раздражитель, но и на то направление, по которому перемещается этот раздражитель при его закономерном движении.

«Способность к экстраполяции, осуществляющейся, очевидно, на основе быстро образующихся ассоциаций между явлениями внешнего мира, находящимися в причинно-следственных отношениях, является, согласно нашему мнению, одним из важнейших критериев рассудочной деятельности. Отражая причинно-следственные отношения между явлениями внешнего мира, экстраполяционные рефлексy обеспечивают адекватную реакцию животных на эти отношения»¹.

Экстраполяционные рефлексy, видимо, являются одной из биологических предпосылок не только возникновения мышления человека, но и такой его специфической формы познания, как интуиция.

Большой интерес для понимания психофизиологической природы интуитивного познания представляет случай решения одного вопроса, описанный И. П. Павловым. На одной из «сред» в 1934 г. он говорил: «Я нахожу, что все интуиции так и нужно понимать, что человек окончательное помнит, а весь путь, которым он подходил, подготавливал, он его не подсчитал к данному моменту»².

Согласно павловскому учению, кору мозга нельзя рассматривать одинаково возбудимой в каждый данный момент. Помимо зоны оптимальной возбудимости, в ней имеются и такие участки и зоны, которые находятся в заторможенном состоянии. Образование же новых ассоциативных связей — это не только монополия возбудимых зон. Они могут возникать и в зонах с меньшей возбудимостью и даже в более или менее заторможенных участках мозга. Но возникающие в них новые связи, ассоциации не осознаются в данный момент. Через порог сознания они проникают лишь при определенных условиях. В этом случае сам процесс формирования «готового» решения той или иной проблемы, задачи исчезает из «поля зрения», а сознание фиксирует лишь «конечный», «готовый» его результат. Так как временные нервные связи, отражающие процесс подготовки «законченного»

¹ Крушинский А. В. Формирование поведения животных в норме и патологии. М., Изд. МГУ, 1960, с. 186.

² Павлов И. П. Среды. Т. II. М.—Л., Изд. АН СССР, с. 227

решения, находятся в заторможенном состоянии, то в силу этого и сам результат кажется внезапным, алогичным и т. д. При отождествлении же этой видимости с сущностью процесса легко встать на позиции идеалистического понимания интуиции. При интуитивном познании видна лишь заключительная, «результативная» часть этого сложного познавательного процесса. Начальные и последующие стадии процесса познания как бы пропускаются. Но и при интуиции процесс познания происходит в основном в соответствии с законами и формами логического мышления, на основе функционирования психофизиологических механизмов и законов. Для понимания логической природы интуитивного познания необходимо уяснить соотношение непосредственного и опосредованного знания. Если при «обычном» познании, несмотря на его опосредованность, каждый его новый логический этап продолжает предыдущий и служит исходной предпосылкой для последующего, то при интуитивном познании логическая цепь рассуждений как бы разрывается, из нее «выпадает» среднее, промежуточное звено, а на поверхность сознания всплывает лишь ее конечное, заключительное, «результативное» звено. «Так как рассматриваемое в целом познание есть движение и процесс, в котором каждое звено обусловлено и опосредовано предшествующими ему звеньями, то для знания в целом характерна не непосредственность, а именно опосредование»¹. Эта опосредованность познания при разрыве логической познавательной цепи делает возможным интуитивное познание.

Медицинская литература пестрит самыми разнообразными и нередко взаимно исключаящими высказываниями об интуиции. Проф. В. Ф. Чиж (1913) по существу превратил интуицию в единственный способ медицинского диагностического познания. Интуицией мы постигаем именно то, писал он, что отличает данного больного от других, создает его индивидуальность².

Широкое распространение интуиции в медицине обусловлено рядом причин. Во-первых, отсутствием необходимых знаний об этиологии и патогенезе ряда заболеваний, с одной стороны, и безотлагательной необходи-

¹ Асмус В. Ф. Проблема интуиции в философии и математике. М., Соцэргиз, 1963, с. 291.

² Чиж В. Ф. Методология диагноза. СПб. Изд. «Практическая медицина», 1913, с. 41.

мостью оказания помощи больному — с другой. Это противоречие создает возможность выдвижения различных скороспелых предположений, гипотез о природе и сущности не познанной еще болезни. Оно может породить соблазн проникнуть в тайну болезни необычным, интуитивным путем и т. д. Отсутствие диалектико-материалистического мировоззрения, непонимание подлинных путей познания окружающего мира — благоприятная предпосылка для возникновения идеалистических представлений о роли и месте интуиции в познании.

Во-вторых, кастовый характер медицины антагонистического, эксплуататорского общества ведет к тому, что познание болезней нередко рассматривается как монопольная привилегия определенной группы людей, наделенных даром особого интуитивного постижения истины.

Передовые отечественные ученые и врачи предельно ясно очертили тот предел познавательных возможностей, которыми располагает интуиция. Говоря о месте интуиции в процессе познания, проф. В. Я. Данилевский писал: «Рациональная медицина требует диагноза и лечения как результата, логически вытекающего из фактов. Чем меньше всяких догадок так называемой подсознательной интуиции, чем меньше основывается врач на своих «первых впечатлениях» и на «верности своего взгляда», тем точнее и научнее его метод. Только в этом случае «искусство» распознавания и врачевания может войти в систему объективного знания или естествознания»¹.

С. П. Боткин указывал на широкое распространение автоматизированного мыслительного процесса во врачебной, особенно диагностической, деятельности. «...Диагнозы по первому взгляду врача на больного были причиной общеизвестного мнения о верности или неверности так называемого взгляда того или другого доктора. Нет никакого сомнения, что при известном навыке и известных способностях у людей может развиваться в очень значительной степени способность делать заключения на основании первого впечатления и нередко без участия сознательного центра мышления... Врач, делающий диагностику больного или заключения о его болезни, не имея достаточного количества фактов, на основании одного

¹ Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование, 1921, с. 83.

только первого впечатления на его центры через посредство его периферических приводов, действует по инстинкту»¹.

«Скачкообразность» мыслительного процесса, беглость и конспективность течения мысли при интуитивном познании могут явиться причиной диагностических ошибок. В большинстве случаев интуиция «идет в разрез с тем, что требует наука, — с точностью»².

Абсолютизируя момент подсознательного, автоматизированного в мышлении, некоторые зарубежные ученые превращают интуицию в особую иррациональную, алогическую форму познания. Н. Фиссанже, например, говорит, что врач сверхрациональным путем узнает болезнь, как узнает человека при встрече, не подчиняясь логическим законам мышления и не детализируя логики подобного узнавания»³.

Интуицию как специфическую форму познания, характеризующуюся «укороченностью», «конспективностью» суждений и т. д., следует рассматривать лишь как один из вспомогательных приемов познания, требующих обязательной практической проверки.

В связи с характеристикой так называемой врачебной интуиции следует определить роль и место методов самонаблюдения и клинического наблюдения. В литературе и практической врачебной деятельности нередко встречается нигилистическое или открыто негативистское отношение к данным методам исследования. Вряд ли целесообразно полностью отрицать самонаблюдение как один из вспомогательных методов познания. Следует лишь указать на недопустимость его низведения до идеалистически понимаемой и истолковываемой интроспекции, игнорирующей объективный анализ наблюдаемых чувств, мыслей, переживаний, болезненных ощущений, отрицающей необходимость изучения их физиологических и патофизиологических механизмов.

Самонаблюдение как один из многих и неглавных методов познания нельзя превращать в единственный и ведущий метод познания, как это делают представители интроспективной, субъективистски ориентированной психологии.

¹ Боткин С. П. Клинические лекции. Т. II. Медгиз. М., 1952, с. 15—16.

² Лериш Л. Основы физиологической хирургии. Л., 1961, с. 18.

³ Fissinger N. Diagnostic. practice. Paris, Masson, 1948.

Но для медицины в целом, включая и медицинскую психологию, несравненно большее значение имеет не самонаблюдение, а метод клинического наблюдения, нередко недооцениваемый некоторыми медиками.

Если эксперимент на животных лишь приближенно отражает те или иные физиологические и патологические состояния, необходимые для познания аналогичных процессов в человеческом организме, если он является лишь вещественной моделью физиологического или патологического состояния человека, то метод клинического наблюдения является своеобразной «копией», «снимком», с натуры оригинала. Конечно, нельзя противопоставлять лабораторный эксперимент на животных и метод клинического наблюдения. Они должны корректировать и взаимообогащать друг друга.

Важность метода клинического наблюдения, его большая познавательная ценность обусловлены прежде всего тем, что при помощи этого метода необходимые медицинские знания «снимаются» непосредственно с оригинала, т. е. больного человека. В эксперименте же (в силу невозможности экспериментирования на человеке) знания «снимаются» лишь с более или менее отдаленного «натурального заменителя», т. е. животного, со своеобразной «живой модели». «Но медицина,— говорил И. П. Павлов,— как исследование не лишена своих важных особенностей. Условия, которые ставит в своих исследованиях физиолог, есть дело слабых рук человека, его ограниченного ума; в мире же болезней в сфере наблюдения врача комбинируют явления, разъединяют их могучие жизнь и природа». «Сколько можно указать случаев,— продолжая свою мысль, говорил И. П. Павлов,— где клинические наблюдения вели к открытию новых физиологических фактов». Известно, что на основе непосредственного клинического наблюдения за течением болезненных процессов С. П. Боткину удалось открыть такую важную закономерность их развития, как волнообразность. Клиническое наблюдение выступает как одна из важных форм практической проверки полученных экспериментальным путем знаний. В этом смысле его можно рассматривать не только исходным, но и заключительным методом в познании закономерностей развития болезней человека. Но учитывая, что патологический процесс развивается в человеческом организме, как правило, ранее того, чем человек становится объектом меди-

цинского обследования, и что первоначальные патологические изменения (главным образом функциональные) не сразу проявляются клинически выраженными симптомами и синдромами, следует сделать вывод об ограниченности метода клинического наблюдения, о необходимости его дополнения другими методами, способами и приемами познания и исследования.

Процесс клинического мышления далеко не всегда развивается последовательно-логическими путями. Нередки случаи, когда врач-клиницист как бы минует один или несколько познавательных этапов, обязательных для обычного, традиционно понимаемого логического мышления, как бы «перепрыгивая» через несколько его ступеней. Иногда вывод предваряет посылки: врач уже знает, что он должен делать, еще не представляя себе, как это сделать очевидным для другого врача. Такое мышление называют интуицией.

Интуиции долгое время не придавалось должного значения, в последние же годы интуиции в процессе познания уделяется определенное внимание. Во всяком случае в вопросах клинической практики интуиция может играть роль творческой догадки, представляющей собой проявление сознания, а не нечто таинственное и мистическое. Такое понимание интуиции не противостоит научному познанию, так как является одним из его обычных инструментов. Творческий поток не всегда должен быть «виден глазу». Только с идеалистических позиций интуиция представляется чем-то таинственным, мистическим. С позиций же научного материализма интуиция представляется иначе: она просто «нижний план» того же сознания при творческом процессе. Не надо думать, что интуиция играет роль только в области искусства. Интуиция применима и в науке. Но и в искусстве, и в науке руководящая роль принадлежит сознанию.

Интуиция («инсайт», «наитие») — это явление реальное и, как было сказано, не содержит в себе ничего мистического. Думать иначе в настоящее время наивно. Надо лишь категорически отвергнуть попытку награждать эту сферу мыслительной деятельности всеобщей способностью решать разнообразные трудные вопросы, математические задачи, творить художественные образы, «угадывать», «проникать», «открывать», «изображать», т. е. способностью, проявляющейся без участия интеллекта.

Интуицию считают необходимым атрибутом человеческого познания, однако ее конкретной моделью нередко представляется лишь одна ее разновидность — «лирическая интуиция», находящая свое воплощение в произведениях искусства, в художественных творениях.

Еще в XVII веке философы-рационалисты Р. Декарт, Б. Спиноза, Г. В. Лейбниц обращали внимание на тот факт, что ум иногда обнаруживает истины не на основе логического доказательства, рассуждения, а путем непосредственного интеллектуального видения. Р. Декарт указывал в своих трудах, что в ряде случаев нужно отбрасывать все узлы силлогизмов и вполне доверяться интуиции, единственному пути, остающемуся у нас. Философы-рационалисты признавали факт интуитивного постижения истины и даже считали его высшей формой познания. В акте интуиции, как пишет В. Ф. Асмус¹, разум одновременно мыслит и созерцает.

Современные исследователи также говорят, что наряду с логической структурой мышления есть еще и компоненты, которые не могут быть сведены к строго логическому доказательству и которые составляют важное звено в эвристической, познавательной деятельности. Интересно в этом отношении высказывание А. Эйнштейна: «Для меня не подлежит сомнению, что наше мышление протекает в основном, минус символ (слова), и к тому же бессознательно».

Интуиция способствует проникновению в суть опыта, в сущность явлений, ибо тенденция интуиции — свернутое воспроизведение всей проблемы сразу. Интуиция, как говорят философы, тождественна синтезу «разного и множественного в едином». Она — синтез, нечто организующее хаотическое многообразие впечатлений в некую целостность. Она не только сообщает форму этой устойчивости, но, более того, воплощает эту целостность в некий образ. Л. Н. Толстой также считал, что интуиция выполняет синтетическую функцию в нашей интеллектуальной деятельности.

Результат подлинной интуиции непременно находит какое-либо выражение. То, что не объективируется в познании, не является интуицией как таковой.

Интуиция не есть простое, разовое, алогичное «усмотрение» некоторого содержания. Такая точка зрения одно-

¹ Асмус В. Ф. Проблема интуиции в философии и математике. М., «Мысль», 1965, с. 17.

сторонняя, так как здесь не учитывается выразительное, т. е. ориентированное на оформление, структурирование «увиденного» со стороны интуитивного акта¹.

М. Горький полагал, что то человеческое качество, которое именуется интуицией, возникает из запаса впечатлений, которые еще не оформились мыслью, не оформились сознанием, не воплощены в мысль и образ. Есть много впечатлений, не включенных в сознание, существующих за порогом сознания.

До сих пор часть медиков отрицательно относится к интуиции, и напрасно — интуиция так же отражает объективную реальность.

Возникновение и формирование новой информации нередко сопровождаются некоторой потерей старой информации. Но, будучи перекрыта новой информацией, старая информация далеко не всегда и не полностью является «бросовой». В ней могут содержаться прообразы ответов на вопросы, которые не были заданы ни на уровне старой, ни на уровне новой информации, но которые неизбежно встанут на уровне новейшей информации, в свою очередь перекрывающей новую. Такие явления давно уже известны в истории науки и техники как преждевременные открытия и изображения. Член-корреспондент АН СССР Л. Воронин, опираясь на экспериментальные исследования, уже высказал предположение, что в деятельности человеческого мозга как бы принимает участие вся *предыстория развития* нервной системы, т. е. в ней могут участвовать также механизмы и закономерности, которые присущи менее высокоорганизованным существам². Очень вероятно участие в интеллектуальной деятельности современного человека опыта, накопленного нашими предками, вплоть до пралюдей. Опыт, накапливающийся как генетическим, так и социальным путем, носит не столько индивидуальный, сколько коллективный, родовой или общевидовой характер. Общевидовой опыт *Homo sapiens*, аккумулированный в его генетической и социальной памяти, и составляет, как полагают большинство исследователей, основу интуиции.

Действие интуиции в момент открытия, в момент творческого озарения, подобно разовому переходу потен-

¹ К р о ч е Б. Цит. по статье Ю. Давыдова «Между интуицией и долженствованием». Вопросы литературы, 1969, № 11, с. 101.

² «Известия» от 31/XII 1968.

циальной энергии в кинетическую, что подтверждает в то же время и мысль о некоторой эквивалентности энергии и информации. В любом творческом акте (индивидуальном) как бы незримо участвует все накопленное за десятки тысяч лет антропогенеза всем человеческим родом.

Роль интуиции в научном творчестве показывает, что наука связана с преднаукой и пранаукой неразрывной генетической цепью. Значимость интуиции в познании бесконечна как само познание. Но интуиция бессильна, когда она сталкивается с решением задачи, не имеющей никаких аналогов в опыте предшествующей эволюции.

Врач-клиницист рассуждает и как ученый и как художник, у которого суждения полны непосредственности и окрашены субъективными эмоциями. Клиницист не только логически познает явления, но зачастую, как говорят, «угадывает» их путем интуиции. «Бессознательное,—указывает Б. В. Полонский,—обширная область наследственности, инстинктов, автоматических актов, влечений, биологических потребностей, физиологических процессов, область безусловных рефлексов—может оказывать усиливающее или тормозное влияние на направление мысли, на характер синтетических актов и другие его особенности. Она обуславливает те или иные реакции организма на внешнюю среду, предопределяет то, что называется темпераментом, психической конструкцией человека»¹.

Отмечая роль интуиции в клинической работе, мы одновременно подчеркиваем, что клиническая медицина — наука. И не изучая грамматики медицины, питающих ее научных дисциплин, их методов, невозможно стать врачом-клиницистом. Вдохновение, воображение играют определенную роль, но надеяться лишь на них нельзя. То вдохновение, та интуиция, о которых мы говорим, немислимы без большой и подчас упорной затраты труда, терпения, дисциплины.

Расцвет таланта невозможен без сочетания врожденных способностей и дарований с упорным трудом в усвоении научного и культурного наследия. Дарование без упорного труда не может принести успеха. В самом искусстве (живопись, музыка, балет, ораторская деятельность и пр.) гораздо больше, чем принято думать, такого, чему можно обучить и что передается по традиции. На-

¹ Полонский Б. В. Сознание и творчество. Л., 1934, с. 76.

пример, вспомним о балетном мастерстве. Балерина тогда производит впечатление неотразимости, одаренности, артистизма, когда она научилась хорошо преодолевать трудности исполняемого танца. Кто-то сказал, что самое лучшее искусство, когда не чувствуешь искусства. Неустанный труд — основной закон настоящего искусства.

Интересны высказывания по этому поводу известного литературоведа А. Белого. «Ремесло в искусстве,— говорил он,— стоит бесконечно выше всякого другого ремесла. Эту-то особенность художественного творчества (и вообще творчества), т. е. соединение непосредственности, интуиции с кропотливой работой не способны понять люди, чуждые творчеству»¹. Однако отметим, что и другая крайность — поклонение одной технике, одним лишь доводам рассудка, заученным правилам ни к чему не приводит, так как игнорируется воображение, фантазия, вдохновение, как говорят, первичное начало творческой деятельности. С одним вдохновением можно натворить в медицинской деятельности немало бед, если предоставить свободу своему порыву и не держать его под контролем разума, который должен со всей строгостью взвешивать каждую акцию на весах ее подлинной целесообразности.

В итоге можно сказать, что воображение, чувство и разум — взаимно дополняют друг друга в общей творческой работе. И если воображение доставляет материал, а чувство стимулирует деятельность, то разум играет роль своеобразного регулятора и судьи.

Некоторые, подчеркивая роль интеллектуального начала в клинической работе, не считают возможным видеть в нем элементы творчества и говорят, что клиническая работа является такой деятельностью, где анализ, учет, обдумывание играют первостепенную роль. Все это так, но ни анализы, ни учет, ни знания, почерпнутые из соответствующих дисциплин, сплошь и рядом не могут заставить клинициста перейти к конкретным действиям, которые необходимы именно в данный момент. Только исходя из научных данных, можно продолжать дополнительные работы по различным анализам и исследования до тех пор, пока будет найдено решение. Но для врача объектом деятельности является живой человек, болезнь которого часто требует принятия *немедленного*

¹ Белый А. Мастерство Гоголя. ОГИЗ, 1934.

решения. И тогда на помощь приходит опыт врача, который позволяет выйти из затруднительного положения без того, чтобы не давать в данный момент ответа: «как», «почему». А такая работа врача уже и есть творчество. А там, где творчество, там и догадки, там и интуиция.

Когда мы говорим «интуиция», то заранее нужно сказать, что мы здесь не подразумеваем ничего такого, что противоречило бы уже известным фактам и что поставило бы науку в недоумение.

Интуиция — продукт мысли и большого опыта. С интуиции ведь часто и начинается дело. Интуицию нужно рассматривать в одном ряду с логическим мышлением, с тем, что называется понятийным (интеллектуальным) познанием. Между прочим, интуиция так же, как и логическое мышление, не гарантирует от ошибок.

Интуицию можно определить как способность предугадывать целое раньше, чем в наличии скажутся все части этого целого, как способность охватывать в воображении самое существо отношений, раньше, чем эти отношения будут исследованы.

Дело в том, что часть наших впечатлений оказывается слабой по сравнению с другими, поступившими в тот же момент, и перестает нас занимать. Мы их как бы «не осознаем» или, вернее, не полностью осознаем известное время, хотя они и налицо. Оказывается, что область ясного сознания не особенно широка и охватывает лишь ограниченное число фактов, а все, что в данный момент не входит в нее, находится «за порогом сознания», но при определенных условиях может оказаться в фокусе сознания. Неосознаваемого, *смутного* неизмеримо больше, чем ясных представлений, доступных нашему сознанию. Как говорит И. Кант¹, на большой карте нашей души *освещены* только немногие пункты. Это обстоятельство может возбуждать у нас удивление перед нашим собственным существом. Здесь, конечно, следует оговориться, что в связи с развитием медицинской науки темных пятен в ней остается все меньше. Это свидетельствует и о возможности познания явлений, против чего возражал И. Кант.

Поступившая в сознание информация, как правило, не теряется совсем, а сохраняет силу и в зависимости от интенсивности своего первого появления воскрешается

¹ Кант И. Соч. Т. 6. М., «Мысль», 1966, с. 366,

Снова, как только появится необходимость. Когда мы не знаем того, что можно назвать нашим внутренним богатством, и у нас нет ясного представления о нем, когда мы его не переживаем как нечто реальное, тогда мы говорим о «бессознательном». Но и эти явления имеют такое же происхождение, как и первые. Их существование не создается и не контролируется личностью, а отсюда чувство, что мы имеем дело с какой-то иной категорией переживаний. Для преобразования бессознательных восприятий в сознательные, для перехода их из скрытого архива памяти в активное состояние большое значение имеют связанные с ними чувства, эмоции или эффекты. Эмоционально окрашенное впечатление дает толчок ассоциациям. Опираясь на эти немногие данные, ум поднимает до уровня сознания утонувшие где-то образы. Это и является мостом, ведущим от настоящего к прошлому, от действительности к творческим ассоциациям. Итак, чувства имеют большое значение в деятельности разума и воображения. Поэтому для объяснения всего непредвиденного и нового, всего, что происходит неожиданно, не требуется прибегать к каким-то исключительным теориям. Удачное решение поставленной задачи нередко приходит внезапно: «вспыхивает догадка», появляются неожиданные комбинации идей, яркие ассоциации озаряют клинициста как будто бы без всякого предварительного обдумывания. Но это лишь так кажется. Как и в искусстве, в клинической работе догадка исходит из опыта и идей, которые занимали врача ранее; всякая бессознательная акция клинического работника находится в связи с вопросами, над которыми он размышлял,— никто и никогда не делает открытий в области, чуждой кругу его знаний и интересов.

Еще Гете говорил, что нам не остается ничего другого, как копить и хорошо сушить дрова, а огонь вспыхнет, когда придет время, и мы сами будем удивлены этим.

Истина состоит в том, что творчество не является, как некоторые предполагают, делом только инстинкта или интуиции. Вообще, чтобы прийти к творческому решению задачи, чтобы найти путь к оригинальным и удачным ассоциациям, необходимы годы упорного труда. Если бы признанные таланты решились ждать прихода творческого вдохновения или интуиции, они никогда не были бы таковыми. Вдохновение приходит к тому, кто трудом коует возможности его возникновения. Самым хорошим

возбудителем творческого настроения является регулярный труд, систематическая работа. Вдохновение заключается в ежедневном труде. При условии, конечно, безупречного знания своей профессии и любви к своему делу.

Вспомним работу и высказывания о своей профессии А. П. Чехова, Г. Флобера, Л. Н. Толстого, Ф. М. Достоевского, П. И. Чайковского. Последний писал: «Весь секрет в том, что я работал ежедневно и аккуратно»¹. Можно высказать уверенность, что прошло уже время, когда интуиции придавали мистический смысл.

Разновидностями интуиции является то, что во многих областях человеческой деятельности называется чутьем, например, музыкальное чутье, чутье художника-живописца, чутье следопыта и т. д. Так, человек, музыкально осведомленный, по двум-трем тактам слышимой им музыкальной пьесы уверенно определяет композитора музыкального произведения. Равным образом опытные ценители искусства по одной детали отличают, например, кисть Поленова от кисти Врубеля и т. п. Сюда же относится и клиническое «чутье». Посредством его клиницист распознает картину болезни и отдельные ее компоненты. Подобные виды чутья имеют материальную базу; это не таинственное наитие. База эта состоит из солидных знаний своей профессии, знаний конкретного предмета, запасов специальных сведений, интереса к предмету и опыта. Опыт в данном приложении, да и по существу своему есть синтез теории и практики, помноженных на коэффициент времени тренировки. Отсюда ясно, что чем больше опыта, тренировки, тем скорее появится база для интуитивного чутья. О связи интуиции с трудом часто и немало говорили в своих биографиях писатели, композиторы, живописцы, ученые, врачи и др. Например, Джек Лондон, богатая творческая деятельность которого давала многим повод думать о том, что интуиция в его творчестве играла первостепенную роль, говорил о себе: «Я никогда не жду интуиции, я человек тяжелого труда»². Интуитивное чутье — тот момент, когда ряд впечатлений, мыслей, отрывочных знаний, накопленных ранее, вдруг ассоциируется, вступает между собой в связь; эта связь устанавливается в мозге. И все мысли приводятся

¹ Цит. по И. К у н и н у. Чайковский. М., 1958.

² Цит. по И р в и н г у С т о у н у. Джек Лондон. Биография. М., «Молодая гвардия», 1960.

в систему, объединяются и дают какой-то вывод, какую-то новую мысль, решение. Таким образом, интуитивное чутье, интуиция — не наитие, откуда-то извне пришедшее, а активное рабочее состояние сознания, находящегося во взаимодействии с подсознательными структурами мозга.

Постоянство клинической работы оказывается важным интеллектуальным двигателем, одной из предпосылок для возникновения оригинальных и удачных решений. Навык — это добытая трудом склонность к созиданию; навык оказывается «искусственным» инстинктом, который только внешне ничем не обязан сознательному умыслу. Наряду с приобретением навыка в клинической работе большое место должна занимать и техническая подготовка, познание методов. Все это еще более развивает клиническое чутье.

Знания, полученные в институте, применение этих знаний на практике, работа под руководством опытного клинициста, навык, техника, владение методами, любовь к своему делу — вот, что нужно для квалифицированного клинициста. Интуиция в ряде случаев — хороший двигатель фантазии и мысли. Использование интуиции в постановке прогноза, да и диагноза наводит некоторых людей на мысль о сходстве ее с приемами древних оракулов. Но это лишь внешнее сходство. Некоторые исследователи прибегают при выработке долгосрочных прогнозов в области развития науки, техники к так называемому дельфийскому методу¹. При этом методе экспертам-исследователям предлагают целый список вопросов, например: «Когда, по вашему мнению, станет возможным чтение мыслей на расстоянии?». Ответы каждого затем сообщались всем остальным участникам, а их критические замечания в свою очередь направлялись автору ответа. По существу все это имеет место и на медицинских консилиумах. Для выявления «средней ошибки» такая процедура может повторяться (обычно 3 раза). В результате устанавливается коллективное мнение, которое вернее, чем любое индивидуальное. По мнению ряда ученых, результаты опроса — не точные предсказания, а лишь «прогноз возможного развития событий». Примерно то же происходит и на консилиумах.

Клиницисту, помимо знаний, которые он отчасти получил в вузе, а затем продолжает получать уже самостоятельно в жизни, нужно приобрести умение ремеслу. Умение — качество исходное, первичное. Оно похоже на

кладку кирпича во время строительства дома; без знания своего дела каменщик никогда не возведет правильно стен. Но право творчества получает тот, кто не просто умеет класть кирпич, но видит дом готовым во всей его красе и завершенности. Такой каменщик — уже зодчий, мастер. Хотя умение — качество первичное, но чтобы его добиться, надо упорно работать. Врачу, деятельность которого претендует на мастерство, нужно сначала овладеть ремеслом, узнать «нрав», характер материала, с которым имеешь дело, инструментарий и правила пользования им. Вот почему нам кажется не лишенным интереса определение медицины проф. В. Ф. Чижем, который писал, что медицина — одновременно наука, ремесло и искусство.

Владение ремеслом в медицине крайне важно. Ремесло сохраняет свое значение и в творчестве врача. Пренебрегать это значение не следует. Тем более не следует вкладывать в это понятие презрительный смысл. Но столь же ошибочной крайностью является и предположение, будто овладение ремеслом, даже в самой совершенной форме, может быть достаточным для творческой работы.

Для врача-клинициста слово «ремесло» имеет особый смысл. Каждое ремесло имеет своих мастеров, каждая специальность — своих Кулибиных. В клинической медицине также были выдающиеся врачи.

Клиническое мышление — это сложный, трудоемкий вид научного мышления, «законное дитя» науки.

Не стоит считать, что клиницисты — это гребцы, а представители некоторых смежных дисциплин — рулевые. Истинная наука имеет свою этику и ей должно быть чуждо стремление к узурпации. Существует «кодекс научной чести». И стремление ученого внедрить механически, без учета специфики полученные в его отрасли знания в другую специальность можно назвать «ученым варварством».

Сказанным выше мы защищаем роль клинического мышления, а его надо не столько защищать, сколько развивать. Разве, защищая клиническое мышление, мы покусаемся на технику и фундаментальные, точные науки. Наоборот, мы исходим из постоянного возрастания значимости последних. Постоянно развивать клиническое мышление — обязанность каждого. Противопоставлять науку, технику клиническому мышлению отнюдь нельзя; нужно их сближать. О таком противопоставлении науки,

правда, не клиническому мышлению, а искусству в свое время писал К. А. Тимирязев¹: «...немецкий физиолог Бюхнер в XIX веке написал популярный очерк о строении функции сердца. Ученый изобразил спор двух сердец — поэта и натуралиста. Одно твердит, что сердце влечет нас к прекрасному, трепещет и замирает от волнующих чувств, а второе вполне резонно объясняет, что сердце — не что иное, как полый мускул, разгоняющий кровь по телу и приносящий питание клеткам. Что это такое, как не «пересечение» науки и искусства. И такое пересечение не случайно. Между логикой исследования природы и эстетическим чувством... есть какая-то органическая связь».

Надо учиться уяснять суть противоречивости явлений, а не просто отбрасывать их. Практика же многих состоит в том, что они при сложных вопросах требуют, по выражению Шекспира, либо «домотканого да», либо «грубого суконного нет». Им лень и косность не позволяют следовать по многотрудному пути диалектики.

В. И. Ленин, выделив элементы диалектики, учил, что существуют не только единство противоположностей, но и переходы каждого определения, качества, черты, стороны, свойства в свои противоположные состояния. Это положение дает возможность глубже вскрыть сущность единства и взаимосвязи многих явлений и процессов.

В жизни много противоречий. Вот одно из той области, которая нас интересует в данном очерке. Наука и техника достигли небывалого расцвета, но в то же время все яснее и яснее выявляется нежелательный разрыв между так называемыми точными науками и науками о человеке. Тот самый человек, который покорил космос, освоил многие виды энергии, создал современную технику, расщепил атом, этот человек по своим психо-эмоциональным и моральным данным нуждается еще в значительном совершенствовании.

Работа врача сфокусирована на том объекте, имя которому — человек. Но что значит иметь дело с человеком, да еще больным. Это значит — находить какие-то закономерности, используя которые можно было бы помочь пациенту. Каждый человек — не изолированное существо. Он включает в себе тысячи свойств, множество нераскрытых возможностей, которые реализуются или не

¹ Тимирязев К. А. Соч. Т. V. М., Сельхозгиз, 1938, с. 430.

реализуются, в зависимости от обстоятельств, но так или иначе определяют различные грани его мышления, чувства и поведения. Поэты и психологи давно отметили добрососедство и взаимопереход несовместимых или очень отличающихся друг от друга эмоций. Например, «люблю и ненавижу» (Катул); «печаль моя светла» (А. С. Пушкин); «ликуя и скорбя» (А. А. Блок) и т. д. Иными словами, натура людей всегда противоречива, и оценивать ее при помощи двух цветов — черного и белого — нельзя. В познании большую роль играют и физиология, и психология, и кибернетика и другие разделы науки. Врачу так или иначе часто требуется отыскивать рычаги противоречивых состояний, противоречивых процессов, находить совмещение несовместимости или, как говорят, обживать противоречия. Если врач не научится разрешать противоречия, то он будет стоять всегда перед неразрешимой альтернативой: он будет скован системой «да — нет», т. е. будет постоянно находиться в пределах метафизических констант.

Каждому врачу одинаково свойственно мыслить как научно, так и художественно, как отвлеченно, абстрагируясь от всей совокупности свойств познаваемого предмета, так и синтетически, целостно, стремясь к охвату всего многообразия этих свойств. Врач-клиницист так же, как и художник, по мнению И. П. Павлова, рассматривает мир целостно. Иначе говоря, не узко, не односторонне специализированно. В сущности врач должен смотреть на своего пациента не только специализированно, но и воспринимать его целостно. В этом, несомненно, основное противоречие работы клинициста.

Для врача-клинициста теоретические представления должны еще доказать свою истинность практически. Если положения теории плохо согласуются с тем, что врач привык видеть, наблюдать, думать и чувствовать по разным поводам и обстоятельствам, то и теорию он не примет в качестве своего собственного убеждения. Это только в теории, скажет он, а в жизни все обстоит иначе. Чтобы там ни доказывали представители *точных* наук, а свою жизненно-практическую позицию я выберу сам, исходя из личного опыта. Можно знать много, представлять себе общие истины. Но врачу этого мало. Ему нужно иметь свое собственное *убеждение*. Сложность клинической работы состоит в том, что врач, не имеющий *своих* убеждений, лишен их практически.

Р. Оппенгеймер писал, что «человек науки и человек искусства всегда живут на краю непостижимого». Это относится и к врачу-клиницисту. Ведь медицина была и остается областью человековедческой и человекоцентрической, она имеет дело с личностью человека. А человек — существо сложное и противоречивое. Больной человек, с которым имеет дело врач-клиницист, представляет собой сложнейший узор патологических комплексов и потому разобраться в нем путем лишь логических заключений совершенно невозможно. Врач-клиницист сплошь и рядом в своей работе не «рассчитывает истину», но «созерцает» ее в своих представлениях, которые возникают в результате его опыта.

Интеллектуальная сила врача, сила его мозга состоит не только в логике, не только в умении одевать свое знание в математические одежды. Врач оперирует, кроме всего этого, еще, так сказать, качественными числителями, без которых нет доступа к личности человека, тем более больного. Самый совершенный алгоритм не может заменить живой противоречивой души человека. Модели — это хорошо, но в определенной мере это карикатуры на оригинал, так как им не хватает «нелинейных закономерностей». Работа врача — это сплав знаний, разума и чувства. Врач-клиницист должен быть большим мастером своего дела и быть свободным от предрассудков и установившихся профессиональных традиций. Техника, автоматика, ЭВМ — это чудо, но личность человека еще чудеснее. Между ЭВМ, вообще между техникой и человеком, такая же разница, как между книгой и телевидением. Ведь телевизор, например, может смотреть и гусь, но книгу может читать только человек. С уверенностью можно сказать, что в медицинской деятельности очень мало такого, о чем можно утверждать твердо.

В наш век разума, автотехники и кибернетики врач должен оставаться мыслящим специалистом. Снова напомним слова В. Ф. Чижа¹ (1913), который писал, что медицина — это своеобразная форма деятельности духа человеческого. Она в одно и то же время — наука, искусство и ремесло.

Медицина включает ряд наук, но, ведь, есть медицина и ненаучная, знахарская, «народная» в Китае, гомеопатическая.

¹ Чиж В. Ф. Методология диагноза. СПб. Изд. «Практическая медицина», 1913.

тическая во всех странах, а также религиозная. Современная медицина опирается на ряд дисциплин: анатомию, биологию, бактериологию, физиологию, химию, физику, радиологию, гистологию, гигиену, философию и т. д. Но ведь медицина включает и элементы искусства, и если это далеко не всегда заметно, то зависит от того, что люди, одаренные творческими способностями, встречаются в медицине не чаще, чем в других областях (скажем, в живописи, музыке, литературе и т. п.).

Медицина — это не только знания, но и искусство. Другое дело, что не каждый врач постигает это. А не стремиться к искусству медицина не может, она имеет дело с личностью человека, причем больного человека. А личность другого мы познаем иначе, чем отдельные части организма и отдельные процессы, совершающиеся в нем. Для раскрытия их мы пользуемся данными многих наук и путем логики и полученных нами из других наук сведений узнаем процессы, различаем их. Индивидуальность пациента становится доступной пониманию врача путем творческого анализа, интуиции. Если органы, процессы (некоторые) у пациента могут быть измерены и количественно выражены, то индивид как целостность, тотальность улавливается в основном субъективно. Такова сущность творческой интуиции, без которой нет настоящего искусства и подлинной клинической деятельности.

«Я» (индивид) другого может быть познано только другим «Я» (индивидом), и это совершается не только путем логического, но и художественного мышления.

Больной как индивид постигается иначе, чем болезнь. Болезни мы познаем через симптомы, а больной индивид, как метко выразился В. Ф. Чиж, является своеобразным *асимптомом* науки. Часто врач должен постигнуть то, что отличает данного больного от других, создает его индивидуальность.

Иными словами, врач-клиницист для познания личности своего пациента должен использовать все методы и способы, в том числе и художественные. С этих позиций идеалом был бы врач-клиницист, использующий все инструменты мыслительной деятельности.

Современная медицинская деятельность вытекает из науки, вернее, является ее специфической разновидностью. Поэтому мы, естественно, пользуемся теми же логическими операциями, теми же методами, как и во всех

других отраслях науки (биологии, химии и т. д.). Логика и методология науки разработаны достаточно хорошо и врачу изучать и знать ее нужно обязательно. Об этом говорить не приходится, это ни у кого спора не вызывает. Но этого недостаточно. Врачу нужно иметь сведения о том, что находится по ту сторону возможностей точных наук. Наука о природе оставляет много белых пятен в представлении о мире, о человеке. Они-то и ждут заполнения тем, что дает философское и художественное мышление. В медицине много таких ситуаций, сущности которых мы не знаем. Несмотря на это, в них необходимо разбираться, не дожидаясь выражения их в виде математических категорий и, главное, нужно действовать, уметь одно явление отличать от другого.

Противопоставление элементов науки искусству в медицине беспредметно. Хорошо известно, что научный метод в какой-то мере необходим и в художественном творчестве. Возьмите музыку или стихосложение. Вспомним Л. Н. Толстого, Н. В. Гоголя, Гёте, которые в известные периоды своей деятельности выражали неудовлетворение «обманом» искусства и стремились сделать его средством познания и утверждения истинной действительности. С другой стороны, такие ученые, как А. Эйнштейн, К. Э. Циолковский, считали свои работы осуществленными благодаря влиянию искусства. Искусство, оторванное от науки, М. М. Пришвин называл обманом, так же как и науку, оторванную от искусства,— мертвой водой.

Истинное знание (большое синтетическое знание) всегда талантливо и представляет собой, по выражению М. М. Пришвина, вечный памятник войны между талантливой ложью (мистика) и бездарной правдой (рационализм). В последние годы и в литературе все чаще стали появляться произведения, в которых синтез науки и искусства выступает очень рельефно. Это очерки и фантастические рассказы, романы, повести (И. А. Ефремов, А. Р. Беляев, С. Лемм, А. Кларк и др.).

В нашей жизни успех техники, физики и вообще науки приводит к внедрению различных машин, приборов, которые вызывают восторг, удивление, а иногда и фетишистское отношение к ним. Хороший врач не забывает внутреннего мира человека, а тем паче больного. Это тот мир, который мы не можем наблюдать непосредственно, «все вместе», как наблюдаем в микроскоп бактерию, как электрокардиограмму или энцефалограмму

и т. п. Внутренний мир человека постигается разнообразными, а не только рассудочными путями. Внутренний мир — это то, что нельзя пока измерить, подсчитать. Не считаться с внутренним миром больного нельзя, врач стал бы в таком случае ремесленником. Мы не хотим, однако, чтобы нас поняли, что мы против использования достижений техники. Нет, их следует только приветствовать. Тем не менее при всех технических нововведениях врач не должен терять сущности врачебной деятельности. У врача-клинициста основное — стремление к целостности, к пониманию индивидуальности своих пациентов. Чтобы охватить целое в человеке, нужно иногда суметь отвлечься от привычных рассуждений и не искать всегда точного смысла. Иначе говоря, прежде чем решить стоящую перед собой задачу, нужно осмыслить ее. Врач-клиницист каждый раз должен все глубже познавать своего больного. Делать это нужно с охотой, с любопытством и удивлением, так, как делают дети. Именно с удивлением, так как удивление, говорит М. М. Пришвин, лежит в природе человека и оно соединяет природу человека и природу мира воедино. Вот отчего нас тянет к природе. А врача, если он по призванию врач, всегда привлекает природа. При созерцании природы он начинает думать по-своему, и тогда ему открывается нечто значительное — многое из того, что и не снилось «мудрецам».

Врач должен быть мудрым, а быть мудрым врачом — это значит знать путь к личности больного и близкого вам человека. Больной для врача и есть близкий. Собираемый врачом анамнез не только помогает выяснить необходимые факты, но и сближает пациента и врача.

Медицина как никакая другая дисциплина нуждается в понимании вещей в их целостности. Нам часто не хватает системного, целостного понимания изучаемых процессов. Врач ведет с больным собеседование. В нем раскрывается многое: жизненные стороны пациента. И это очень подкупает последнего. В результате возникает нечто доверительное, душевное отношение сторон. Ведь, помимо профессионального разговора, есть еще духовное, нравственное общение врача с больным, выявляющее его горечь, тоску, сомнения, потребность в понимании. Выражаясь образно, возникает новая духовная ценность, которая имеет целебные свойства, лечебные, оздоровительные последствия. Эта духовная сила воз-

буждает энергию, которую и чувствует пациент. Это нечто подобное внушению.

Итак, врач стремится воспринять пациента как нечто целое, причем ему нужно это делать сплошь и рядом мгновенно. Поэтому в медицине (у клинического работника) так же, как и в искусстве, играло и играет до сих пор важную роль непосредственное впечатление или, как выражался М. М. Пришвин, впечатление «первого взгляда». Первый взгляд на вещь нередко определяет начало и направление творчества, во всяком случае он его зарождает. Врачи сознательно пользуются им, ценят его. У постели больного первый взгляд иногда определяет неожиданный поворот мысли, проливает свет на обыденные явления, симптомы.

Следует отметить, что каждую идею можно истолковать вульгарно, пошло и каждую идею можно опорочить плохим, недобросовестным отношением. Например, всегда можно презрительно сказать, что поставленный «на глазок» диагноз или «на глазок» назначенное лечение — это опасно и чревато плохими последствиями для пациента. Но защищая впечатления «первого взгляда», мы имеем в виду врачей, способных работать творчески; при исследовании больного душевный мир такого врача расширяется. Его раздумья влияют на поведение. Дело врача быть внимательным, более глубоко познавать и понимать больного. Впечатление «первого взгляда» принадлежит всякому, кто любит свою деятельность, кто ищет, сохраняет способность к удивлению, зарождающему творческий процесс, и развивает в себе способность узнавать целое через деталь и в то же время мгновенно.

Что может заметить врач «первым взглядом»? Какую-нибудь мелочь? Это так и в то же время не так. «Малое должно узнать себя в целом со всеми частями» (М. М. Пришвин). И вот это умение видеть целое через деталь врачу нужно развивать у себя. И он это сознательно или бессознательно делает. А если врач так делает, он приобретает опыт, значение которого, особенно в медицинской практике, всеми признается и ценится. Некоторые даже говорят, что в медицине важен только опыт; теория — это лишь мечта. Основа квалифицированного врача — опыт, а не память к заученному, говорил еще Парацельс. Но было бы неправильно противопоставлять опыт и знание, теорию и практику. Они едины и обогащают друг друга.

Врач и проблема целостности организма

Под «целым» диалектический материализм понимает взаимодействие, взаимосвязь и единство частей, входящих в тот или иной предмет, процесс и явление. Соотношение целого и частей в процессах и явлениях различных уровней (различных форм движения материи) неодинаково. Если в механических системах наблюдается определенная самостоятельность, некоторая независимость частей от целого, то в системах высшего уровня (например, в биологических), напротив, имеется тесная взаимосвязь частей и в то же время возможна относительная независимость целого от составляющих его частей.

Живой организм не представляет собой арифметическую сумму входящих в него частей. Он представляет собой особое качество, возникшее вследствие взаимодействия этих частей в определенных условиях внешней среды. Хорошо по этому вопросу сказал проф. В. Г. Вогралик: «Не клетки создают организм, а организм создает клетки; не части тела соединяются в организме, а этот последний дифференцируется на части, неизменно сохраняя при этом свои интегральные функции»¹.

Организм не является арифметической суммой его частей, так как каждая его часть — в то же время проявление сущности целого, его функций.

Материалистическая биология и медицина исходят из того, что организм как целое, как живая сложноорганизованная система — это нечто большее, чем все его части (клетки, ткани, органы) в их вещественном проявлении. Этот «остаток», это «большее» не является чем-то духовным, нематериальным, вроде виталистического «порыва к форме», «энтелехии» и т. п. Это «большее» — результат нового качества, возникшего в процессе взаимодействия составляющих организм частей (тканей, органов и систем) в ходе длительного эволюционного, филогенетического и онтогенетического развития.

В целом есть нечто большее по сравнению со своими частями, «неразложимое на эти части, понятое не через них, а лишь через себя, то, что, наоборот, обуславливает

¹ Вогралик В. Г. О современном направлении советской медицинской науки. Терапевтический архив, 1950, Т. XXII, в 4, с. 80.

специфическую характеристику части, именно как части целого, и самое существование ее в качестве таковой»¹.

Если в аналитическом отношении живой организм равен сумме физико-химических элементов, лежащих в его основе, то в синтетическом отношении (организм как живое функционирующее целое) он характеризуется качественно новыми, специфическими закономерностями биологического развития.

Проблема целостности организма привлекает внимание медиков и биологов с древнейших времен. «Все в организме,— писал Гиппократ,— представляет одно единственное стечение, одну единственную связь, одно единственное гармоническое взаимоотношение. Все направлено на целое. Ни одна вещь, заключенная в целом, не теряется, точно так же не возникает ничто такое, что не было бы уже раньше, но вещи изменяются, соединяясь и разъединяясь».

По мнению И. П. Павлова, всякий живой организм «...представляет крайне сложную систему, состоящую из почти бесконечного ряда частей, связанных как друг с другом, так и в виде единого комплекса с окружающей средой»².

В истории медицины вопрос о соотношении части и целого нередко решался либо в механистическом, либо в идеалистическом плане. Переоценивая роль частей и недооценивая целое, противопоставляя первое второму, механицисты стирают качественное различие между ними. Стирание качественного различия между частями и целым — важнейшая предпосылка для метафизического вывода о целом как арифметическом слагаемом его частей. По мнению метафизиков, качественная характеристика части не претерпевает никаких существенных изменений в зависимости от того, находится она в составе организма или вне его (например, клетки в составе живого организма или в питательной среде).

Метафизическая традиция противопоставления части и целого, местного и общего весьма живуча, она и в наше время существует в зарубежной медицине. В частности, Гравиц³ в статье «Новая ориентация в проблеме

¹ Гальперин П. Я. Заметки о принципе целостности. Советская психоневрология, 1933, № 3, с. 33.

² Павлов И. П. Полн. собр. труд. Т. 2. М.—Л., 1951, с. 452.

³ В. G r a v i t z. Nenorientierung auf dem Gebiete des Entzündungsproblems. Wien. med. Wschr., 1957, 45, S. 909—912.

воспаления» пытается доказать независимость воспалительной реакции от воздействия нервной и сосудистой системы. Он считает, что воспалительная реакция на любое раздражение физического, химического и биологического характера в виде лейкоцитарного превращения клеток носит сугубо местный, не зависящий от общего состояния организма, характер. Оторвав и противопоставив воспалительный процесс функционированию нервной и сосудистой системы, Гравец выдвигает гипотетическое положение о «специфическом биохимическом комплексе факторов», играющих роль в возникновении и развитии воспалительных реакций, но весьма неустойчивых.

Бесспорно, в организме высокоразвитых живых существ в процессе эволюции возникли защитные приборы и механизмы, действующие относительно независимо от центральной нервной системы. На основании большого лабораторного и клинического материала многие крупные исследователи (Н. Н. Жуков-Вережников и др.) справедливо указывают на то, что к подобным механизмам следует относить и некоторые компоненты воспалительной реакции, а также выработку антител, так как этот процесс связан с непосредственным контактом вредного начала (например, микробных антигенов) с клетками, вырабатывающими антитела.

Но важнейшие жизненные функции организма всегда протекают под координирующим началом центральной нервной системы, как выражением общего и целого в организме.

И. И. Мечников в статье «Задачи современной биологии» писал, что «...клеточка, играющая у простейших организмов роль самостоятельной особи, теряет свою индивидуальную природу в таких организмах, которые состоят из массы клеток, т. е. из так называемых тканей». Обосновав наличие связи между очагом возбуждения и всем организмом, И. И. Мечников тем самым разрушил господствующее в то время локалистическое представление о воспалении как о сугубо местном процессе.

Исходя из метафизического понимания онтологической стороны вопроса о соотношении части и целого, некоторые медики неправильно понимают и гносеологическую сторону этой проблемы, утверждая, что познание свойств и закономерностей части равнозначно познанию сущности целого. В работах Р. Вирхова проблема соотношения части (клетки) и целого (организма) получила

наиболее выраженный механистический, метафизический характер. Р. Вирхов абсолютизировал относительную независимость клеточных реакций организма, противопоставив их интегративным и коррелятивным функциям нервной системы. Относительную самостоятельность частей (клеток) он превратил в абсолютную, представив организм федерацией клеточного государства.

Подлинное единство и целостность, по мнению Р. Вирхова, существуют лишь в яйце и сознании. Уже первые стадии дробления якобы нарушают это единство и целостность. В 1894 г. на Международном конгрессе врачей Р. Вирхов говорил: «Мне представляется чистым анахронизмом поднимать вопрос об общих заболеваниях. Если у кого из присутствующих еще сохраняются в какой-либо мозговой клетке воспоминания об общих болезнях, то, по здравом размышлении, он должен прийти к заключению, что в каждом больном человеке остается значительная, обычно даже большая часть здоровой жизни, что больной, пожалуй, даже мертвый, образует только часть тела».

Переоценка Р. Вирховым части, местного, клеточного начала в организме равнозначна переоценке статики, относительного покоя в динамическом состоянии живого организма.

Патологическая анатомия, справедливо говорил Р. Видадь, решает задачу топографии и статики, часто оставаясь немой перед задачей динамики организма. Последняя является результатом взаимосвязи частей, результатом функционирования организма как целого в его взаимодействии с окружающей средой.

Целлюляризм логически ведет к игнорированию так называемых функциональных заболеваний и функционального состояния организма как сложной и целостной системы. Р. Вирхов не отрицал общее и целое, но понимал их метафизически. Общее состояние организма во время болезни, по мнению Р. Вирхова, это лишь пространственное расширение и арифметическое объединение местных патологических изменений. Целлюляризм находит видимость опоры и в современной биологии и медицине. В частности, им используется факт относительной независимости внутриклеточного обмена от нервной системы. На этом основании сторонники неоцеллюляризма делают вывод о тождестве обменных процессов, происходящих в изолированной клетке, помещенной в чашку

Петри и лишенной связи с нервной системой, и тех же процессов, происходящих в клетке живого организма, координируемого нервной системой.

Опытами акад. К. М. Быкова и его учеников убедительно показано наличие тесной связи между обменными процессами в клетках и функционированием нервной системы. «Функция органа остается... такой же, как мы ее наблюдали в обособленном рассмотрении, но в то же время, поскольку она содержит в себе нечто от взаимодействия, она становится иной. Равным образом функция остается функцией клетки, но, поскольку к ней присоединяется влияние взаимодействия, она перестает быть функцией только данной клетки»¹.

Таким образом, в результате взаимосвязи и взаимодействия части и целого отдельные функции клеток и органов подвержены качественным изменениям. Вот почему «...явления, раскрывающиеся в целом организме в суммарном своем проявлении, протекают и должны протекать иначе, чем протекали бы отдельные разрозненные части, взятые вместе как простая алгебраическая сумма всех явлений»².

Не видя качественного отличия целого по сравнению с его частями, механицисты в биологии и медицине приходят к отрицанию специфичности, присущей жизни, т. е. биологической форме движения материи. При таком подходе специфичность жизни, ее качественное отличие от неживого объявляются продуктом антропоморфизма, результатом человеческого познания, его несовершенства, субъективизма и т. д. Вот почему жизнь рассматривается механицистами как прикладная физика и химия (Ж. Леб и др.).

В виталистических и неовиталистических теориях проблема целого и части решается сугубо идеалистически. Корни идеализма в понимании данного вопроса уходят в натурфилософию Аристотеля. Идеалисты всех разновидностей, включая и виталистов, спекулируют аристотельским принципом, согласно которому целое больше суммы составляющих его частей. Да и сам Аристотель, раскрывая содержание того «большого», содержащегося

¹ Б о р о д у л и н Ф. Кризис современной медицины. Под знаменем марксизма, 1928, № 7—8, с. 240.

² О р б е л и Л. А. Выступление на дискуссии по книге А. Д. Сперанского «Элементы построения теории медицины» (декабрь, 1936). Архив биологических наук, 1937, т. 46, в. 2, с. 125.

в целостном организме по сравнению с составляющими его частями, давал ему идеалистическое толкование. Известно, что это «большее» было обозначено Аристотелем энтелехией, являющейся нематериальной силой, определяющей ход развития материи на пути к достижению конечной цели, так называемой *causa finalis*. Для витализма характерна невероятная переоценка роли целого, противопоставление его частям и превращение целого в «надматериальный» фактор.

Развивая идеалистические стороны натурфилософии Аристотеля, неовиталист Ганс Дриш говорит о существовании нематериального «остатка», появляющегося после объединения частей, входящих в состав живого организма. Этот «остаток» и является носителем жизни.

Многие современные зарубежные философы и медики в понимании проблемы целого и части стоят на позициях Аристотеля и Дриша. Вайтбрехт¹ в работе «Критика психосоматики» говорит, что, по мнению экзистенциалиста Ясперса, человек как целое никогда не станет предметом познания. Целое как проявление нематериального неуловимо, неразложимо и непознаваемо. Всякое познание человека, по мнению Ясперса, осуществляется лишь в частных аспектах.

Современный немецкий биолог Wensl также стоит на позициях витализма Дриша, утверждая, что жизненные процессы следует понимать «...либо как проявление преформирующего материя фактора, либо как актуализацию того, что уже находилось в материи, но уже является нематериалистической потенциальной силой»².

Виталистическое истолкование тезиса: «целое больше, чем сумма его частей» направлено против механистического понимания жизни и организма как арифметической суммы частей. В своем исходном виде правильный тезис получает у виталистов мистическое истолкование. Виталисты не учитывают, что природа «остатка», «большого» носит материальный характер, что она является выражением биологической специфичности живых организмов и т. д. Целое и часть, как и их «близнецы», — общее и местное, играют важную роль в методологическом вооружении медиков. Целое и общее хотя и очень близкие,

¹ Weitbrecht H. Kritik der Psychosomatik. Stuttgart, 1955.

² Wensl A. Die philosophischen Grenzfragen der modern Naturwissenschaft, 1954, S. 116.

родственные категории, но они не тождественны друг другу. Различие между ними, в частности, заключается в неодинаковости их объема. Часть и целое — это более общие категории, отражающие определенные взаимосвязи как в органической, так и неорганической природе. Категории же местного и общего — более узкие и характеризуют главным образом взаимосвязи явлений живой природы. Медицина, в частности, более всего использует для уяснения ряда процессов категории общего и местного. В частности, в настоящее время в связи с широким и все усиливающимся внедрением антибиотиков в лечебную практику возник вопрос о характере их терапевтического воздействия, действуют ли они лишь на микроб или на весь организм больного. Имеются сторонники того и другого взгляда.

Как показывают лабораторные и клинические исследования, антибиотики одновременно способны действовать и на патогенный микроб, и на организм в целом. «Антибиотики, — пишет Davison, — следует применять таким образом, чтобы создать непосредственный контакт с инфицирующим микробом. Поэтому общее лечение гораздо эффективнее местного. За исключением чисто поверхностного инфицирования, микробы обычно локализуются в тканях, поэтому лекарство может достичь их только путем диффузии, будучи доставлено к месту инфекции током крови»¹.

Указывая на наличие двух противоположных точек зрения в вопросе о терапевтическом действии антибиотиков, Н. Н. Жуков-Вережников говорил: «Истина заключается в том, что антибиотики и подобные им антибактериальные препараты действуют и на патогенный микроб и, будучи раздражителями, иногда даже чрезвычайными, — на организм человека»².

Проблема общего и местного, помимо своего теоретического, методологического аспекта, имеет и практическое значение. В. М. Виноградов и П. К. Дьяченко справедливо указывают на то, что «...ошибочное мнение о местной анестезии как методе выбора безотносительно к характеру заболевания и масштабу вмешательства послужило одной из основных причин, задержавших развитие отечественной анестезиологии и дальнейший рост

¹ Davison F., Effective antibiotic therapy, Curr. Med., Digest., 1958, 25, 3, 114.

² Журнал высшей нервной деятельности. Т. II, в. I, 1952, с. 16.

большой хирургии»¹. Соотношение общего и местного в патологии и в нормальном, физиологическом состоянии организма неодинаково, имеет специфические, отличительные особенности. В здоровом организме местные физиологические процессы представляют собой составные части единой, целостной централизованной регуляции организма через посредство центральной нервной системы.

В патологическом состоянии взаимосвязь этих процессов принимает иной характер. Удельный вес общего и местного в возникновении и течении патологического процесса неодинаков. Значимость местного и общего зависит от ряда обстоятельств, в числе которых важнейшую роль играет характер заболевания и стадия развития болезни. Если при одних заболеваниях роль местного влияния незначительна, то при других болезнях наоборот.

В медицине нередко встречаются факты абсолютизации роли местного момента в возникновении и развитии болезни. Отражением подобной точки зрения является так называемый закон Баумгартена: «При удавшемся заражении туберкулезные бациллы нигде не могут проникнуть в организм без того, чтобы не вызвать на месте вхождения туберкулезных изменений». Согласно этому «закону» всякое заражение якобы неизбежно ведет к возникновению «первичного комплекса», т. е. местных изменений в том или ином органе, являющемся воротами инфекции и в лимфатических узлах.

Игнорирование общего состояния организма и абсолютизация местного ведут к тому, что туберкулезные микобактерии наделяются роковыми, фатальными способностями вызывать болезнь при любом соприкосновении с макроорганизмом. «Есть все основания полагать, что возникновение первичного (местного.— А. Б., Г. Ц.) эффекта в воротах инфекции и при туберкулезе возможно только при условии массивности инфекции... При слабой инфекции первичные очаги возникают в своего рода местах наименьшего сопротивления (*locus minoris resistential.*), которыми являются для туберкулеза лимфатические узлы и легкие»². Конечно, нельзя отрицать определенной закономерности локализации («излюбленное ме-

¹ Виноградов В. М., Дьяченко П. К. Основы клинической анестезиологии. Общая анестезиология. Медгиз, Л., 1961, с. 3.

² Налетов Н. А. К вопросу о локализации первичных туберкулезных очагов в зависимости от ворот инфекции. Архив патологии, 1948, в. 5, т. X, с. 61.

сто болезни») при тех или иных заболеваниях. В этих случаях локализация болезни не зависит от того, через какие «входные ворота» проникла в организм та или иная инфекция. Несмотря на распространение бета-нафтиламина по всему организму, первичные проявления ракового заболевания наблюдаются лишь в мочевом пузыре.

Иногда местные, локальные, условия развития болезни играют бóльшую роль, чем особенности самого возбудителя. Последствия, как говорят некоторые авторы, являются результатом бинома: вирулентность микроба + + местные условия. Конечно, на особенности данного взаимодействия влияет и общее состояние организма. Иными словами, патологические, болезнетворные последствия зависят от дозы заражения и от места пребывания возбудителя и состояния защитно-приспособительных механизмов организма в целом. В большинстве случаев болезнь представляет собой целостную реакцию организма.

Нет абсолютно локальных, чисто местных, заболеваний. Все они в той или иной мере являются выражением общего состояния организма. «...Такие „местные“ очаги, как, например, тонзиллит, ангина и другие воспалительные процессы, лишь в клиническом понимании представляются местными, но общими в биологическом отношении»¹. Теория нервизма Боткина — Павлова является одним из естественнонаучных доказательств диалектико-материалистического положения о неразрывной взаимосвязи части и целого, местного и общего в жизнедеятельности организма. «Все болезни, как бы различны между собой они ни были, имеют между собой много общего, имеют общий синдром болезни, совокупность неспецифических симптомов, которые и представляют собой синдром настоящего существа болезни.

Врачи делают ошибку, когда лечат индивидуальную болезнь, ищут против нее специфические средства, не обращая внимания на неспецифический синдром, который является, так сказать, „корнем“ болезни и который именно и надо лечить прежде всего»².

¹ Шарлай Р. И. Достоверное, спорное и ошибочное в концепции Селье применительно к ревматизму. В сб.: Ревматизм и борьба с ним. Киев, 1960, с. 275.

² Глоzman О. С. Об адаптационном синдроме и болезнях адаптации (концепция Селье). Научные известия Казахского медицинского института, 1960, № 16, с. 167.

Взгляд на болезнь, её характер, особенности возникновения, локализацию и генерализацию во многом предопределяет и способ воздействия на болезнь. В самом деле, если местный процесс — лишь проявление общего состояния организма, то лечебному воздействию следует подвергать прежде всего организм как целое. С другой стороны, если общее состояние организма обусловлено тем или иным болезнетворным воздействием местных патологических процессов, то лечебное воздействие должно быть направлено главным образом на местные процессы, при этом особое внимание следует уделять общему состоянию организма. Развитие медико-биологических наук и клинической практики все более показывает ведущую роль общего, целостного состояния организма. Нельзя не согласиться с мнением некоторых ученых-медиков, что прогресс медицины «уменьшает» количество так называемых местных заболеваний, т. е. в ходе познания выясняется, что «чисто» местные болезни являются лишь локальным проявлением общего состояния организма. По мнению И. В. Давыдовского, «кожные болезни — фикция. Это — внутренние болезни, подчас — нервные с кожным проявлением». Г. П. Сахаров в свою очередь говорил, что даже бородавки на коже в своем большинстве являются нозологическим фоном, имеют расстройство общего обмена или же нарушения в деятельности нервной системы. Все более утверждается взгляд на воспаление, опухоль, ожог как на местные реакции целостного организма, отражающие его общее состояние. Известно, например, что при ожоге происходит нарушение обмена веществ не только на месте ожога, но и во всем организме. Последнее понижает защитное, иммунологическое состояние организма. Это в свою очередь делает подобный организм уязвимым для инфекционных заболеваний.

Местное и общее существуют в диалектическом противоречивом единстве. Это выражается в возможности взаимопереходов и взаимовлияний местного и общего. Если хирургическая операция в анатомическом отношении является местным вмешательством, то в физиологическом отношении — это общее воздействие на организм. Многие лекарственные вещества обладают местным и резорбтивным (общим) действием в одно и то же время. Например, хлоралгидрат местно раздражает слизистые оболочки, а при проникновении в кровь угнетающе действует на центральную нервную систему.

Современная медицина все более подтверждает тезис об относительном характере локализации. Последняя, как правило, говорит лишь о важности той или иной области заболевания. Лекарственные же вещества преимущественно оказывают общее воздействие на организм больного. Нередко местное повреждение (травма, ожог) ухудшает общее состояние организма, а укрепление общего состояния организма часто ведет к быстрому исчезновению местных повреждений и т. д. «Нередко воздействия, направленные на местные патологические изменения или на регуляцию функционального состояния той или иной системы организма, не достигают достаточных результатов вследствие общего снижения реактивности организма и недостаточной восприимчивости его к определенным лечебным средствам. В этих случаях укрепление общей реактивности больного, его нервной системы нередко исправляет положение»¹.

В заболевшем организме взаимоотношение общего и местного носит весьма сложный и противоречивый характер, в нем борются две взаимоисключающие тенденции — тенденция к расширению тех или иных патологических проявлений и тенденция к их сужению, локализации и обезвреживанию. Преобладание той или иной противоречивой стороны, победа той или другой тенденции во многом зависят от общего состояния организма, деятельности его защитно-приспособительных механизмов и т. д. В самом организме имеются такие механизмы, которые способствуют обезвреживанию, локализации патологического процесса. К ним относятся всевозможные гисто-гематические барьеры, барьеры лимфатических узлов и т. д. По мнению И. В. Давыдовского, всякая травма, особенно с нарушением анатомической целостности тканей, сопровождается общей катаболической реакцией, мобилизацией организмом необходимых энергетических ресурсов, высвобождением важнейших химических элементов (фосфор, азот, сера, калий и т. п.) для предстоящей регенерации.

Исходя из органической взаимосвязи общего и местного в организме, передовые представители медицины всегда считали, что «...врачевание не состоит в лечении болезни... Врачевание состоит в лечении самого больно-

¹ Вогралик В. Г. Об основных положениях современной практической медицины. В кн.: Общие основы терапии внутренних болезней. Горький, 1961, с. 23—24.

го». «Каждый больной, по различию сложения своего, требует особого лечения, хотя болезнь одна и та же»¹.

Из стихийно-диалектического понимания взаимоотношения части и целого, местного и общего и сущности самой болезни исходил крупнейший отечественный клиницист конца XIX и начала XX века А. А. Остроумов: «Организм — целое, расстройство одной части отражается на всем организме изменениями жизнедеятельности других его частей; поэтому ослабление одного органа расстраивает весь организм... Все отправления органов так тесно связаны между собой, что с какого бы органа мы ни начали изучать функции и строение организма, необходимо исследовать весь организм»².

Конечно, было бы неправильно переоценивать общее в ущерб местному. И. П. Павлов, имея в виду возможность переоценки общего, говорил: «Само собой разумеется, живой организм есть целое, но как отрицать элемент, это — бессмыслица, невежество, недоразумение...»

В теоретической и практической медицине имела место тенденция переоценки роли общего состояния организма. Не учитывалось, что нервная система не управляет всеми местными проявлениями болезни, а лишь координирует основные процессы жизнедеятельности организма. Нервная и эндокринная системы, справедливо говорил М. П. Кончаловский, не управляют полностью местными проявлениями болезни, а лишь координируют их, т. е. активируют или угнетают. Вегетативная иннервация, по мнению М. П. Кончаловского, дифференцируется на самостоятельные местные участки, имеющие, однако, связь с центром, с корой больших полушарий.

В результате опосредованного восприятия нервной системой тех или иных болезнетворных раздражителей болезнь может возникнуть не на месте воздействия патогенного раздражителя, а в другой области.

Клиницисту нужно прежде всего видеть связь вещей, явлений, т. е. подлинную суть происходящего, ибо подлинная суть и заключена во взаимодействии и связи вещей.

В клинической медицине часто употребляется выражение «картина болезни». Это конкретное понятие; оно

¹ Мудров М. Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической. М., 1820.

² Цит. по А. Л. Мясникову. Русские терапевтические школы. М., 1951, с. 10.

ведет к истине не только со стороны анализа, но и со стороны гармонического сочетания всего того, что клиницист наблюдает, пользуясь своими знаниями, воображением, памятью, эмоциональной настроенностью, способностью к концентрации всей своей энергии вокруг больной личности, которая возбуждает в нем живой интерес. Картина болезни возникает как общее представление, как основа последующего развития знаний о болезни и больном. Пусть это еще смутная, но необходимая и мощная идея целостности, которая предшествует постепенному уточнению и углублению знаний. Для клинициста не может быть такого положения: сначала детали, разбросанные, разрозненные части, а затем их единство, целостность. Восприятие частей и целого, местного и общего идет единым цепным потоком.

Установив картину болезни в общих чертах, врач в дальнейшем устраняет все, что не служит ясности, и добавляет к ней мельчайшие подробности, способствующие ясности.

Творческое клиническое мышление стремится к тому, чтобы отобразить те детали, штрихи болезни, которые помогают уяснению ее целостности. Таким образом, в клиническом мышлении в отношении формирования картины болезни обнаруживается сочетание разума, воображения, воли и т. п.

Чтобы клиническое мышление развертывалось в очерченном плане, этому надо учиться долго, всю жизнь. И. П. Павлов учил «наблюдать и наблюдать». Умение наблюдать нужно воспитывать в себе со школьной скамьи. В это умение нужно вкладывать все силы своей души, так как это умение воспитывает и ученого, и поэта и дает необходимый материал для творчества. Умение наблюдать развивает остроту зрения, исследовательского почерка. Именно благодаря этому история оставила нам образы блестящих врачей-клиницистов: Гиппократ, Ибн-Сины (Авиценны), Ж. М. Шарко, Г. А. Захарьина, С. П. Боткина, А. А. Остроумова и др.

Врач должен уметь анализировать, исследовать, определять у больного константы, на основании которых можно осмысливать происходящее в организме, однако нельзя забывать, что организм пациента существует как нечто целое. Врачу нужно обращать внимание на целое, не игнорируя деталей. Врач через детали должен видеть направление развития процесса. Для раскрытия лично-

сти человека необходимо не только рациональное, но и так сказать эмоциональное знание. То, что дает «эмоциональное знание», не может дать ни лабораторный анализ, ни экспериментальная модель. Нельзя забывать о психологии клинического творчества, мышления. Попытки же заменить сложную эмоционально-психологически насыщенную клиническую работу технико-кибернетической не всегда правильны. Врач должен выработать такие методы исследования, при которых не утрачивалась бы целостность восприятия и познания пациента. Говорят, что «машинные», «аппаратные» обследования более точны, чем традиционные клинические. Да, это верно, но значит ли это, что они более совершенны? Нет, не значит, ибо точность и совершенство — не всегда одно и то же. Вспомним переводы стихов с иностранного языка: точность перевода очень часто губит поэзию. Там нужна не точность перевода, а удачный подбор слов для выражения того, что хотел сказать поэт. Техницизм практический порождает техницизм духовный. Он выражается в том, что из-за любви к количественным выражениям и показателям развиваются чрезвычайно опасное «желание полной безошибочности» и боязнь риска. Помимо овладения техникой, врачу необходимо правильное клиническое мышление, далекое от одностороннего техницизма и фетишизированной количественной точности. Клиницисту нужно видеть прежде всего связь вещей, связь явлений, находить возможность приобретать дар мгновенного взаимопонимания в определенных критических экстремальных ситуациях.

Врач имеет дело с человеком — социально-биологическим явлением, поэтому ему нужно научиться тонкому чутью наисложнейших явлений. Способность видеть жизнь всегда как бы вновь, как бы в первый раз, в необыкновенной свежести и значительности каждого явления, каким бы малым оно ни казалось, — вот что отличает хорошего клинициста. Некоторые современные врачи, воспитанные в атмосфере гипнотического отношения к точным наукам, ищут кратких, недвусмысленных, однозначных ответов. Это хорошо, так как в этом инстинктивно проявляется стремление к простоте, но одновременно это и плохо, так как простота в клинической работе заключается вовсе не в том, чтобы представлять сложные процессы в человеческом организме упрощенно, а в том, чтобы найти в этих сложных процессах основные, зако-

номерные связи. Всему этому врач должен учиться у своих учителей и у жизни. Хороший учитель не только преподает свой предмет, но и учит жить. Он учит видеть свой объект. А последний состоит из непосредственно наблюдаемого и незримых процессов, в нем совершающихся. Умению видеть своего пациента нужно учиться. Однако часть врачей оказываются «слепыми». Самой неприятной в прогностическом смысле слепотой является слепота привычки. Иногда привычка ослепляет на целые годы и даже на целую жизнь. Слепота привычки очень обедняет наши представления, сильно сужает кругозор. Сила привычки — великая сила. Она может иметь и положительное и отрицательное значение. Иногда привычка нивелирует представления, снижает качество видения, упрощает внешний мир, смазывает его, притупляет его ощущение и препятствует подлинному его пониманию. Вот почему борьба со слепой привычкой — это борьба за новое понимание мира. Воспитание в себе навыков видения, верного видения людей и вещей во всем их своеобразии, во всех их качествах, в движении, в непрерывном обогащении этих качеств — совершенно необходимо клиницисту. Для последнего это обостренное видение должно стать постоянной духовной доминантой, навыком. Врачу нужно воспитывать в себе драгоценное качество — примечать; примечать — это способность открывать новое в старом. Увидеть одни общие формы или, наоборот, одни детали — это значит увидеть только наполовину.

Хороший клиницист инстинктивно боится попасть в положение сороконожки из старой басни. Сороконожка однажды задумалась над тем, в какой последовательности должна она двигать каждой из сорока ног. Думала, ничего не придумала, а бегать разучилась.

Умение видеть целое через деталь и умение проецировать деталь на целое врачу нужно развивать у себя. Если из частей складывается целое, то ведь и целое может много сказать о каждой своей части. Для иллюстрации значения целого можно привести два примера, взятых у М. М. Пришвина¹. Первый — о журавлях: «Тысячи ученых передержали в руках все его косточки, препарировали все его мускулы и сосчитали все его перья, но сама жизнь журавля до сих пор неизвестна почти совершенно. И так о всякой птице, о всяком животном

¹ Пришвин М. М. Полн. собр. соч. Т. VI, 1956.

и растении в направлении поиска причины столько материала, что для подвоза его в библиотеках существуют вагонетки. Но простейшие явления в живой природе сплошь и рядом не находят себе ответа на запросы. В настоящее время поэзия природы, наращение чувства родства с ней уступили место механизации ее.

Второй — о *незабудке*: «Разве я не понимаю незабудку? Ведь я и весь мир чувствую иногда при встрече с незабудкой, а сколько в ней лепестков, не скажу. Неужели вы меня пошлете „изучать незабудку“?».

Наука о природе имеет много белых пятен. Они нередко заполняются при помощи философского и художественного мышления. Но заполнять нужно не произвольно, не субъективно, а на основе обобщения результатов всей многовековой деятельности человека.

Диалектический материализм помогает получать такие знания о мире, которые экспериментально, математически получить невозможно. Поэтому врачу в соответствии со своеобразием клинической работы приходится использовать как бы «два ума»: один, где только мера и счет, другой в мгновенном схватывании без всякого счета и меры. В клинической медицине есть и такое, что не вмещается в стены лабораторий и что манит на другую дорогу, дорогу познания не по формально-логическим законам, а по законам творческой интуиции. Разумеется, врач прежде всего должен исходить из требований науки. Однако врач в своей клинической практике не должен абсолютизировать полученные данные в результате обследования больного. Некоторые врачи выхватывают из живого человека отдельные константы, чтобы одеть их в цифры, представить в виде алгоритмов. Акад. А. Н. Колмогоров обратил внимание на одно любопытное обстоятельство: мы моделируем самое простое (условные рефлексы) и самое сложное (логическое мышление, которое появилось лишь на последней ступени развития человека), а все то, что находится между простым и сложным, «роковым» образом выпадает из сферы кибернетического анализа. Выпадает работа эмоций, воли, воображения — вся деятельность, которая предшествует логическому мышлению.

Ныне родилась эвристика — наука, поставившая себе целью научить машины думать не жестко логически, а «человекообразно». Аппарат логики ведь включается «по требованию» и обрабатывает едва ли не готовые резуль-

таты. В самом деле, разве все истины можно доказать простыми формально-логическими средствами. Одна из особенностей человеческого мышления заключается в том, что оно никогда не бывает изолированным от других проявлений человеческой психики, прежде всего от эмоций. Роль эмоций в человеческом мышлении поистине огромна. Обработка информации в человеческом мозге осуществляется как взаимодействие двух программ — интеллектуальной и эмоциональной. Эмоции, как и другие виды психической деятельности человека, возникли и развились в процессе эволюции. Следовательно, на каком-то этапе они стали приспособительным фактором.

Математики, начиная с Н. И. Лобачевского, утверждают, что мы живем в «кривом» мире, но занимаем в нем столь крохотный участок, что закономерности кривизны не успевают проявиться. Их нельзя измерить, но их можно почувствовать. Галилей оставил завещание: «Измеряй все, что можно измерить!». И мы измеряем, честно измеряем, но только ли приборами? Не является ли чувство одним из способов внесения меры в мир вещей?

Проф. П. В. Симонов предполагает, что эмоции восполняют недостаток информации. Поэтому эмоции можно назвать тем особым родом знанием, которое распаивает стены окружающего нас мира. Нильс Бор видел великое призвание искусства в том, чтобы напоминать о гармонии, недоступной для систематического анализа. Еще Платон удивлялся тому, что художники, создавая сильные произведения, не умеют объяснить их силы. Не ведают, что творят, говорил он. Отсюда и пошел миф о «пастушеском интеллекте» художников.

Конечно, машины помогают человеку, они делаются все лучше и лучше. Но ведь они прекрасно ориентируются в метрических свойствах пространства, но совершенно «равнодушны» к его топологии. Растолковать им, что такое связность, замкнутость и другие топологические свойства почти невозможно. Машинам явно не хватает знания из «немашинной» области.

Сейчас уже все признают, что настоящая геометрия мира — это неевклидовская геометрия. Именно она помогает нам мыслить топологически, связано, с учетом возможно большего количества экологических систем. Значение экологии иллюстрируется тем фактом, что в эпоху, когда все более и более проявляется тенденция к расширению детальных анализов и узкой специализа-

ции, такая направленность мысли базируется на синтезе знаний. Представители точных наук тоже начинают говорить о том, что мыслить мир — это не только его регистрировать, но и придавать ему форму единства, которой он был бы лишен, если бы мы застыли на стремлении анализировать. Должна быть связь между эмоциями, психологией, этикой и даже точными науками. В медицине, как и во всех тех областях, где научный аппарат познания пока еще далек от совершенства, восприятие явлений по типу эмпирического обобщения с широким использованием эмоциональной стороны познавательной программы оказывается безошибочно точным. На исключительную познавательную ценность эмпирического обобщения в свое время указывал В. И. Вернадский: «...живой организм должен изучаться эмпирически как особое, целиком не сводимое на известные физико-химические системы тело. Значение эмпирических обобщений в науке часто упускается из виду, и под влиянием рутины и философских построений эмпирические обобщения отождествляются с научными гипотезами. Имея дело с явлениями жизни, особенно необходимо избегать такой укоренившейся вредной привычки. Между эмпирическим обобщением и научными гипотезами существуют огромные различия, и точность их выводов далеко не одинакова. В обоих случаях и при эмпирических обобщениях мы пользуемся дедукцией для вывода следствий, проверяемых путем изучения реальных явлений. Но различие заключается в том, что эмпирическое обобщение опирается на факты, индуктивным путем собранные, не выходя за их пределы и не заботясь о согласии или несогласии полученного вывода с другими существующими представлениями о природе. В этом отношении эмпирическое обобщение не отличается от научно установленного факта: их совпадение с нашими научными представлениями о природе нас не интересует, их противоречия с ними составляет научное открытие. Эмпирическое обобщение может очень долго существовать, не поддаваясь никаким гипотетическим объяснениям, являясь непонятным и все же оказывать огромное влияние на понимание явлений природы. Но затем наступает момент, когда оно вдруг начинает освещаться новым светом, становится областью создания гипотез, начинает менять наши схемы мироздания и само меняться. Очень часто тогда оказывается, что в эмпирическом обобщении

мы имели не то, что думали, или в действительности имели много больше, чем думали. Совершенно иначе строится гипотеза или теоретическое построение. При гипотезе принимается во внимание какой-нибудь один или несколько важных признаков явления и на основании только их строится представление о явлении, без внимания к другим сторонам. Научная гипотеза всегда выходит за пределы фактов, послуживших основой для ее построения и потому — для ее необходимой прочности — она неизбежно должна связываться по возможности со всеми господствующими теоретическими построениями о природе, им не противоречить. Таким образом, эмпирическое обобщение, раз оно точно выведено из фактов, не требует проверки»¹.

Укажем здесь на один пример эмпирических обобщений из клинической медицины. Известно, что Г. А. Захарьин постоянно говорил «не знаю», когда это касалось науки, а в клинической практике он говорил «знаю». Г. А. Захарьин развил в себе способность к эмпирическим обобщениям до виртуозности. Все, что не давало ему немедленного результата, было чуждо его духу. Очевидно, что в соответствии с тем, о чем писал В. И. Вернадский, при подчинении доктрине у Г. А. Захарьина угасал стимул к исканию. Врачевание — это искание, искание здоровья своему пациенту, причем искание, ограниченное весьма коротким сроком.

Будущий врач, несмотря на возрастающее влияние техники и математики, нам представляется как специалист, в котором интегрируется ученый, художник, философ и умелый опытный практик. В таком единстве он найдет способ понимать жизнь и личность человека со всеми его разнообразными сторонами.

Наука знает, разлагает на составные части, формулирует закон и разрабатывает средства управления. Искусство озаряет, дает радость жизни, оценку качества. Философия цементирует, дает горизонт. Ремесло дает опыт.

И все это мы находим в медицине. Вот почему вопрос: медицина — наука или искусство? — является метафизической альтернативой.

При самой высокой оценке того, что дала строгая логика клинической медицине, не должно теряться право

¹ Вернадский В. И. Избр. соч. Т. V. М., 1960.

медицины на эмпиризм. Наука может погибнуть, если вообразить, что весь мир заключен в ее собственной логике и абстрактных построениях. Она также должна дорожить миром эмпирическим. Могут сказать: ведь расщепление атома сначала было доказано теоретически, а потом осуществлено практически. Да, верно, но электричество сначала нашло самое широкое практическое применение и только много позже был открыт электрон. П. Л. Капица говорит, что проблема сплавов теоретически не разрешена даже в отношении 2—3 сплавов, тогда как на практике уже пользуются сплавами из 4 компонентов или даже еще больше. Эти сплавы, как говорит П. Л. Капица, могут быть найдены интуицией. То же самое можно часто встретить и в клинической медицине. Таким образом, медицинская практика — это не просто деятельность, это сложная научная деятельность.

Врачебная деятельность направлена на познание целого организма и той области, которая непосредственно относится к болезни. Познание служит в той или иной степени сохранению целостного индивидуума. Практическая деятельность также должна быть синтетической, созидающей, творческой.

Практическая деятельность и научно-теоретическое мышление являются различными формами освоения мира. Практическое познание присуще всем людям, хотя глубина познания у разных людей неодинакова.

На вопрос о том, что шире — научное познание или производственная деятельность, нельзя ответить альтернативно, так как научное познание, согласно марксистской философии, нельзя себе представить в отрыве от производственной деятельности человека. В процессе труда человек открывает свойства явлений, познает законы природы и подчиняет ее своим интересам.

Наука развивается не автономно, а на основе практической деятельности. Это означает, что нельзя отрывать научное познание от клинического. При последнем налицо не только чувства, эмоции, но и устремление на интеграцию их с мышлением. Речь может идти только о степени выраженности или прямоте в каждом отдельном случае того или другого компонента. Развитие медицины приводит к единству научно-теоретических и практически-клинических представлений. Нет резкой грани между отвлеченной и прикладной наукой, любил утверждать Л. Пастер. Иначе говоря, с одной стороны, всегда

существует наука, а с другой стороны,— методы ее применения. Каждая отрасль науки пользуется успехами, достигнутыми в других областях, и нужно уметь сводить все воедино.

Клиническое наблюдение возвышается над эмпирической видимостью и ведет благодаря этому к познанию истины через синтез вероятностных или точно обусловленных патологических процессов у каждой отдельной личности. Способность к клиническому видению является особой способностью отнюдь не только эмпирического порядка. Врач становится хорошим врачом постольку, поскольку он теоретически мыслит. В силу сказанного трудно понять, почему то, что привело врачей к умению лечить и предупреждать болезни, некоторые относят только к эмпирии, или эмпирической практике. В широкой медицинской практике есть, конечно, много эмпирического. Но есть и нечто большее, этого нельзя отрицать. Разнообразные наблюдения, которые делаются всеми врачами, породили такой метод познания, который носит название клинического метода. Этот метод, несомненно, обогащает медицину. Мы познаем с помощью клинических наблюдений определенные особенности целостного организма. Клиницисту должно быть органически присуще стремление понять целое.

Сравнение живого с живым, уподобление живого живому — с помощью подобных приемов были достигнуты некоторые успехи в современной биологии, медицине, психологии. Мы здесь имеем в виду не те эксперименты, к которым мы привыкли настолько, что за пределами их готовы уже ничего не видеть, а новый метод изучения животных, широко используемый, например, этологией. Он сводится к тому, чтобы в определенных условиях дать животным возможность некоторое время действовать совершенно самостоятельно. В это время внимательно следят за их поведением. Благодаря такому методу, который в сущности является сочетанием полевых наблюдений с лабораторным экспериментом, ученые нашли огромное количество таких свойств, наличие которых никто не подозревал, даже у лабораторных мышей, о которых за последние годы написано около 500 книг.

Стало ясно, чтобы понять себя и то, что представляет жизнь, человек должен понять сначала «братьев наших меньших». Самые разные животные, от простейших до

обезьян, помогают ученым, в том числе и медикам, познавать многие реакции живой системы и изучать психические способности отдельных животных и человека.

Успехи научного изучения сложных форм поведения животных подтверждают справедливость положения В. И. Ленина о том, что история умственного развития должна быть включена в перечень областей знания, из которых складывается теория познания диалектического материализма.

В настоящее время физиологи, нейрофизиологи и даже кибернетики в своих попытках понять внутренние механизмы поведения уже не в силах обойтись без этологии. Генетика также не сможет полностью постичь тайны врожденного поведения организма и способы передачи его от поколения к поколению, если не воспользуется достижениями этологов.

Контакт этологии и других биологических дисциплин весьма плодотворен, он помогает решению различных вопросов.

Уместно вспомнить высказывание Артура Кларка, выдающегося английского ученого и писателя-фантаста, о том, что одна из самых горестных утрат современного человека — это утрата чувства нашего родства с животным миром. И именно ощущением такой утраты и желанием вновь обрести «потерянное родство», как считают некоторые, объясняется огромная популярность, которой пользуются во всем мире рассказы о животных.

Некоторый экскурс в этологию сделан нами для того, чтобы стал более понятным процесс клинического мышления. Когда мы что-то познаем, то движение нашей мысли воспроизводит в сокращенном виде и в той же последовательности процесс развития человеческого познания вообще, т. е. логика нашей мысли как бы повторяет сжато историю развития человеческого мышления, как оно складывалось из поколения в поколение. На заре своего становления человек мыслил целостно и непосредственно, лишь только нащупывая возможность мыслительной переработки воспринимаемого материала. В этом зачаточном мышлении намечались лишь элементы абстрактного, логического на фоне чувственного познания. С течением времени дифференцировались и определялись два познавательных начала: научное и художественное.

Сейчас стало общепризнанным, что научные понятия и художественные образы весьма часто дополняют друг друга. Очевидно, это происходит потому, что мы добываем их из одного материала, из одной и той же кладовой материального мира. Врачу-клиницисту нужно воспитывать свой ум и чувства так, чтобы быть способным воспринимать целое, а не его разрозненные части. Математика с ее символами — это мир величин. Но существует еще и мир качеств. Можно понять увлечение точными науками. Но мы совершим ошибку, если свой познавательный мир сузим до одних дифференциалов и интегралов. А где же синтез, философия, психология? Философия и другие научные дисциплины дополняют друг друга, особенно если познать и решить противоречивые ситуации.

Всегда будет существовать мир законов логики, математики, абстрактно истолковываемых процессов, но рядом с ним останется мир эмпирический, существование которого некоторые высокомерно считают пережитком прошлого. Они заблуждаются в своей вере в то, что наука поглотит эмпиризм навсегда. Если бы это случилось, то это нанесло бы большой ущерб и самой науке, потому что эмпирические наблюдения нужны и для нее самой. Они особенно нужны в таких областях деятельности, как клиническая медицина. Мыслительная деятельность у постели больного и создает оригинальное своеобразие деятельности человека, называемой медициной. Недаром медицину одни считают наукой, другие — искусством, третьи — ремеслом. Формально все одинаково правы. Медицина качественно настолько своеобразна, что она вызывает противоречивые представления и чувства у широкой публики. Одни безмерно восхищаются ею, другие нещадно критикуют. Об ошибках врачей говорят часто и охотно. Вряд ли это объясняется тем, что врачи чаще ошибаются, чем лица других профессий. В какой-то мере это можно объяснить тем, что врачи, представители клинической медицины, сплошь и рядом в силу особенностей клинического мышления воспринимают некоторые явления в иных, неожиданных ракурсах и связях, понять которые немедику трудно. Но главное, конечно, заключается в том, что врач имеет дело с живым человеком, жизнь которого во многих случаях зависит от его квалификации, знаний, умения произвести те или иные манипуляции.

Мастерство врача (врачевание)

Раскрыть структуру клинического мыслительного процесса помогает использование личного опыта в решении задач и наблюдение за тем, как это делают другие люди. Результаты клинической деятельности, так же как и всякой другой творческой деятельности, могут быть точно математически выражены.

Учиться клиническому мышлению следует прежде всего у других врачей. Мастерству учатся у мастера. Можно рассказать, как мастер делает то или другое, но как именно, по каким правилам он делает так, а не иначе, никто не скажет.

Всякое мастерство, в том числе и врачевание, основывается на умении наблюдать, умении видеть, умении сосредоточиться. Такое умение требует большого опыта, фантазии, а главное — исключительного терпения. Говорят, что на это способны только одаренные и талантливые врачи. Но в той или иной степени талантлив всякий, кто любит свое дело, свою профессию. А одаренный врач — это тот, который богат знаниями и может одаривать ими других. Слово «одаренный» неразрывно связано со словом «дарю».

Всякий труд при определенных условиях может содержать в себе творческий элемент. Так же, как в жизни всегда есть место подвигам, в ней всегда есть место и творчеству как высшему выражению человеческой деятельности.

Художник Серов говорил, что есть мастерство — ремесло и есть мастерство — волшебство. В ремесле много техники, в волшебстве много понимания, творчества. Последний вид мастерства нельзя себе представлять как сумму навыков и приемов, к ним должны быть прибавлены элементы творчества. Клиническое мастерство наделено всеми чертами, присущими другим видам творческой работы, и требует от своих носителей того же, что требуют и другие виды искусства. Чего именно? Во-первых, любви к своей профессии, во-вторых, знаний, эрудиции и профессиональных навыков. Клиницисты-врачи должны не только знать, но и уметь. Не зря говорят: «Кто умеет, делает сам, кто не умеет — тому остается учиться у других». Но самое главное — каждому мастеру надо уметь легко нести груз эрудиции и профессиональных навыков, не быть ими подавленным, слишком при-

жатым к одним и тем же приемам, стандартным, трафаретным заключениям и действиям. Надо обладать тем «концентратом», который в зависимости от личных свойств называют способностями, чутьем, интуицией, талантом. Именно этим «концентратом» должен быть пропитан труд врача-клинициста, мастера своего дела.

В обучении мастерству последнее слово остается за учеником, а не за учителем. В мастерстве важно найти себя, свою дорогу в избранной профессии. Каждый человек носит в себе задатки мастерства и художника, и при условии внимательного отношения к своему делу эти задатки могут быть развиты. Человеку ставится задача: найти себя, свое отношение к жизни, к людям, к данному факту и выразить это отношение в своих поступках, в своих словах. Говоря о мастерстве, некоторые подразумевают «технику» работы, знание приемов, упуская из виду творческое начало; индивидуальный характер деятельности врача предполагает ее самобытность, т. е. участие в ней всех духовных сил и ресурсов личности, ее творческой природы. Но при всем этом нужны еще и знания, которые при наличии способности должны навести человека на путь призвания, прочно поставить его на твердую колею своей профессии. Врачу необходима вера в себя, в свое призвание.

Врач-клиницист всегда должен быть мастером своего дела, уметь обдумывать, анализировать, проявлять большую чуткость, иначе он не может стать врачом, которого хочет иметь пациент. В каждом искусстве есть та часть, которой можно научить, которая поддается измерению, вычислению, и есть то, что не может быть заранее полностью учтено, т. е. психика самого врача и психика его пациента. К. С. Станиславский любил говорить: «В искусстве знать — значит уметь». Это означает, что учиться мастерству надо прежде всего у мастеров. Художник слова может научиться мастерству только у художника слова.

Клиническое мышление касается преимущественно патологических процессов и состояний, которые всегда подвижны. Управляя тем или иным патологическим процессом, врач постоянно встречается с коварными противниками и в первую очередь с непрерывно меняющейся обстановкой действия. Чтобы из модели ожидаемого диагноза и ожидаемого прогноза построить реальные категории, нужно непрерывно сравнивать, сличать то, что

было задумано, и то, что на самом деле получается. Эта часть интеллектуальной работы похожа в известной степени на работу, которую производит при управлении кораблем штурман. Как бы он хорошо ни рассчитал курс движения корабля, ему вследствие непрерывно поступающей информации приходится исправлять ошибки, делать поправки, например на ветер и т. п., и тем самым управлять движением, добиваясь поставленной цели. Все это должно совершаться быстро, одномоментно и обеспечивать плавность. В эксперименте все это более ясно или имеется видимость ясности. Опытный же врач-клиницист знает, что в природе болезни, сколько ее ни изучай, рано или поздно обязательно натолкнешься на какую-нибудь неожиданность. Клиническое мышление не лучше других способов мышления видит истину, но оно обладает точностью взгляда (или, быть может, чувствительностью) по отношению к любой истинности и неправде. Но даже самый зрелый клиницист далеко не всегда способен расставить точки над «и», решить все возникающие перед ним проблемы. Он только более точно и конкретно формулирует реальные отношения и поставленные проблемы, имеет свою позицию в отношении данного больного, его жизни и окружающей среды. Наличие чувства ошибочности собственного взгляда на вещи, на происходящие явления ничем другим не может быть восполнено. Присутствие этого чувства, точного и развитого, составляет главную часть мудрости клиницистов.

Все, что сказано, не должно давать повода пренебрегать фактическими данными — экспериментом, лабораторными исследованиями. Наоборот, знание врачом факта как такового имеет большое практическое значение для клинициста.

Итак, например, от мышления физика, химика мышление клинициста отличается тем, что последнее стремится приблизить к себе факт как таковой, изолировать рассматриваемый факт от воздействия субъективных факторов. Клиническое мышление ведет к созданию таких моделей, таких гносеологических ситуаций, в которых на первый план выдвигается именно отношение двух субъектов — врача и больного. Поэтому клиническое мышление, помимо общепознавательных, имеет и собственные законы. Может быть, их непросто сформулировать, может быть, трудно для них найти понятийные эквиваленты, трудно расставить необходимые знаки между

разными частями данных «гносеологических уравнений» и вывести сами эти уравнения. Но все-таки специфические законы клинического мышления существуют. Эмпирическое обобщение, широко используемое в клинике, очевидно, можно отнести к методу, носящему название «анализ через синтез».

Медицинское мышление не исчерпывается индуктивной обработкой материала. Если биолог рассматривает изучаемые им процессы как таковые, то врач рассматривает их под углом зрения болезни и ее устранения; его мышление не может не быть *прикладным* естественнонаучным мышлением. Для такого подхода одного лишь индуктивного мышления недостаточно. Хотя все это как будто бы очевидно, тем не менее это нередко упускается из виду; врачи иногда переоценивают значение дедуктивно выведенных теоретических положений и точных методов исследования вплоть до их фетишизации. Заключение о практическом вмешательстве в болезненный процесс у человека должны основываться прежде всего на наблюдении над самим процессом болезни. Нужно сказать, что против этого правила немало грешат. Ведь больной человек индуктивному экспериментальному исследованию почти совсем подвергнут быть не может. Поэтому в действительности распознавание патологических явлений у человека в значительной мере основывается на обобщенном клиническом опыте и на умозаклучениях из этого опыта.

Для понимания патологических процессов врач должен дополнять индуктивное мышление не только личным опытом, но и всем накопленным опытом медицины. От преднамеренного эксперимента такой опыт отличается тем, что условия его не нами созданы, а даны природой как таковой (*experimentum nature*). Личный опыт, естественно, не дает нам возможности заглянуть в глубину патологического процесса. Он дает нам познание природы во врачебно-прикладном отношении, т. е. иногда не затрагивая и не раскрывая сущности патологического процесса. Последнее обстоятельство и дало повод некоторым третировать личный опыт как примитивный эмпиризм. Однако индуктивная наблюдательность у постели больного позволяет часто ближе подойти к пониманию целостного организма человека, чем тогда, когда врач исходит лишь из дедуктивных представлений о болезни. Анализируя психологическую основу врачебного опыта,

мы не можем не отметить в нем взаимосвязи *анализа и синтеза*. Известно, что каждый предмет, каждое явление обладает не одним, а рядом каких-то свойств. Каждый предмет может быть рассмотрен со стороны своего физического, химического, морфологического и другого строения, он обнаруживает в этих связях различные конкретные свойства. Особенно отчетливо это проявляется применительно к живым организмам и, в частности, к человеку как социально-биологическому существу.

В своих исследованиях врач исходит из того важнейшего обстоятельства, что предметы обнаруживают разные свойства в разных связях и отношениях. Включая явления в разные системы связей, мышление врача выявляет как бы новые свойства, во всяком случае получает в свое распоряжение дополнительные данные. В. И. Ленин говорил, что всякая конкретная вещь, всякое конкретное нечто стоит в различных и часто противоречивых отношениях ко всякому остальному. Познание новых сторон, качеств и свойств предметов путем включения этих предметов в ту систему связей и отношений, в которой они могут обнаружить и обнаруживают искомые свойства, достигается специальным механизмом мышления, называемым *анализом через синтез*.

Анализ через синтез позволяет воспринимать действительность сразу в нескольких плоскостях, что характерно для творческих процессов, в то время как нетворческое мышление протекает в одной плоскости, пользуясь набором стандартных приемов, положений и истин. Интересно, что, как отмечают некоторые, процесс мышления не на одном, а на нескольких уровнях протекает особенно благоприятно при ослаблении обыденного, стереотипного мышления. Итак, клинический опыт и умозаключения, выведенные из него, имеют все права гражданства и играют большую роль во врачебной работе.

Задачей врача является возможно полное изучение условий патологических процессов, биологических реакций на вредоносное воздействие. Точно так же врач не может не изучать условия, при которых его назначения оказываются эффективными или неэффективными. Знакомство на клиническом опыте с этими условиями привело врачей к правильному подходу и лечению, борьбе с патогенными факторами и защите от них. Конечно, можно предположить, что полное изучение, исчерпывающее изучение всей совокупности деталей патологического про-

цесса, в будущем может сделать излишним *опыт*. Но, принимая во внимание необыкновенно широкое разнообразие причин, участвующих в возникновении и развитии каждого патологического процесса, вряд ли можно надеяться на подобную замену *опыта*. *Опыт*—весьма важное и содержательное явление. Мы должны постоянно его закреплять и совершенствовать. Индуктивное мышление врач обязан также постоянно дополнять личным клиническим опытом. Можно даже утверждать, что в области патологии врачебный опыт указывает цели, а нередко и пути их достижения. Во всяком случае вряд ли может появиться в клинической медицине достоверное исследование теоретического порядка без учета врачебного опыта.

В медицине, как в политике, исключительно важен опыт, говорил Парацельс. Опыт—составная и весьма важная часть познавательной и практической деятельности. У врача-клинициста опыт бывает как положительный, когда он удачно подбирает в своих действиях то, что нужно, так и отрицательный, который помогает критически оценить свои ошибки.

Люди всегда проникаются симпатией к тем, кому органически присуще нежелание причинить кому-либо вред. Врач-клиницист должен стремиться воспитывать в себе это свойство. В литературе нередко говорилось о людях, которых можно охарактеризовать санскритским словом «ахинза», что означает неспособность причинить вред. К ним относятся: Дон-Кихот, князь Мышкин, Каратаев, а также Ганди, Л. Толстой, А. Эйнштейн, Ф. П. Гааз и др.

Известно, что врачебная деятельность не изолирована от традиций. В своей работе врачи опираются на традиции; принимая и наследуя, они отдают их видоизмененными, обогащенными. Вся жизнь врача—это обогащение накопленного опыта. При этом врач опирается на какие-то образцы. Большой опыт приводит врача к соблюдению в своей работе принципа «не вреди» и открывает дорогу к умению, что и составляет основу деятельности врача. В клинике очень многое, несмотря на научную «атрибутику», рождается неповторимым опытом врача.

Врачу, любящему свое дело, органически присуще стремление к активному накоплению знаний и опыта. Ручьи его опыта сливаются в могучую реку знания. Кли-

ницисты не рассчитывают истину, как специалисты в точных науках, но созерцают ее в своих представлениях, которые возникают в результате их опыта.

Интересно о формировании опыта писал М. М. Пришвин: «... долгое время жизни моей попадали в меня пульки и дробинки откуда-то в душу мою и от них оставались ранки. И уже, когда жизнь пошла на убыль, ранки эти стали заживать. Где была ранка — вырастает мысль»¹. Врачу-клиницисту в своей деятельности часто приходится использовать накопленный опыт. При зоркости вдумчивого врача он может дать многое, привести ко многим догадкам и открытиям, развить творческое воображение, помочь увидеть незримое и узнать неизвестное.

Одна из особенностей клинического мышления, так же как, впрочем, и мышления вообще, заключается в том, что оно никогда не бывает изолированным от других проявлений психики. Взаимодействие мышления и чувств — есть обычное нормальное явление. Что чувства человека влияют на его мышление — это истина стала давно уже тривиальной. «Поэзия сердца, — писал Н. Г. Чернышевский, — имеет такие же права, как и поэзия мысли, лично для меня первая привлекательнее последней».

Значение «эмоционального эха» трудно переоценить в клинической работе. В сущности говоря, с эмоционального эха и начинается непосредственное общение у всех людей, тем более общение врача и пациента. Надо развивать у себя это эхо — восприимчивость. Эмоциональное эхо — это не только механизм прямого общения, но и средство познания человека, проникновения в его внутренний мир.

Для понимания того, что представляет собой эмоциональное эхо, вспомним, что интеллект человека функционирует не однолинейно, а многопланово: и в словесно-логической речевой форме, и в чувственно-эмоциональной (бессловесной). Последняя и порождает эмоциональное эхо, которое представляет собой одну из вспомогательных форм общения.

Врач-клиницист не может не использовать, помимо логически-речевого механизма общения, также бессловесный механизм проникновения в личность своего пациента. Более того, благодаря эмоциональному общению врач

¹ Пришвина Вера Ст. «От науки к искусству». В кн.: «Пути в незнакомое». М., «Сов. писатель», 1972, с. 389.

как бы отождествляет себя с пациентом и этим отождествлением взаимно обменивается с пациентом. Но, конечно, здесь также не обходится без трудностей. Дело в том, что врач и больной могут оказаться психологически несовместимыми людьми. Тогда возникает «разотождествление», оно тормозит возникновение эмоционального эха. Вот тут-то и нужен врачебный опыт, мастерство для того, чтобы ликвидировать подобное «разотождествление».

Врачу надо эмоционально приблизиться к больному. Близость обязательна для психологической «примерки», для того, чтобы пациента лучше увидеть, просветить его «психологическим рентгеном». Это то, что М. М. Пришвин называл «родственным наименованием» (плодотворное глядение в природу и чувствование ее). Тогда и случаются удивительные явления, такие изменения психоэмоциональных ракурсов, такие смещения в пространстве и времени, в силу которых происходит замена количественных показателей новыми качествами.

Человек, не одаренный эмоциональной восприимчивостью, глухой к внутренней жизни больного, не способен стать хорошим врачом. Последний должен производить на своего пациента (а следовательно, и быть таким) такое впечатление, чтобы он не чувствовал перегородки между словом и действием врача. Достичь этого, естественно, нелегко. У врача не должно быть ничего показного, у него доброта должна быть скрытой, но органически присущей ему. И чем больше она скрыта, тем ярче пациент чувствует сердечную щедрость, отзывчивость. Для врача душевная щедрость — абсолютная необходимость, она — закон его профессии. Однако некоторые врачи удовлетворяются наспех нахватанной «ширпотребовской» культурой. Они излишне тянутся к «новациям», у них четко выражен крен техномании. Они не хотят обращаться ни к чему, кроме «точных» знаний и техники. Получается впечатление, что им невдомек, как много ценного за пределами «новаций» и сенсационных достижений, какие там таятся запасы духовной энергии.

Почему отношения между врачом и больным усложняются? Вероятно, это происходит потому, что врач иногда смотрит на пациента как на материал, а не как на личность, обладающую своим внутренним миром, а пациент смотрит на врача как на работа, которому он

делает заказ, а не как на мастера своего дела. Иными словами, и врач и пациент проявляют себя на разных волнах, ведут себя неадекватно. Отсюда взаимное непонимание, так называемая психологическая несовместимость. В таких случаях необходима большая воля врача, чтобы выправить это положение.

Железная логика «школы» (учебы) и каждодневная работа над собой — два важных начала, формирующих человеческий характер вообще и врача в частности. При этом нужна привычка *властвовать над собой*. Тот, кто хочет быть хорошим врачом, должен помнить эту истину.

Жизнь развивается, а вместе с ней расширяются и границы всех видов медицинской деятельности. Современная медицинская техника, лаборатории, электроника снабжают врача достаточной информацией о ходе патологического процесса у больного, однако роль врача, наблюдателя и активного советчика и целителя не уменьшается. Врач должен вселять в пациента надежду на выздоровление, мобилизовав его организм на борьбу с возникшей болезнью.

Роль медицины в жизни современного общества и отдельного человека настолько велика, что следует более интенсивно изучать закономерности ее развития. Одним из таких стартовых условий является стимуляция эмоционального фактора и элементов творчества в работе клинициста. Культуру мышления, которую нужно развивать, нельзя себе представить без культуры чувств, эмоций, если мы хотим иметь в своем труде элементы творчества. При ином подходе будет постоянно происходить нарушение цельности, системности мышления. Заменить искусство наукой так же невозможно, как и науку — искусством. Для культуры мышления чрезвычайно важно и понимание роли подсознания в различных творческих поисках. А клиническая работа — это состояние постоянных поисков. Подсознание и интуиция выступают здесь как необходимые элементы познания, позволяющие рационально расходовать энергию центральной нервной системы, все богатство познавательных потенциалов мозга человека. Видимо, наступает время, когда интуиция будет в определенной мере контролируемым, управляемым и воспитуемым процессом.

Как никогда, медицине необходимы мыслители типа С. П. Боткина, И. П. Павлова, отличавшиеся масштаб-

ностью и утонченностью культуры мышления. Последняя не может появиться и развиваться без искусства, философии, без общекультурных достижений общества. А без культуры мышления немыслима успешная творческая работа в любом деле и особенно в клинической медицине.

Наука, наука... она ведет нас не только к «эрудиции», но и к познанию явлений. Но одно лишь многознание не гарантирует от творческого бесплодия, которое характеризуется отсутствием самостоятельности в мышлении. Это в сущности известно с древнейших времен. Философ древности Гераклит говорил, что многознание не прибавляет ума, и противопоставлял пассивному многознанию активное *познание*, направленное на проникновение в скрытую суть вещей, т. е. активное творчество. Коэффициент полезного действия «эрудитов» очень невысок, особенно в клинической медицине. Ведь в клинике важны не знания сами по себе, а умение использовать их для решения чисто неотложных задач.

Итак, что же нужно понимать под культурой мышления вообще и клинического мышления в частности? Не просто эрудицию и не просто смекалку и даже не природную одаренность, а «дар» общества, т. е. ум обогащенный, социально культивированный. Подлинная культура мышления проявляется в умении мыслить самостоятельно, творчески, своеобразно, смело, широко, диалектично.

Культура мысли возникает на базе изучения всей предшествующей духовной культуры человечества. Но не простого ее изучения, а критической переработки всего наследия предков, иными словами, трансформации этого общественного богатства в свое личное достояние. В оценке степени культуры мышления играет роль не только то, *что* именно прочитал, прослушал и увидел человек, но и то, *как* он воспринял все это, стало ли внешнее, прописное внутренним, органически присущим ему. Гёте говорил о себе: «Что такое я сам? Что я сделал? Я собрал и использовал все, что я увидел, слышал, наблюдал. Мои произведения вскормлены тысячами различных индивидов, невеждами и мудрецами, умными и глупцами; детство, зрелый возраст, старость — все принесли мне свои мысли, свои способности, свои надежды, свою манеру жить; я часто снимал жатву, посеянную другими, мой труд — труд коллективного существа, и носит он

имя Гёте»¹. Нельзя культурно мыслить, игнорируя философию и искусство. Если искусство в основном учит пониманию прекрасного, то философия учит мыслить диалектически. Подлинная философия немислима без целостного восприятия мира, в центре которого стоит человек, что чрезвычайно важно для врача-клинициста. Философия не чурается эмоционального языка, она сочетает «объемное» мышление образами с «линейным», строго логичным мышлением в понятиях (Г. Н. Волков)². Стремясь к целостному восприятию всего происходящего в больном человеке, клиницист при помощи философии получает возможность составить себе целостное представление о природе, о мире, о его закономерностях и взаимосвязях.

Фрагментарное, альтернативное мышление иногда наблюдается даже у тех образованных врачей, которые смотрят на научные дисциплины как на клад готовых премудростей, которые надо запомнить и использовать чисто автоматически. Какая польза больному от врача, хорошо знающего медицинскую литературу, но не понимающего больного в целом?

Учиться мыслить диалектически — это значит задавать природе такие вопросы, которые ей никто не задавал, искать новые, неожиданные пути для нерешенных проблем, не уходить от противоречивых ситуаций, а стремиться постигнуть их.

Основы поведения врача, его обязанности и долг и вообще этическая направленность врачебной деятельности обычно излагаются в деонтологической литературе. Нам кажется, что понятие врачебной деонтологии следует расширить таким образом, чтобы деонтология вырисовывалась как универсальный нравственный регулятор врачебной деятельности. Можно сказать, что деонтология — это нравственная стратегия и тактика врача. Для врача существенно его клиническое поведение. А последнее определяет мысль, она конструирует наше отношение к окружающему, в том числе и к больному человеку. Приобретенными знаниями нужно учиться управлять. Управлению обычно помогают опыт и навыки, накапливаемые в кладовых памяти. Каждому врачу полезно иметь как бы некие запасники, куда откладывались бы впе-

¹ Гёте И. Избр. филос. произв. М., 1964, с. 348.

² Волков Г. Н. Социология науки. Политиздат. М., 1968.

чатлений и наблюдения, чтобы затем являться в нужный момент и занять свое место.

Медицину как науку о человеке не может не интересоваться психический мир его, отношение человека к человеку и отношение его к природе, обществу и т. п. Врачу нужно изучать все то, что формирует человека. Клиническая медицина, если она не будет следовать этим принципам, может сойти с магистрального пути гуманизма.

Медицина возникла в результате заботы о здоровье человека. С самого начала она была направлена на преодоление человеческих страданий, независимо от порождающих их причин и условий. Конкретные акции врачей, направленные на ликвидацию или на ослабление пагубных для здоровья человека процессов, получили название врачевания. Приобретение опыта последнего — глубокий, сложный и сугубо творческий процесс. Врачевание — это величайшее достижение, созданное опытом человечества. Оно имеет свое призвание: познавать. Этому призванию врач обязан следовать до конца дней своих. Врачевание надлежит рассматривать как явление общественное. Оно помогает найти правильный путь к людям, попавшим в беду. Врачевание предполагает не только встречу врача с пациентом, но и *общение с ним*, с желанием обоих субъектов быть понятыми друг другом. А такой процесс уже сам по себе представляет творчество в миниатюре. Во врачевании много такого, что напоминает разговор близких людей *по душам*.

Успешное врачевание в силу этого возможно лишь во взаимодействии с психологией, философией, эстетикой и этикой. Привлечение к медицинской деятельности знаний из этих наук обогащает ее идеями и методами, тонкостью и глубиной анализа, а главное, придает врачевным акциям подлинную человечность.

Существует понятие «внутренняя картина болезни» (Р. А. Лурия)¹, под которой, говоря кратко, разумеется та картина, которая представляется больному. Это не только то, что улавливают так называемые методы объективного исследования (ЭКГ, анализы крови и мочи, рентгенологические данные и т. п.), но и те субъективные жалобы, которые больной нередко излагает сумбурно, но в которых хороший врач должен уметь разобраться. За-

¹ Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогения. М. Медгиз, 1944.

дачей врачевания является то, чтобы объективную картину и внутреннюю картину болезни слить воедино, прежде чем начать активное лечение. Иными словами, внутреннюю картину болезни врач должен как бы перенести в себя. С этой точки зрения больной и врач должны являться в общем деле поисков выхода из трудного положения помощниками друг другу. Врач в союзе с больным — дважды врач. Искусный врач всегда ищет такого контакта. Врач со своим пациентом как с соратником должен попытаться все проанализировать, вскрыть, отбросить ненужное, вредное и использовать все ценное.

Казалось бы, все это понятно и известно. Однако имеет еще место неудовлетворенность врачами, несмотря на неоспоримые успехи медицины. Получается какой-то парадокс. Почему это так? Откуда эта неудовлетворенность? Нам кажется, что это происходит из-за забвения некоторыми врачами того, что является подлинным врачеванием. В век точных наук и развития техники, когда врач обеспечен информацией и знаниями, врачевание в его классическом понимании якобы становится пережитком.

Врачевание как таковое, блистательные достижения, которые демонстрируют хирургия, химиотерапия, эксперимент, должны дополнять и обогащать друг друга. Подобные достижения не ведут, не могут вести к моральному устареванию врачевания, как склонны думать некоторые врачи. Иногда врач оказывается перед ложно сформулированной дилеммой: стоит ли тратить силы на занятие врачеванием, если получаемый им эффект выглядит скромным по сравнению с тем, что дает современная технически оснащенная наука? Появлению некоторой резистентности по отношению к врачеванию способствует и изгнание из фундаментальной литературы самого термина «врачевание».

Между тем науку и врачевание противопоставлять нельзя. Они должны находиться не в состоянии конкуренции, а в состоянии взаимодействия. Неправильно считать, что в век бесспорных научно-технических достижений врачевание якобы безнадежно проигрывает. Такое заключение может делать лишь врач, у которого не развита культура мышления и он далек от истинного понимания клинического мышления. Образно говоря, нельзя с высоты точных наук подписывать смертный приговор

врачеванию. Наоборот, нужно совершенствовать приемы и методы врачевания, его конкретные формы и способы.

Ошибочность пренебрежения такой категорией, как врачевание, становится понятной, если мы вспомним специфику клинической практики. В фундаментальных науках курс взят преимущественно на поиск закономерностей, общезначимых решений, глобальных теорий и т. п. А в клинике? В клинике, помимо общего, на каждом шагу имеют дело с индивидуальным, специфическим. В клинике (у постели больного) даже отдельный фрагмент или деталь может играть весьма существенную роль. Конечно, в клиническом познании немало приблизительного, субъективного. Многое, что при врачевании улавливается субъективно, не всегда еще можно доказать объективными методами, как, впрочем, нельзя и опровергнуть. Очень часто при врачевании приходится сталкиваться с такой ситуацией, которая в математике носит название континуум гипотеза¹.

Научное познание часто облекается в формулу: «это так и не может быть иначе». В клинической работе получаемый результат нередко весьма неопределенен. В клинике противоречивость данных, их неопределенность не только не исключаются, но и являются характерным или, лучше сказать, считаются узаконенными.

Безусловно, и в основе клинической медицины лежит знание логически упорядоченное, систематизированное, поскольку оно основано на достоверных, практически выверенных фактах, но может иметь место и другое знание, которое пока еще достаточно не подкреплено,— оно переменчиво, весьма относительно, но даже оно является важной вехой на сложном пути познания сути происходящего.

Как ни различны эти знания, они не исключают, а лишь дополняют друг друга, так что не может быть конкуренции между традиционно научным обобщением и специфически клиническим познанием. Наука дает закон, расчет, план, врачевание ведет к постижению качества и специфики болезни, к оценке происходящих явлений в плане целостной личности. Врачевание и в наше время, в век точных наук, может и должно иметь то же значение, которое оно имело и раньше. Впитывая все то, что дает

¹ Континуум гипотеза — пример утверждения, которое невозможно ни доказать, ни опровергнуть современными логическими средствами.

наука, врач-клиницист проецирует научные положения на целостный организм. При помощи фундаментальных наук врач скорее поймет наблюдаемые им патологические процессы.

Как бы ни изменился мир, наука, техника, врачевание сохранит свое значение. Что же касается перемен, то они затронут вопросы в основном технические, вопросы темпа, скорости, удобств и т. п. На вооружении врача всегда будут чуткость, сердечность, интуиция и т. д. Когда нужно постичь личность больного и найти эффективный способ влияния на нее в благоприятную сторону, лучшие человеческие чувства спешат на помощь разуму, знанию врача. Эти чувства стимулируют поиск новых знаний. Для врачевания, как, впрочем, и для любого серьезного дела, необходима деятельная взволнованность и чистосердечие. Все великие врачи, наши бессмертные учителя, беззаветно любили свое дело, любили людей. Своими открытиями они во многом обязаны таким чувствам.

Конечно, точность — категория привлекательная. Врачи истосковались по точности. Это верно. Но попытки нащупать пути к достижению желанной точности обнаруживают наличие серьезных водоразделов и явную неоднозначность проблемы. Неоднозначно и само понятие точности применительно к гуманитарным наукам, с одной стороны, и к практике — с другой. Врачу-клиницисту по всем правилам точных научных дисциплин нужно знать, что происходит с больным. Но этого мало. Необходима масса «неточных» знаний, позволяющих найти путь к подавленному или возбужденному болезнью сознанию больного.

Врач имеет перед собой огромную область эмпирических наблюдений, далеко превышающую достижения точного знания. Естествознание при всех его успехах не способно охватить всю медицину, ибо предмет медицины — человек — это не только биологическое (естественное), но и социальное существо. Поэтому врач вынужден всегда присматриваться к новым течениям не только естественных, но и общественных наук и, учитывая их, вносить поправки и иначе оценивать те объяснения, которые сейчас как будто вытекают из данных точного знания¹.

¹ Вернадский В. И. Собр. соч. Т. V. М., 1960, с. 213.

Врачуя, клиницист наблюдает, выбирает, догадывается, открывает. С этой точки зрения, врач — своеобразный первооткрыватель. Он открывает индивидуальные и личностные особенности своего пациента. В этой работе ему нельзя останавливаться на полпути, нельзя успокаиваться до тех пор, пока он не почувствует, что сделать лучше уже не может. Врачевание характеризуется цельностью поведения, упорным движением по избранному пути, глубоким осмысливанием всего того, что он усвоил из различных наук, и того, что дает ему традиция. Хорошо врачует тот, кто сохраняет последовательность своего клинического поведения, цельность своей личности, от которой зависит эффективность лечения. При этом врач может выходить за пределы традиционного, ортодоксального, но так, чтобы не становиться в противоречие с законами науки и здравым клиническим смыслом. Добиться такого поведения можно, обладая безошибочным чувством меры. Фетишизируя достижения науки и не совершенствуя культуру врачевания, врач будет «костенеть» и «мертветь». Ему ведь придется жить не только в замкнутом личном мире, но и в духовном мире других людей — своих пациентов. Поэтому культура поведения врача не может быть механически отождествлена со знаниями, почерпнутыми им из книг. Да, культура должна вырастать на почве знания. Но в то же время самое полное знание еще не создает культуру как таковую. Культура человека — это не просто система знаний, а творческое отношение к накопленным знаниям. Знания превращаются в культуру лишь тогда, когда они становятся органической частью личного бытия и сознания человека, воспринимаются человеком как нечто его собственное, внутреннее, определяющее все его мысли, желания, поступки.

Овладев культурой и знаниями, врач обретает способность по одной детали догадаться о целом, по второстепенному — заключить о главном, проникнуть в смысл происходящих процессов, найти опорную точку в решении сложных вопросов. Все сказанное еще раз говорит о том, что культура поведения врача измеряется не только количеством полученной им информации.

Врачевание — это особая способность врача мыслить, при которой абстрактные медицинские схемы и понятия приобретают сильную эмоциональную окраску и становятся одним из важных источников, формирующим соот-

ветствующее поведение. Знания врача, как и вообще всех людей, в той или иной степени стандартны; неповторимо, специфично, индивидуально лишь творческое отношение к накопленной и накапливаемой информации. Помимо знаний, полученных посредством книг, лекций, бесед и т. п., есть еще знания, которые усваиваются в самом процессе жизнедеятельности и которые не существуют отдельно от личного, в том числе и профессионального, бытия данного человека. Они выражаются в его действиях, в его каждодневном поведении. Именно такие неотделимые от личности знания и мотивы деятельности и составляют основу культуры.

Дело врача-лечебника — врачевание; оно, в сущности говоря, не просто профессия, а само бытие, способ существования данного человека. Даже после работы он остается врачом — со своими мыслями о больном, с оценкой и перспективой усовершенствования начатого сегодня дела.

Подобное понимание врачевания выработано веками, вобравшими в себя опыт десятков прошлых поколений. В сознании и в самом поведении врача непрерывно совершается переработка многообразнейших и весьма объемных знаний, полученных в вузе и в практической деятельности. Если этого нет, то, несмотря даже на научные труды, врач остается врачом весьма невысокой культуры, если вообще не лишенным ее. У него, как говорят, запасы информации останутся лежать втуне. Сказанным мы несколько не хотим принижать эрудицию, не хотим и противопоставлять ее культуре поведения. Мы хотим лишь подчеркнуть, что нельзя отождествлять культуру с информацией, эрудицией, а тем более с технической оснащенностью врачебного труда. Занимающиеся врачеванием склонны стремятся к овладению теми знаниями, которые живут в богато одаренном человеке и воплощаются в его поведении. Именно такие знания и есть основа творческого подхода к своему труду — врач работает всем своим существом одновременно: и разумом, и сердцем, и мускулами. Только тогда врачу открыта дорога к мастерству. А мастерство — это не просто техническая виртуозность в манипулировании профессиональными знаниями и навыками, а глубокое умение в схватывании, построении и реализации того, что врач всем своим существом ощущает как единственно возможное и необходимое в данный момент.

Во врачевании имеются элементы специфически личностного характера, причем степень проявления личного начала становится качественным показателем. В современных периодических изданиях (газеты, журналы) часто читаем: «искусство в футболе», «искусство в плавании». Везде нужно творчество, всему присуще искусство. Удивительно, что лишь об искусстве врачевания (в постановке диагноза и лечении) ничего не говорится ни в периодике, ни в бесчисленных фолиантах диссертаций, как будто врачевание — это лишь автоматическое применение в практике чего-то аккредитованного, стандартного, обычного. Ошибочно полагать, что для распознавания и лечения нужно только знать. В том-то и дело, что этого недостаточно. Врачевание — это творчество.

Возможны ли ошибки, промахи в деятельности хорошего врача. Конечно, возможны. И пациент нередко понимает такие промахи. Пациент начинает понимать врача, что ему приходится лавировать как бы в узком проходе, полном подводных камней, и что тут легко потерпеть крушение.

Посвятивший себя врачеванию не вдруг приступает к нему. Живя, наблюдая, переживая и изучая реальные явления, он постоянно, ежеминутно, заготавливает будущее, пока неизвестные еще ему концепции не заживут полнокровной познавательной жизнью. При этом непосредственные впечатления будут дополняться литературными источниками, опыт во врачевании будет еще более продуктивен. Таким образом, дарование во врачевании проявляется в умении получать и критически перерабатывать впечатления. Однако существенно не столько количество, сколько качество впечатлений. Умение подмечать в наблюдаемых явлениях типичное и характерное, умение, как говорят, выбрать «натуру» — объект наблюдения — и, наконец, умение связывать разрозненные явления в убедительные единства (образы, картины, концепции) — в этом и заключается мастерство формирования впечатлений, искусство видеть больного, т. е. искусство врачевания.

При врачевании нужно раскрывать сущность болезни и даже такие стороны патологии, которые никак, никакими средствами нельзя раскрыть в эксперименте.

Почему так случилось, что в современной медицине к врачеванию некоторые стали относиться равнодушно и нет стремления его культивировать у некоторых вра-

чей? Очевидно, имеет место ошибочное представление о врачевании как о чем-то идущем чуть ли не из каменного века. Возможно, это происходит и от неумеренного «идолопоклонческого» преклонения перед могуществом точных наук и современной техники.

Врач стремится у постели больного взять характерное с помощью как бы «малых средств», посредством глубокого психологического контакта с больным. Вот основная предпосылка необходимости врачевания и его успеха. В отношениях людей друг с другом, особенно попавших в трудные условия, в первую очередь нужно искать психологических контактов, искать возможности обеспечения психологической совместимости, потребность в которой все острее и острее испытывается даже в условиях научно-технического прогресса.

Создание творческого «психологического климата» в отношениях людей является важным фактором, определяющим эффективную работу. Игнорируя психологические закономерности, невозможно подойти к пониманию личности, этого сложнейшего явления. Не случайно говорят: личность — это сфинкс, биография которого написана иероглифами. Если последнее признать правильным, то мы вдвойне должны трудиться, чтобы научиться читать их. Настоящая подготовка к врачебной деятельности не может в наше время обходиться без «науки быть человеком», требующей максимума внимания ко всем проявлениям личности больного.

Разбудив во враче интерес к дифференцированному подходу к каждому пациенту, основанному на уважении к его личности, мы поднимем еще в большей степени достоинство врачебной профессии.

Каждый врач в своей практической работе в определенный момент оказывается перед «личной трудностью». Он должен соблюдать такт и сознаваться в том, что он способен сделать, а что нет. Он должен находить в себе мужество не только проявить самокритичность, но и вовремя остановиться, если этого требуют обстоятельства.

Иногда медицину зовут назад, к Гиппократу. Но нужен ли механический возврат в прошлое? Конечно, нет. Давайте попробуем вообразить Гиппократа в нашей современной врачебной среде. Он, безусловно, написал бы или сказал бы о враче и его труде другим языком, в других формах выразил бы свои мысли, но его высказывания не были бы хуже от этого. Сущность гиппократизма

осталась бы при нем, ибо Гиппократ хотел сделать медицину лучше, чем она была. Надо полагать, что это он сделал бы и теперь, очутившись вместе с нами, современниками.

В последнее время некоторые медики торопятся отдать врачевание на откуп электронной музе (Каллиопе). У них нет, как говорят, достаточного «пиетета» к врачеванию. Уместно в связи с этим напомнить, например, высказывание Нильса Бора, одного из крупнейших физиков современности, который подчеркивал неповторимую способность искусства «напоминать нам о гармониях, недостижимых для систематического анализа».

Канонизировать традиции нельзя. Но современному клиницисту нужно взять все лучшее из прошлого и отбросить то, что уже мертво и не нужно для созидательной работы. Отбрасывать же все нельзя, так как из бездны времени бьет освежающий источник знаний о мире, о человеке, из прошлого до нас доходят сгустки разума и знания жизни, красота истины и уродство предрассудков. Если клиническая работа содержит творческое начало, то оно должно рассматриваться как результат достижения не только настоящего, но и прошлого, т. е. в связи с историей вообще и историей медицины в частности. В медицине, как в искусстве и культуре, прошлое не должно исчезать. Можно и нужно лишь уделять внимание соотношению традиции и новаторского почина. В наше время новаторству уделяется много внимания — это хорошо, однако при этом наблюдаются иногда нигилистические крайности в понимании прошлого.

Нам бы не хотелось, чтобы нас рассматривали как упрямец, твердящих назойливо, что лишь в прошлом медицины заключена вся ее мудрость. Но современная мудрость без принятия в расчет мудрости древней — не мудрость.

Клиницист должен сохранять уважение и уделять должное внимание к традициям. Интересны в этом отношении высказывания таких новаторов, как Игорь Стравинский в музыке и Н. Рерих в живописи. Новаторская роль их общеизвестна. Слово «традиция», по Стравинскому, теперь употребляют как то, что напоминает о прошлом. В действительности же истинно традиционное может совершенно не напоминать о прошлом, которое знакомо большинству людей. Традиция — это не просто то, что унаследовано от отцов детьми, но то, что

пронизывает течение жизни, что рождается, зреет, стареет и возрождается. Н. Рерих говорил: «из прекрасных камней прошлого сложите ступени грядущего. Сегодня — это вчера, сегодня — это завтра».

Возможно, что в будущем ЭВМ в клинике станут обычным явлением, но они всегда будут играть вспомогательную роль, какую, например, играет пишущая машинка при написании научного трактата или гениальной диссертации. Кто-то сказал: кому могло прийти в голову и кто мог бы вообразить, что, создав совершенные часы, можно тем самым создать время? Машины решают многое, но они ничего не создают принципиально нового, неизведанного.

Таким образом, науку и врачевание противопоставлять друг другу нельзя. Они не должны конкурировать и соперничать. Нельзя говорить, что перед лицом бесспорных достижений науки и техники врачевание безнадежно проигрывает. Такое противопоставление может делать лишь человек, который не имеет представления о природе клинического мышления и скудно представляет, что такое культура вообще. Из этого вовсе не следует, что не нужно дебатировать и со всех сторон рассматривать задачи клинической медицины вообще и врачевания в частности в современный век расцвета точных наук. Непреложной истиной до сих пор является то, что врач о больном должен уметь сказать значительно больше, чем это дает возможность сделать точная наука: анализы, эксперимент, приборы и аппараты. Основа такого умения — опыт врачевания.

Точные науки, техника и их роль во врачебной деятельности¹

Оснащение медицинских учреждений современной медицинской техникой служит необходимым условием для научной организации (или просто рационализации) труда исследователя и врача-клинициста. Исходным пунктом разработки такой техники является не только облегчение деятельности врача в плане уменьшения затрат его труда, но и облегчение состояния больного, поэтому новая техника должна не отдалять врача от больного,

¹ Часть этого раздела написана доц. В. Д. Жирновым (стр. 95—98).

а стать предпосылкой еще большей его терапевтической эффективности и моральной ответственности за судьбу человека.

Это не означает, конечно, что значение клинического наблюдения и традиционных инструментальных методов врачебного исследования, представляющихся более простыми на фоне возможностей современной техники, уже утрачивает свое значение, как об этом пишут некоторые специалисты. Однако не следует забывать, что и самая совершеннейшая медицинская техника эффективна в практической деятельности врача в меру повышения ее разрешающей способности в сравнении с уже существующими способами обследования больных. Ведь достоверность кибернетических диагнозов чаще всего подтверждается патологоанатомами, а не клиницистами, в то время как еще патологоанатом Р. Вирхов вполне справедливо считал, что критерием успешной практической деятельности врача является живой человек.

В этой связи, очевидно, неоспоримо перспективными для теории и практики медицины, для сохранения жизни и укрепления здоровья человека следует признать исследования в области применения радиотелеметрической аппаратуры и приборов. Они позволяют изучать человека в условиях его повседневной привычной деятельности и определять точные границы физиологического и нейропсихического оптимума его жизнедеятельности, что для врача имеет большое значение.

Столь же перспективным в организации плодотворных условий научно-исследовательской работы является оснащение медицинских институтов современной вычислительной техникой, открывающей широкие возможности для ускорения сбора и обработки научной информации, а также для рационального планирования эксперимента. Перспективы, которые открывают медицинским институтам плановые задания девятой пятилетки в области оснащения вычислительной и другой современной техникой, являются весьма отрадными и позволят неизмеримо повысить интенсивность и эффективность научных исследований. И дело здесь не только в их количественном росте, а в гарантии качественного скачка в уровне экспериментальных исследований. Ведь современная техника позволит ученым-медикам изучать процессы, происходящие в организме человека, на более

глубоком уровне (на клеточном, субклеточном и молекулярном), что в значительной степени расширит горизонт представлений о различных патологических и нормологических состояниях.

В естествознании вообще и в медицине особенно справедливо бытует тезис о том, что наука развивается скачками в соответствии с прогрессом методов исследований. Это, несомненно, имеет большое значение, но при одном условии, если новые технические средства исследования дают ощутимые результаты, являются ответом на теоретические расчеты и предположения. Если взглянуть на общие тенденции физики XX века, то становится ясным, что разработка теоретической проблематики предшествовала созданию экспериментальной техники, необходимость работы над которой определялась развитием теории. Успешность же этой работы, безусловно, зависела от наличия соответствующей техники.

В принципе эта тенденция не может быть чуждой и медицине как науке, и мы должны отдавать себе полный отчет в том, что работа над техническими средствами исследования не является для нас самоцелью. Она, несомненно, принесет свои результаты в будущем, ибо будущее, предполагая более высокий уровень развития техники и теоретических знаний, в состоянии будет сделать то же самое с меньшими затратами сил и энергии.

Говоря об этом, у читателей правомерно может возникнуть вопрос: а не рано ли мы заговорили о столь идеальных и, может быть, отдаленных перспективах? Не лучше ли возвратиться к реальности, сосредоточив свои усилия на удовлетворении потребностей медицинских учреждений в медицинской технике? Мы ничего не имеем против этого, но эта проблема зависит не только от медиков, но и от уровня развития производительных сил страны, от социальных и экономических возможностей общества. Несомненно, в этом играет роль, причем большую, недостаточная реклама новой, имеющейся в наличии и серийно производимой, аппаратуры. Это означает, что хорошему прибору нужна не только реклама, но и информация о новинке, которая может проложить дорогу в практику в меру своей действенности и полезности в повседневной работе врача и исследователя. Речь идет, конечно, не об усовершенствованных приборах, не о новых модификациях их, а о принципиально новых, применение которых может способствовать

открытию новых явлений. При этом следует помнить о том, что поступательное и целенаправленное развитие медицинской науки требует того, чтобы технические средства исследования обеспечивали большую строгость и чистоту медико-биологического эксперимента. Технические средства исследования, повышая точность измерений медико-биологических величин, должны гарантировать однозначность этих измерений и допускать возможность их унификации. Иначе говоря, медицинская техника должна быть столь же уникальной, сколь и унифицированной. В противном случае мы будем иметь только гарантию на поток исследований и статей, сводящихся по существу к проверке и сравнительной оценке возможностей различных приборов и их многообразных комбинаций.

Надо сказать, что требование к специалистам в области медицинской техники повышать точность и однозначность измерений медико-биологических параметров часто не совпадает с их фактической направленностью в работе, что отражается на серийном производстве приборов. Проблема производства медицинской аппаратуры и приборов упирается также в разработку теории нашего предмета. И мы вправе напомнить слова С. С. Юдина, обращенные к его коллегам-хирургам, но относящиеся ко всем нам. Он говорил, что техническое совершенствование, доходящее даже до виртуозности, «...неминуемо отрывает и уводит все дальше и дальше от источников новых идей и капитальных открытий и усовершенствований. И рано или поздно узкая техническая специализация приводит все же к простому ремесленному жонглерству. Практические выводы могут при этом быть весьма обязательны, но крупного дальнейшего прогресса ждать не приходится: непосредственное развитие будет совершаться за счет жизненности того принципа, на котором выросли эти ремесла»¹.

Возвращаясь к проблеме точности и однозначности в измерении медико-биологических величин, мы должны обратить внимание на то, что она является, пожалуй, менее всего собственно технической проблемой. Техника принципиально обеспечивает нам эту точность, но не секрет, что сегодня она пока не дает в медицине строго

¹ Юдин С. С. О науке и медицине. Вестник хирургии имени Грекова, 1963, т. 90, № 1, с. 150.

сопоставимых данных, в чем повинна не сама техника, а тот субъективизм, который сказывается прежде всего через разнообразие отправных моментов в получении исходной информации. И это пока что вполне закономерно, так как, например, многообразные датчики самых перспективных приборов фиксируют те параметры, которые мысленно, на основании практически обозримой совокупности существующего фактического материала, уже нами установлены. А это значит, что точность и объективная достоверность работы медицинской техники определяются в первую очередь уровнем развития теории медицины. Поэтому прав тот, кто говорит, что лучший способ выявить новые факты — пройти по уже проторенным путям. «Это не означает, — как справедливо подмечает американский кардиолог Дж. А. Перера, — что мы должны избегать пользоваться методиками, которые представляются нам современной экспериментальной техникой. Но мы не можем ожидать только от них ответов на все вопросы»¹.

Часто говорят, что медицинские проблемы слишком сложны, чтобы их можно было решать без помощи математики. Что они сложны — это верно. Но надо иметь в виду, что современный математический аппарат в основном сложился на основе количественного измерения объектов неживой материи. Адекватное описание живой материи с помощью этого аппарата пока еще не разработано современной математикой. Об этом пишут сами математики. До сих пор еще не сформулированы математические принципы, адекватные для медико-биологических объектов. Биология и медицина нуждаются как бы в «своей» математике. Это лишний раз говорит о недопустимости абсолютизации математических методов. Снобизм некоторых представителей точных наук, выражающийся в поговорке: «мы умы, а вы — увы!» — безоснователен.

Работа врача происходит над тем материалом, имя которому человек. Но что такое работать над человеком, да еще страдающим патологическим процессом? Врачу надо находить в патологическом процессе закономерности, опираясь на которые можно помочь своему пациенту. Каждый человек — сложнейшее существо. Он включает

¹ Перера Дж. А. В кн.: Современные проблемы кардиологии. М., 1960, с. 189.

в себе множество нераскрытых возможностей, которые реализуются или не реализуются в зависимости от обстоятельств, но так или иначе определяют различные грани его мышления, чувств и поведения. Врачу нужно отыскать в множестве противоречивых состояний и процессов рычаги воздействия на патологический процесс, или, как говорят, обжить противоречия. Для этого врач должен использовать все, что он имеет: образованность, эрудицию, технику. Но этого мало. Всего этого оказывается сплошь и рядом недостаточно. Тогда он использует и свой опыт, творчески осмысливая сложную патологическую картину. Успех в деле врача, в конце концов, определяется его мудростью. Клиническое мышление тоже моделирует, но это моделирование не математическое — без статистики и кибернетики. Это моделирование своеобразное.

Модель клинического мышления строится на основе знания человеческой природы, психики, эмоционального мира больного. Клиническое мышление у постели больного и художественное мышление имеют нечто общее. Интересно в этом плане высказывание режиссера В. Мейерхольда. В искусстве, говорил он, важнее не знать, а догадываться. Есть прием так называемого подтекста — раскрытие чувства не «в лоб», а намеками¹. Да, конечно, это неточность. Но без «почти» нельзя познать мир подвижных величин. «Почти» — это то, что связывает абсолютное с относительным пусть странной, необычной иногда связью. В медицине не так, как в формальной логике. Там либо да, либо — нет. В человеке много переменного и весьма противоречивого.

Как уже было сказано, медицину нельзя свести к связям с одной наукой, по крайней мере ту ее часть, которая касается клинической работы. Самое главное в работе врача-лечебника: разграничения, отбор, выбор, притом немедленный, наряду с синтезом, обобщением, целостной оценкой. Нужно согласиться, что здесь значительная доля успеха связана с искусством, притом с искусством, так сказать, своеобразного жанра. Медицина и искусство — человеконцентрические области, они имеют дело не только с живым существом, но и существом высшего порядка — человеком.

Человеческие недуги сплошь и рядом нужно не толь-

¹ Г л а д к о в А. Мейерхольд говорит. Новый мир, 1961, № 8.

ко анализировать, но и синтезировать, понимать их как *целое*, в их постоянном движении. Живой организм изучается как нечто особое, специфическое, несводимое к известным физико-химическим законам и отношениям. Природа хотя и едина, но математика далеко не единственный ее язык, особенно там, где нужно познать целостную систему высокоорганизованной живой системы. Клиническая работа не отвергает анализа и эксперимента, но она не может довольствоваться только ими. Клиническая работа не стремится лишь к количественным накоплениям; она, как и искусство, стремится к поискам *характерного* в явлении в данный момент. Клиническая работа основывается на опыте, но на таком, который дает общее в единичном, закономерное — в преходящем и случайном.

Врачу-клиницисту приходится нередко, наблюдая больного, встречаться с таким положением, когда он не может объяснить соответствующими научными теориями наблюдаемого им патологического процесса; в таких случаях ему необходимо попытаться составить себе общий взгляд, упорядоченное представление обо всем, что он знает, и особенно о том, что он знает из прямого опыта, внутреннего и внешнего. У него иногда возникает нечто похожее на «континуум — гипотезу», т. е. на такую концепцию, которая пока не может быть ни доказана, ни опровергнута современными логическими средствами. Безусловно, больного человека нужно исследовать и определять у него константы, на основании которых можно осмысливать происходящее в его организме, но надо помнить, что пациент существует как нечто цельное. Стремясь осмыслить такое состояние, следует иметь в виду, что в личности есть много такого, что требует сложного и длительного анализа.

Для раскрытия личности человека необходим анализ эмоционального состояния больного. Последний может дать то, что не может учесть ни лаборатория, ни экспериментальная болезнь. Тот, кто не умеет возвышаться над частностями и постигать целое, всегда будет проявлять тенденциозность в своей работе. Есть гармонии, требующие для их постижения не только рационального, но и эмоционального анализа.

У части молодых врачей отмечается крен к технизации мышления. Привычка видеть жесткие, односторонние, линейные зависимости прочно укоренилась в их

сознании. С этих позиций они подходят ко всем случаям жизни, а также и по отношению к своим больным. Подобным «специалистам» кажется, что они все могут, в то время как коэффициент их полезного действия нередко ничтожен; их кредо сводится к трафаретному желанию: программку бы, да быстрее ее в машину,— вот и все решение вопроса.

Постоянные восторги в адрес техники оказываются нередко для них своеобразной индульгенцией, страховкой от сложностей и противоречий клинической жизни. Маяком для себя они избирают однозначность; они отказываются во имя примитивной простоты и удобства от постижений богатых и сложных связей врача и больного, от изучения духовного мира своего пациента.

Когда от техники, приборов, аппаратов ждут только удобств, то рано или поздно пытливому человеку станет ясно, что ему не хватает одного, очень важного и необходимого измерения — психологического. Приспосабливаясь к миру приборов, компьютеров, врач сам не должен отказываться от специфики клинического мышления. Врачу должно быть чуждо слепое преклонение перед *техникой*. Он не должен, как говорит поэт Л. Мартынов, воспевать «соловья стального» в ущерб живому.

Диагностическая машина может приказывать только плохому врачу, у которого нет своего мнения. Хорошему врачу она дает лишь дополнительную информацию, которая делает его решение еще более убедительным. Следовательно, врач в таких случаях должен оставаться критически мыслящей личностью, выполняющей так называемую сократовскую, мыслительную функцию.

На основе всего выказанного и должно формироваться умонастроение врача. Разумеется, дело здесь не просто в образовании, которое еще не свидетельствует о глубине знаний специалиста. Таким образом, недоверие к кибернетике, так же как и переоценка ее во врачебной практике, не должно иметь места. Человек, знающий о технике по наслышке, склонен уверовать в абсолютную авторитетность ее данных, что не должно иметь места в работе врача. Медицину иногда относят к неточным наукам, так как в ней часто отсутствует ясность. Некоторые врачи предпочитают ясность типа $2 \times 2 = 4$, но они недооценивают точность в более высоком смысле, которая объясняется не четырьмя правилами арифметики, а глубоким знанием своей врачебной дисциплины.

Истинный врач не довольствуется голым каркасом рассуждений на основании полученных количественных машинных показателей. Для него это важно, но не менее важно и извлечение качественных свойств из полученных различных количественных данных. Врач в своем наблюдении за больным должен уловить все возможные нюансы.

Таким образом, повышение знаний врача — требование, настоятельно выдвигаемое современной эпохой. А повышение знаний не может быть без усвоения опыта прошлого и достижений настоящего. Нельзя выработать у себя мировоззрение, миропонимание, минуя многообразный жизненный опыт человека. Нельзя не доверять опыту и ждать, пока кибернетическая машина скажет, что такое опыт. Врач должен понимать, что человек и его патология — весьма сложные явления и сводить их только к простым и часто встречающимся случаям нельзя. Нужно развивать в себе умение мыслить и быть наблюдательным.

Наивысшая суть врачебной деятельности или, как говорят, *cor cordium* врача — любовь к своей профессии и понимание своего пациента.

Развивая интеллектуальные способности врача, мы не всегда глубоко воздействуем на его эмоциональные качества. Культура чувств человека не является простым, механическим следствием его интеллектуального совершенства.

Иногда можно заметить любопытное обстоятельство: о сверхновом нередко рассуждают те, кто не дает ничего нового, они требуют «новаций», «ядерного уровня», а работу свою выполняют плохо. Такие люди лишь плодят «просвещенное мещанство».

Возрастающая по своему объему информация не только помогает в работе, но и создает определенные трудности. Если наука и связанная с ней клиническая медицина — центростремительная сила, с которой нельзя не считаться, то некоторая информация является псевдонаучной и может быть отнесена к центробежной силе, отвлекающей от логического мышления. Отсюда и получается иногда впечатление того, что для некоторых врачей техника как бы *опиум*, одурманивающий и отвлекающий их от настоящей работы и ведущий их к рационалистической ортодоксальности, когда уже ничто не принимается во внимание. Ортодоксы спасаются

словами: «наука так говорит». У подобных ортодоксов в ходу деление культуры на «старину» и «новации».

Следует подчеркнуть, что введение кибернетики в медицину вовсе не означает, что клиническое исследование как таковое и клинические навыки сделались вдруг чем-то ненужным, подлежащим сокращению, списанию, упразднению. Клиническая медицина должна избежать двух возможных ошибок: пренебрежения врачебным мышлением и фетишизации техники. Современная техника с ее небывало возросшими разрешающими возможностями все больше нуждается во врачах-мыслителях, врачах с широким общенаучным и философским кругозором. Врач должен быть подготовлен к восприятию техники и овладеть ею. В медицине старое чаще дополняется новым, а не вытесняется им. Техника и человек должны гармонично дополнять друг друга. Машина способна сработать быстро и точно, но она никогда не будет мудрой. Мудрость — удел человека. Мудрость — результат критической переработки всего общечеловеческого опыта.

Специфика медицинского эксперимента

Широкое использование в медицине достижений физики, химии, кибернетики и т. д. ведет к возрастанию значимости экспериментальных методов исследования. Нередко возникновение и развитие специальных методов исследования порождают новые направления в науке. В частности, возникший в последние годы метод регистрации слабых токов обусловил возникновение такой перспективной ветви физиологии, как электрофизиология. Однако нужно сказать, что применение новых методик для познания закономерностей развития тех или иных явлений и процессов — не только методический, но и методологический вопрос. Абсолютизация тех или иных методических приемов познания, акцентирование внимания исследователя лишь на аналитической стороне изучаемого объекта, игнорирование его синтетического, интегративного аспекта могут явиться гносеологической предпосылкой для возникновения метафизических и механистических выводов и заключений. В частности, при увлечении некоторых ученых изучением молекулярных, субклеточных и клеточных основ жизнедеятельности ор-

ганизма в норме и патологии иногда выпадает из поля зрения другая не менее важная задача — познания жизненных функций органов и систем в целостном организме, взаимодействующем с окружающей средой. «...Нет ли в настоящее время,— резонно ставит вопрос А. Есаков,— опасности противопоставления аналитической стороны изучения живого организма (в частности, электропродукции живой ткани) исследованиям, применяющим методы условных рефлексов?»¹. Гипертрофирование, абсолютизация роли электрических проявлений в деятельности живых существ могут привести к переоценке их значимости в жизнедеятельности тканей. При диалектико-материалистическом подходе к изучению жизнедеятельности организма электрофизиологические методы исследования должны сочетаться с такими методами, которые позволяют вскрыть ее биохимические и физиологические процессы.

При классификации наук иногда имеют место попытки поставить специфику той или иной научной дисциплины в прямую зависимость от применяемых методов и методик исследования. На позициях подобного неправильного методологического подхода стоят, например, те ученые, которые отрицают правомерность существования патологической физиологии как самостоятельной научной дисциплины и предмет преподавания ее в медицинском вузе. Бесспорно, как нормальная, так и патологическая физиология, как правило, используют одинаковые электрофизиологические, биохимические и биологические методы исследования. Но ведь особенность той или иной научной дисциплины определяется прежде всего спецификой тех законов, того материального субстрата, которые ею познаются. Предмет, объект исследования главным образом определяет специфику той или иной научной дисциплины.

Если между методическими приемами, используемыми, например, в нормальной и патологической физиологии, нет существенной разницы, то в предмете, объекте их исследования, в тех целях и задачах, которые перед ними ставятся, есть существенное, качественное различие. В частности, стратегические цели, которые ставятся перед нормальной и патологической физиологией, су-

¹ Есаков А. Против односторонних выводов. «Медицинская газета» от 23/VII 1963 г.

щественно различаются. Для нормальной физиологии в процессе экспериментирования важно исключить и предотвратить те возможные воздействия, которые препятствуют адекватному взаимоотношению организма с окружающей средой. Патологическая физиология имеет иные цели: она стремится к созданию таких условий, которые нарушили бы адекватную, филогенетически выработанную связь организма с окружающими условиями. Иногда и физиолог использует патофизиологические методы исследования. Для уяснения механизма деятельности тех или иных приспособительных, физиологических механизмов, которые трудно или невозможно познать в условиях нормы, он лишает организм обычных, адекватных для него условий. Но и в этом случае он использует патофизиологические приемы исследования лишь как вспомогательное средство для познания нормогенных, физиологических законов жизнедеятельности организма.

Говоря о познавательной роли эксперимента, И. П. Павлов подчеркивал, что если эксперимент берет то, что он хочет, то наблюдение собирает лишь то, что ему предлагает природа. Таким образом, познавательная ценность эксперимента заключается в его действительности, в возможности проникновения в такие тайны нормальной и патологической жизнедеятельности организма, которые скрыты от простого наблюдения. Эксперимент позволяет изучить интересующее явление по частям, по этапам. В этом смысле он выступает важным средством аналитического исследования. В то же время в специально созданных условиях при помощи эксперимента можно изучать и реакции целостного организма. В данном случае эксперимент выступает в качестве подспорья синтетического способа познания. Если при простом наблюдении изучаемый объект нередко «вынуждает» исследователя следить за его «поведением» в нежелательных для него (исследователя) условиях, то эксперимент позволяет изучать тот или иной объект в самых разнообразных условиях. Если же учесть еще и возможность многократного воспроизведения изучаемых процессов и явлений при экспериментировании, то перед нами предстанет со всей очевидностью неоспоримая познавательная, эвристическая ценность эксперимента.

Процесс экспериментирования и научного абстрагирования с общепознавательной точки зрения можно рас-

считать как различные тактические приемы для осуществления единой стратегической цели — познания тех или иных закономерностей окружающего мира. В этой связи вряд ли можно согласиться с той точкой зрения, согласно которой в эксперименте закономерность якобы освобождается исследователем от окружающих случайностей лишь чувственно-практически. Во-первых, сам эксперимент является в определенной степени овеществленной проверкой тех или иных идей, представлений и гипотез ученого. Во-вторых, результатом эксперимента является не освобожденная чувственно-практическим путем закономерность, а лишь та или иная совокупность фактов. Только в результате абстрактно-логической обработки данных фактов можно сделать заключение об открытой, познанной закономерности.

Кроме того, нельзя не учитывать, что сам факт — это не онтологическая, а гносеологическая категория. Научным фактом является лишь то, что подвергнуто сознательной, мыслительной обработке человека. Чувственные восприятия, полученные в эксперименте, можно считать научными фактами лишь тогда, когда абстрагирующая деятельность человека находит им определенное место в общем контуре изучаемой, отражаемой картины действительности, когда выявляется механизм их внутренней, интимной связи с другими научными фактами, теоретическими представлениями и т. д.

Если мы встанем на подобную, приведенную выше точку зрения, то должны предположить, что экспериментальная модель болезни человека, например воспроизводимая на животных, есть некая «абсолютная» копия, полное воспроизведение интересующего исследователя патологического процесса и что она воспроизводит сущность и закономерность этого процесса лишь чувственно-практически, без абстрагирующей деятельности исследователя.

В современной зарубежной философской и медицинской литературе наряду с переоценкой роли экспериментальных методов познания, выливающейся в форму инструментализма и т. д., широкое распространение получили нигилистические воззрения на роль и место эксперимента.

Неопозитивизм, например, рассматривает эксперимент как один из способов упорядочения и систематизации чувственного материала. Смысл экспериментирова-

ния, по мнению неопозитивистов, заключается в том, что оно позволяет унифицировать, свести к единым логическим конструкциям многообразие полученного при его помощи чувственного материала. Другими словами, отрицается возможность познания на основе эксперимента объективных закономерностей изучаемых явлений.

Нигилистическое отношение к познавательной ценности эксперимента также своими корнями уходит в субъективно-идеалистические принципы неопозитивистской философии. Отрицая возможность воспроизведения в эксперименте с той или иной степенью сходства черт, свойств и закономерностей изучаемого объекта или системы, отрицая его отражательно-познавательную ценность, Вейс, например, утверждает, что эксперимент «только шутит с природой», но не дает никаких новых знаний. Исходя из этого, он предпочитает экспериментальным исследованиям субъективистски понимаемый «личный опыт» и идеалистически истолковываемую интуицию.

Особое место в познании нормальных и патологических закономерностей жизнедеятельности организма занимает метод моделирования, получивший новый мощный стимул в связи с успехами кибернетики и бионики.

Одной из основных сфер применения кибернетики в области медицины является диагностика. Для более широкого внедрения кибернетики во все разделы медицины, в том числе и в диагностику, необходимо более глубокое познание количественного аспекта нормальных и патологических закономерностей жизнедеятельности организма. Но известно, что современная медицина опирается главным образом на понятия, отражающие преимущественно качественную сторону явлений и процессов жизнедеятельности при неполном или недостаточном знании их количественных характеристик. Это особенно характерно для неврологии и психиатрии. «Психиатрия более чем какая-либо другая медицинская наука оперирует качественными категориями, что создает определенные трудности при аналогизировании тех или иных психотических проявлений с физическими и математическими закономерностями. По этой же причине затруднено и моделирование этих проявлений...»¹.

¹ Шахматов Н. Ф. К вопросу о возможных путях применения положений кибернетики в психиатрии. Журнал невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова, 1964, т. 64, в. 3, с. 460.

При изучении законов высшей нервной деятельности нередко основные нейрофизиологические и психологические понятия пытаются заменить терминами «информация», «передача», «переработка информации» и т. п. Но такая тенденция не вполне правомерна. Если в теории информации отражаются прежде всего количественные закономерности, то для биологической системы «раздражитель — живой реагирующий субстрат» имеют не менее важное значение наряду с количественными и качественные характеристики. «Законы высшей нервной деятельности не могут формулироваться исключительно количественно, а должны также рассматриваться качественно», — справедливо подчеркивает Хрбек в статье «Кибернетика и законы высшей нервной деятельности»¹. По мнению Хрбека, воздействие раздражителя на живую систему не есть простая передача информации. Напротив, в данном случае речь идет об отражении объективной реальности в чувствующем субъекте и о взаимодействии двух материально-энергетических систем.

Прогресс медицины на основе использования достижений физики и химии, математизация медико-биологических наук создают более благоприятные условия для широкого внедрения кибернетических методов познания в различные разделы медицинской науки.

Моделирование медико-биологических систем

Наличие органической целесообразности в жизнедеятельности живых существ не изолирует их в то же время от неживой природы. Организм не только взаимодействует с абиотическими факторами как частью окружающей его среды, но и подчиняется в своем развитии некоторым общим законам, присущим всей материи.

Жизнедеятельность организма невозможна без использования физических и химических закономерностей. Как в живой, так и в неживой природе имеются более или менее аналогичные физико-химические закономерности. Это и является одной из объективных предпосылок применения некоторых общих методов физико-хими-

¹ H r b e c k. Arzt und Philosophie. Berlin, 1961, S. 129.

ческого и логико-математического изучения процессов функционирования как в кибернетических устройствах, так и в живых организмах.

Конечно, в сложной, относительно целесообразной и авторегулирующей живой системе есть нечто большее простой суммы физико-химических закономерностей. Если в аналитическом аспекте, как уже подчеркивалось, организм равен сумме физико-химических элементов, лежащих в его основе, то в синтетическом отношении (организм как живое, специфически функционирующее целое) он характеризуется качественно новыми биологическими закономерностями. В силу этого никакой физико-химический аналог и самая сложная кибернетическая модель не тождественны живому организму (оригиналу).

Познание количественных и качественных проявлений функционирования живых систем плодотворно осуществляется на основе использования метода биологического моделирования. Моделирование как специфический метод познания основывается в конечном счете на принципе материального единства мира, на наличии в живой и неживой природе общих диалектических законов их развития, на признании всеобщей связи и взаимообусловленности явлений.

Вещественное или мысленное воспроизведение свойств, состояний и характеристик изучаемого объекта (оригинала) на том или ином специальном аналоге называется моделированием. «...Моделирование означает материальное или мысленное имитирование реально существующей (натуральной) системы путем специального конструирования аналогов (моделей), в которых воспроизводятся принципы организации и функционирования этой системы»¹.

Всякая модель является специфической формой отражения (познания) действительности. Если в некоторых простых, вещественных моделях это отражение происходит в адекватной форме, то в идеальных, логико-математических моделях подобная адекватность модели своему оригиналу не обязательна.

Опираясь на принцип изоморфизма, современная биология все более широко использует методы киберне-

¹ Фролов И. Т. Гносеологические проблемы моделирования биологических систем. Вопросы философии, 1961, № 2, с. 39.

тического моделирования. При подобном моделировании биологических процессов, как правило, воспроизводятся функциональная структура изучаемого объекта и общие принципы управления и связи, присущие живой и неживой природе. Моделирование биологических объектов, как указывали В. В. Парин и Р. М. Баевский¹, основано на аналогии между данными входов и выходов систем при полном различии внутренних структур. Например, искусственная почка моделирует деятельность живой почки лишь в конечном итоге, т. е. результатом деятельности почки и ее модели является выведение из организма азотистых шлаков и т. д. Конкретный же механизм диализа и выведения вредных продуктов в том и другом случае различен.

Моделирование в определенной степени является разновидностью абстрактно-логического познания. Его отличие от «чистого» абстрактно-логического познания заключается в том, что здесь сам процесс познания и его результат как бы «материализуется», «овеществляется» в тех или иных экспериментальных установках, модельных сооружениях и т. п.

В отличие от теории, модель не объясняет моделируемого предмета непосредственно в форме понятий, суждений и умозаключений. Напротив, возникнув на основе предварительных теоретических предпосылок, модель как «овеществленный» результат познания нуждается в дальнейшем теоретическом истолковании. Вот почему модели нередко «...представляют собой промежуточное звено между теорией и действительностью... В отличие от теории модель характеризуется обязательно наглядностью, что связано с тем обстоятельством, что модель всегда приурочена к определенным пространственно-временным координатам»².

В модели происходит перенос знаний с более сложной системы на более простую. Но механический перенос этих знаний без учета качественной специфики самой модели и моделируемого объекта не даст нужного, плодотворного результата, так как свойства и особенности, моделируемые на неживой кибернетической и тому

¹ Парин В. В., Баевский Р. М. Кибернетика в медицине и физиологии. Медгиз. М., 1963, с. 50.

² Штофф В. А. О роли моделей в познании. Изд. Ленинградского государственного университета, 1963, с. 10, 11.

подобной системе, не являются арифметической суммой закономерностей живой биологической системы. В силу этого при изучении тех или иных заболеваний при помощи так называемого модельного, кибернетического диагноза следует учитывать, что диагностический процесс не является результатом простого арифметического суммирования симптомов и синдромов болезни. Не случайно говорится, что диагностика — это не процесс суммации, а процесс синтеза и творчества. Диагностический процесс связан с переработкой многочисленных анамнестических, бактериологических, лабораторно-биохимических и других данных о состоянии больного. Творческая переработка подобных данных невозможна без использования не только диалектических, но и формально-логических закономерностей. Если модельный кибернетический диагност способен «рассуждать» лишь по законам формальной логики, то врач творчески опирается и на формально-логические, и диалектические закономерности. В силу этого знания, полученные на основе модельных аналогий, носят лишь условный, вероятностный характер. Модельная аналогия сохраняет свою познавательную, эвристическую ценность только тогда, когда в изучаемых и сравниваемых объектах устанавливается сходство в основных, существенных чертах и свойствах, когда учитывается не только функциональное сходство данных систем, но и их качественная субстанциональная специфичность. Соблюдение данных методологических принципов особенно важно при изучении с помощью различных моделей биологических закономерностей как высших интегральных и весьма специфических закономерностей, присущих лишь живой природе.

Учитывая гомеостатический характер живой системы, ее способность находится в состоянии динамического равновесия с окружающей средой, ученые все шире стали использовать модельный метод «скользящего рациона». При подобном методе растения могут выращиваться без обычного грунта, на специальных питательных растворах. Учитывая качественное своеобразие биологических закономерностей, при подобном методе выращивания растений для последних создают более или менее адекватные экологические условия. Учитывая стадийность развития растений, основные, искусственно воспроизводимые периоды их развития, моделируемые экологические условия соответствующим образом видоиз-

меняют, приурочивают, к требованиям растущего растительного организма.

Отвлекаясь от различий в вещественном субстрате изучаемых явлений и опираясь на их определенное функциональное сходство, аналогичность, современная наука использует в различных областях техники и производства некоторые сложные принципы жизнедеятельности организма.

Возникновение на стыке наук о живой и неживой природе нового направления — бионики, использующей в технических устройствах сложнейшие принципы целесообразной и авторегуляторной деятельности живых систем, знаменует новый этап в познании диалектики природы. Конечно, между моделированием и бионикой есть некоторое различие. Если моделирование, как правило, ставит задачу раскрытия новых тайн природы, то бионике интересуют прежде всего утилитарные задачи, т. е. использование закономерностей развития и поведения живых существ для создания различных технических устройств. Техническое использование принципов работы мышцы, обеспечивающих непосредственное превращение химической энергии в механическую, а также моделирование с последующим промышленным использованием процессов фотосинтеза и т. п. — вот некоторые из возможных достижений бионики.

Нередко бывает так, что те или иные технические идеи и проекты с большим или меньшим опозданием воспроизводят и «овеществляют» известные биологические принципы и закономерности. Например, в радиолокационных установках по существу воплощен давно известный принцип ультразвуковой локации летучей мыши. Использование закономерностей, лежащих в основе надежности, эффективности и целесообразности функционирования биологических систем, в работе технических устройств является важной ступенью в развитии науки и техники в моделировании важнейших принципов самонастройки, авторегуляции и гомеостатичности живых систем и т. д.

Все большее применение моделирование находит в экспериментальной медицине. При этом в медицине широко используются натуральные модели. В качестве последних по отношению к высшим организмам (например, человек) используются низшие (обезьяны, собаки, морские свинки и т. д.). «Модельные опыты, будучи на-

целенными на воспроизведение болезней человека и животных, преследуют несколько задач: воссоздать клинико-анатомический комплекс симптомов, характеризующих данную болезнь, этиологически обосновать эту болезнь, раскрыть ее патогенез и возможности лечения»¹.

Биологическая близость некоторых высших животных, особенно обезьян, к человеку представляет возможность в более или менее аналогичной форме воспроизвести у них некоторые нозологические формы заболеваний, присущие человеку. При экспериментальном моделировании так называемых человеческих болезней у животных необходимо учитывать прежде всего следующие методологические принципы: во-первых, большую или меньшую биологическую близость модели (экспериментальных животных) и оригинала (человека), во-вторых, степень сходства условий, в которых воспроизводится болезнь у животного, с условиями, необходимыми и достаточными для возникновения и развития болезни человека. Несмотря на наличие большого анатомо-физиологического сходства обезьяны и человека, первые в естественных условиях не способны болеть гипертонией, атеросклерозом и т. д. в той форме и степени, как человек. Некоторые болезни «...в естественных условиях [обезьянам], по-видимому, не свойственны и возникают лишь в условиях содержания в питомнике в контакте с определенными, навязанными человеком раздражителями.

...Различие нозологического профиля обезьяны и человека зависит не столько от их биологического различия... сколько от чрезвычайно различных условий существования»².

Таким образом, и натуральная модель (экспериментальная болезнь) не является полностью адекватной своему оригиналу. В силу этого и знания, полученные при изучении натуральной модели, могут лишь с существенными ограничениями и оговорками использоваться при истолковании аналогичных патологических процессов, происходящих в организме человека. Познаватель-но-эвристическая ценность моделирования болезней и заключается в том, что оно способствует более глубо-

¹ Давыдовский И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). Медгиз. М., 1962, с. 137.

² Лапин Б. А., Яковлева Л. Н. Очерки сравнительной патологии обезьян. Медгиз. М., 1960, с. 287—288.

кому познанию сущности этиологии и патогенеза заболеваний человека.

Нередко один и тот же процесс, являясь оригиналом, по отношению к другим процессам представляет собой их модель. Воспроизводимая на животных та или иная болезнь является неким оригиналом, а по отношению к человеку она — модель его аналогичного заболевания. В свою очередь модели, используемые в медико-биологических науках, не равноценны по своей теоретико-познавательной значимости. Демонстрационные модели в виде всевозможных муляжей и т. д. не дают никакой новой познавательной информации, они лишь наглядно и образно отражают уже известные морфологические и функциональные отношения и связи. Нередко «экспериментальные модели содержат уже доказанные или гипотетически предполагаемые функциональные отношения интересующего положения вещей»¹.

Мыслительная модель, упрощая изучаемый феномен, вычлняя его некоторые стороны и акцентируя на них внимание, способна дать новую познавательную информацию. Подобные особенности мыслительной модели делают ее «эвристически ценной в роли первого приближения к истине»².

В понимании и истолковании проблемы моделирования имеют место как идеалистические, так и метафизические и механистические точки зрения. Отрицая наличие определенной объективной общности между моделируемым и моделирующими процессами, некоторые ученые (например, Эшби и др.) приходят к субъективистским выводам, к отрицанию или недооценке познавательных функций моделей. С подобных позиций Ритчи, например, утверждает, что моделирование и экспериментальные наблюдения «являются для научных исследований ложным примером», что экспериментатор может воспроизводить то или иное явление лишь «внутри ограниченных богом пределов».

Отрицание же качественных различий между моделируемым и моделирующим явлениями, превращение некоторой аналогии между самоорганизующимися процессами в живых системах и их модельными аналогами

¹ Arzt and Philosophie. Berlin, 1961, S. 75.

² Naugac Paul. Les modelis en biologie. «Nucleus», 1963, N 1, p. 30—37.

(автоматами), а также между высшей нервной системой и автоматическими кибернетическими системами в тождественность между ними является важнейшей гносеологической предпосылкой современного кибернетического механицизма. Вскрывая качественную специфику живого организма и предупреждая о недопустимости его низведения до уровня пусть даже сложноорганизованной машины, И. П. Павлов говорил: «Человек, конечно, система, грубее говоря, — машина, как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам; но система в горизонте нашего современного научного ведения, единственная по высочайшему саморегулированию.

Разнообразно самоорганизующиеся машины мы уже достаточно знаем между изделиями человеческих рук... Но наша система в высочайшей степени самоорганизующаяся, сама себя поддерживающая и даже совершенствующаяся»¹.

Таким образом, моделирование как сложное и специфически познавательное средство может оказать существенную помощь в познании природных явлений лишь при условии, если исследователь будет вооружен диалектико-материалистической методологией и научно-материалистическим мировоззрением. Диалектика процесса познания должна быть некой адекватной моделью, адекватным отображением диалектически развивающейся живой и неживой природы.

Врач и природа

«Каждый из нас — природа, ставшая человеком. Нет, никогда мудрость не противоречила природе».

(Ф. Шиллер).

Проблема «природа и человек» относится к числу вечно волнующих человечество. Ныне эта проблема выдвигается в число основополагающих теоретических и практических проблем.

Биогеосфера — настолько чуткий, тонкий и сложный механизм, что малейшее нарушение хода естественных процессов вызывает сложную цепь последствий, в том

¹ Павлов И. П. Полн. собр. трудов, Т. III, 1949, с. 454.

числе и патогенных. Одна причина вызывает множество сложных последствий. Между биосферой и человеком существует диалектическое единство и всякое сколько-нибудь значительное воздействие человека на природу возвращается в виде ответного воздействия природы на человека.

Одна из кардинальных проблем медицины — это также «человек и природа». Поэтому всю деятельность врача должно пронизывать дыхание природы. Прямая и непосредственная связь с природой делает врача более эмоционально воспитанным и мудрым. Мы не призываем: «назад, в природу». Мы понимаем невозможность и никчемность подобного возврата, поворота вспять. Сейчас намечается иной путь в природную среду, не требующий остановки поступательного движения человечества. Мы должны познавать естественную среду на новом, современном научно-техническом уровне.

Очевидно, что без подражания природе, без творческого использования ее «секретов» не было бы кибернетики, ни такой новой отрасли знания, как бионика, ищущей в природе решения инженерных и научных задач. Без подражания природе, т. е. без использования и изучения ее законов, не было бы знания вообще. Композитор, живописец, врач, философ, лесовод и т. д. могут по-разному опираться на природу в своей деятельности, творчестве. О Ньюtone и Бетховене говорили, что они улавливали свои идеи в природе — «в лесу, на прогулках, в тишине ночи, ранним утром». Общение с природой ведет к сложнейшим эмоциональным, нравственным и интеллектуальным опосредованиям.

Писатель И. Соколов-Микитов говорил, что он никогда не мог слышать слов «борьба с природой». С природой нельзя бороться, ибо человек — ведь часть природы, подвергнутая социальной переделке. С природой не нужно бороться, нужно жить с нею в ладу. В одном из своих выступлений В. Солоухин также отметил, что «...когда начинаешь перебирать слова, которые характеризуют наше отношение к природе, в первую очередь, приходят в голову два слова, наверное, потому, что мы их употребляем чаще, чем другие. Эти два слова: «покорить» и «охранять». Можно было бы просто сказать, что природа нам не враг, не супротивник, а лучший друг или, как я уже говорил, мать. Значит, зачем же покорять лучшего друга? С ним надо дружить, помогать

ему надо, и тогда он будет помогать нам... Покорить-то можно, да что из этого получится в конце концов? В какой-то книге я прочел разумную мысль, что за каждую вот „покорительную победу” над собою природа способна мстить людям и что за великие „победы” возможна и великая месть. Эта великая месть происходит из того, что все в природе связано, сцеплено в определенные логические цепочки и что, нарушив одно звено цепи, можно получить отдачу в двенадцатом или еще далее в совершенно непредвиденном звене. Мы можем проследить лишь небольшое количество звеньев, не далее пятого звена и не знаем, чем откликнется, скажем звено 21-е. Мы должны осторожно обращаться с выражением „покорять природу”. Мы за то, чтобы дружить с нею великой, мудрой, разумной дружбой. Дружбой, обязательно обуславливающей *взаимную* выгоду, *взаимный* интерес. Человек не должен быть хапугой по отношению к природе, хотя и должен брать от природы все, что можно. Тут нет противоречия. Садовник тоже берет от своего сада, но разве можно сказать, что садовник покоряет сад свой? Он его возделывает, выращивает, обхаживает и все что угодно, только „не покоряет”. Человек должен охранять природу, хотя это звучит странно: от кого? От самого себя, от человека?

Век коммунизма должен быть не только веком пластмассы, но прежде всего веком зеленых трав, ярких цветов, лесов. Думать об этом нужно постоянно».

А вот как говорят о природе поэты:

«Не то, что мните вы, природа:
Не слепок, не бездушный лик —
В ней есть душа, в ней есть свобода,
В ней есть любовь, в ней есть язык...»

Ф. Тютчев

«Природа совершенна, доколе
С бедою в нее человек не вступил»

Ф. Шиллер

«В природе шагу не ступить,
Чтоб тотчас так ли смяк
Ей чем-нибудь не заплатить
За этот самый шаг».

А. Твардовский

Когда говорят об успехах современной медицины, то имеют в виду главным образом такие достижения, как активно действующие лекарства, преимущественно химиотерапевтические средства, поразительные хирургические операции и сложнейшие иммунологические прививки. Все это верно. Это великие достижения и они несомненно способствовали увеличению продолжительности жизни людей и повышению уровня их здоровья. Но если спросить, действительно ли главной причиной повышения уровня здоровья населения являются упомянутые достижения, то, увы, нужно ответить отрицательно. Говоря так, мы ни в коей мере не хотим принизить значение упомянутых достижений; мы хотим только сказать, что все достижения становятся могучими факторами только при определенных социально-экономических условиях.

Наше здоровье находится в лучшем состоянии, чем здоровье предков, в той мере, в какой наша жизнь более соответствует социальной и природной среде, с которой человек связан и с которой он не должен находиться в конфликте во избежание таких трагедийных состояний, которые могут приводить к биологическим и психическим катастрофам.

Помимо социально-гигиенического аспекта, врач должен учитывать и экологический аспект здоровья и заболеваемости человека. Слово «экология» в переводе с греческого обозначает жилище, оно иногда переводится как «изучение жилья», или в широком смысле этого слова как окружающей человека природной, естественной среды. Конечно, «чисто» природной среды для человека не существует. Всякое природное окружение человека в в большей или меньшей мере социально опосредовано. Поэтому и экологию человека нужно рассматривать в плане ее социального опосредования.

Все живое прежде всего взаимодействует с биосферой. Биосфера — та среда, от которой зависит и развитие человека. Люди не могут быть независимыми от природы. В силу этого всякое варварское отношение к окружающей среде (экосистеме) не может расцениваться иначе, как «величайший грабег будущего». Такое хищническое отношение характерно для капиталистических стран. Капитал как социальная система проедает один из самых ценных капиталов — капитал природы. Здесь не лишне напомнить известные слова К. Маркса: «...куль-

тура, если она развивается стихийно, а не направляется сознательно, оставляет после себя пустыню. Чувство природы — продукт исторический, социальный. Понадобились тысячелетия, чтобы выработался, наконец, человеческий вкус к природе, человеческое чувство природы, а значит, и естественное чувство человека»¹.

Человечество несет немалые потери от неразумного вторжения в природу. Осознание этого факта необходимо не для того, чтобы вздыхать о прошлом и пытаться остановить научно-технический прогресс, а для того, чтобы разумно избавиться от его досадных последствий. Наука — это правильное понимание социальных и природных явлений.

Было бы ошибочно думать, что человек освобождается от пут своего эволюционного прошлого. Это иллюзия. Человек может успешно развиваться и сохранять свое здоровье лишь в том случае, если ему удастся окружающую среду поддержать на уровне, близком к тому, в котором протекала его эволюция. Способность человека приспособливаться поразительна. Однако в ряде случаев такое приспособление достигается за счет физиологических и психических перенапряжений человеческого организма, что в конечном счете может привести к хроническим расстройствам и заболеваниям. Продолжают говорить, что прогресс общества зависит от способности человека покорять природу. Сказать «покорять природу» все равно, что сказать «покорять мать». В действительности же биологические и психоэмоциональные потребности человека *закljučаются* не в покорении природы, а в гармоническом взаимоотношении с нею.

Врач всегда должен стоять на страже правильного отношения к природе. Это везде и всегда должно быть лейтмотивом его деятельности. Человек и природа должны существовать в созидательном единении, не подавляя друг друга, не нанося ущерб друг другу.

Природу можно изменить, приручить, не разрушая ее. К сожалению, слово «приручать» для некоторых означает не что иное, как поработить и животных, и природу. На самом же деле слово «приручать» означает, как выражается А. Сент-Экзюпери, вступление в такое взаимоотношение с прирученным, чтобы нести за него

¹ Маркс К. и Энгельс Ф. Из ранних произведений. М. Госполитиздат, 1956, с. 606.

ответственность. Установить такие отношения, при которых бы человек, животные и природа в целом не теряли бы присущей им особенности,— важная задача общества. «Приручить» значит связать себя с другими существами чувством взаимной поддержки.

Самое главное, вернее, самое трудное — понять, что является пределом вмешательства человека в природу. Человек — творец. Ему суждено осуществить свои почти беспредельные мечты, но при одном условии: если он на стратегическом пути созидания не разрушает среду своей собственной жизни.

Врач постоянно должен пересматривать и уточнять свои отношения с природой и заключить такой с нею «пакт», который давал бы право и возможность жить с ней в полном согласии. Человек должен прийти к убеждению, что он не имеет морального права уничтожать или доводить до угасания какой бы то ни было вид растительного или животного мира, хотя бы потому, что он не обладает способностью создать этот вид, а еще и потому, что ему, в конце концов, это не выгодно. В конечном счете спасти и улучшить природу может только человек. Природа будет ограждена, если человек полюбит ее, хотя бы потому, что она прекрасна, и потому, что он не может жить без красоты, какова бы ни была та форма ее, к которой он по своей культуре и интеллектуальному складу наиболее восприимчив. Опустошенная и искалеченная природа мстит людям. Каждая «победа» над ней оказывается сплошь и рядом новым поражением человека. В этом смысле надо признать, что природа в какой-то мере сильнее науки. В конце концов сам человек, вернее человечество,— это орган природы, созданный для управления стихийными силами (И. Забелин)¹.

Любить природу — один из стимулов к оздоровлению человека. Созерцание природы помогает развивать в себе таящиеся дарования. Врачу нужно иметь «чутье», а «чутье» — у тех, кто слит с природой. Так, у А. Н. Сент-Экзюпери в «Земле людей» герой по крылышкам стрекозы угадал, что надвигается грозная песчаная буря. И человек горд тем, что ему внятн немой язык природы.

Интересно, что в сказках всех народов одним из символов власти и могущества человека было умение понимать язык животных и растений.

¹ Забелин И. Человек и человечество. М., Советский писатель, 1970.

В идеале развитие ума, духовных сил и способностей человека должно привести к тому, что человек полностью овладеет окружающей средой так, что она не сможет физически ему повредить. В грядущем человечество будет находиться в полной гармонии с природой.

Значение природы для человека хорошо обрисовано М. М. Пришвиным. Он показал глубокие связи человека и природы и напомнил нам о забытом чувстве родства с миром, откуда вышли мы сами и вся наша цивилизация. Он ярко подчеркнул, что природа — зеркало, в котором человек видит свое «я» свободным от всего мелкого. М. М. Пришвин призывал через понимание природы уважать в себе человеческое и побеждать скверное. «Разве человек, — писал он, — не вспоминает себя самого в своих предках, животных, растениях, в стихии неподвижных скал, в стихии огня, воды, ветра? Поэты с древних времен поют нам о человеке, вмещающем в себе природу, о всем том, что он вспоминает, когда созерцает природу»¹.

Выделяя себя из природы, человек, однако, не отчуждается от нее, а лишь поднимает на более высокий, социальный уровень свою с ней взаимосвязь. Именно в единстве с природой черпает человеческий интеллект силы для своего дальнейшего развития. Вот почему и врач должен быть в ладу с природой. Хороший врач подражает природе и одновременно соперничает с ней. Иногда верх берет природа, иногда — он как ученый-исследователь. Интересно высказывание Пикассо: «Когда ко мне приходят мысли, а их мне предлагает великодушная мать-природа, ибо все от нее, тогда и начинается творчество». Нигде так не проявляется чувство меры, как в природе. Клиницисту очень важно развивать у себя подобное чувство и такт. В общении с природой врач оттачивает и совершенствует эти качества.

Преобразуя природу, современный человек создает по существу новую материально-техническую, химическую, радиационную и психоэмоциональную среду. Биосфера нашего предка все более превращается в техносферу современного человека. Будучи в период своего формирования несколько не свойственной человеку,

¹ Пришвин М. М. Глаза земли. Собр. соч. Т. I, 1957

² Введение в геогигиену. Под ред. Н. В. Лазарева. М. «Наука», 1966, с. 38.

в последующем техносфера превращается в нечто естественное, органически присущее человеческому бытию.

Долгое время люди брали от природы все, что позволял им уровень технической вооруженности, и мало задумывались над гигиеническими последствиями этих преобразований. Известно, что вызываемые деятельностью человека изменения окружающей среды (неконтролируемые, научно не предвиденные) часто бывают неблагоприятными. Указывая на данное обстоятельство, Н. В. Лазарев¹ пишет, что по сравнению с разнообразием возможных изменений любых характеристик среды очень узки те границы, в которых возможна жизнь вообще и жизнь человека в особенности. «Зона комфорта» на шкале гигиенических характеристик любых условий внешней среды очень узка, а пределы возможных колебаний каждого из таких условий огромны. Сейчас ставится задача формирования новой гигиенической науки — геогигиены, которая изучала бы разнообразные сдвиги гигиенических характеристик среды, имеющие глобальный характер.

С технической точки зрения возможности человека по преобразованию природы практически безграничны. Но, помимо практической (утилитарной, потребительской) целесообразности, в преобразовании природы необходимо исходить из социально-гигиенической целесообразности. Преобразуя природу, человек не освобождается от воздействия ее законов. «Не будем, однако,— говорил Ф. Энгельс,— слишком обольщаться нашими победами над природой. За каждую такую победу она нам мстит. Каждая из этих побед имеет, правда, в первую очередь те последствия, на которые мы рассчитывали, но во вторую и третью очередь совсем другие, непредвиденные последствия, которые очень часто уничтожают значение первых»².

Другими словами, бурное научно-техническое развитие и интенсивное преобразование природы должно строиться на основе гармонического сочетания намечаемых человеком близлежащих целей и возможных отдаленных результатов. Природа для человека имеет не только хозяйственно-экономическое, но и большое гигие-

¹ Введение в геогигиену. Под ред. Н. В. Лазарева. М. «Наука». 1966, с. 38.

² Маркс К. и Энгельс Ф. Соч. Т. 20, с. 495—496.

ническое, оздоравливающее, а также воспитательно-эстетическое значение.

Успешное использование результатов научно-технической революции требует того, чтобы социальные и социально-гигиенические прогнозы не только не отставали от экономических, технических и производственных, но и опережали их, освещая путь и определяя стратегическое направление технического прогресса. В современных условиях особую значимость приобретает прогнозирование преобразований, производимых в окружающей природе, их социальных последствий, управление этими процессами в интересах здоровья человека.

Прогнозирование должно позволять предвидеть появление как положительных, так и отрицательных для здоровья людей последствий преобразования природы. Задача заключается не только в том, чтобы засвидетельствовать появление в окружающей среде неблагоприятных для здоровья людей факторов, но и вовремя предусмотреть необходимые и своевременные меры по их обезвреживанию или нейтрализации.

Если в преобразовании природы не учитывать возможных отдаленных последствий, в том числе и санитарно-гигиенических, то последующим поколениям людей придется расплачиваться за нашу близорукость не только путем расходования громадных материальных средств, необходимых для различного рода «переделок» и «усовершенствований», но и ценой своего здоровья. Поэтому справедливо подчеркивает известный советский ученый Г. Ф. Хильми, что право науки на риск и ошибки в вопросах преобразования природы должно быть резко уменьшено.

Поддержание окружающей человека природы в наиболее выгодном для здоровья человека санитарно-гигиеническом режиме — одна из важнейших задач современной науки и хозяйственно-производственной практики.

Преобразуя окружающую природу и создавая новые социально-экономические условия, человек не всегда и не сразу осознает и выявляет место и роль ряда болезнетворных, патогенных факторов. Эти факторы как результат новых социально-экономических условий могут способствовать возникновению и распространению ряда болезней, главным образом социальных (неврозы, психозы, сердечно-сосудистые заболевания и т. д.). «Современная патология,— писал Е. М. Тареев,— в какой-то сте-

пени является следствием самой domestikации (ангины, сезонные катары), урбанизации, моторизации труда и быта со скоростным транспортом и т. д.; следствием внедрения человека в зоны с природной очаговостью болезней, в необычные климатические условия (полярные, воздушные, глубинные пространства); следствием широкого использования небезразличных ископаемых, природных и синтетических ядов, в том числе лекарств, с нередким злоупотреблением в быту (в значительной мере благодаря широкой и навязчивой рекламе) при низком санитарно-гигиеническом уровне народных масс и отсутствии эффективных оздоровительных профилактических мероприятий для трудящихся в условиях капиталистического общества»¹.

Воздействие человека на природу достигает такого размаха, что естественные регуляторные, буферные механизмы сами по себе уже не в состоянии нейтрализовать многие небезвредные последствия этого воздействия.

В ряде городов капиталистических стран уже сейчас загрязнение атмосферы достигло высокого уровня, и специалисты вынуждены говорить о недостатке чистого кислорода для дыхания. Все это ведет к повышению распространения болезней, в первую очередь таких, как рак легких, эмфизема, бронхит, астма и т. д. Во время пребывания в Японии нам приходилось наблюдать, как полицейские, регулирующие движение автотранспорта в наиболее оживленных местах Токио, вынуждены надевать на лицо специальные кислородные маски (настолько высока здесь концентрация выхлопных газов автомашин). Вспоминается другой аналогичный пример. Во время нашего пребывания в Лос-Анджелесе стояла ясная солнечная погода, но насыщенность воздуха выхлопными газами автомобилей, различными едкими веществами фабрик и заводов была настолько сильной, что раздражала глаза и вызывала слезотечение.

В принципе существует предел приспособления человеческого организма к ухудшающимся условиям окружающей среды. Ведь надо помнить, что нормальная жизнь человека в преобразуемой среде возможна не в силу коренного преобразования структурно-функциональных основ его организма, а в результате приспособления среды к потребностям организма.

¹ Советская медицина, 1959, № 1, с. 19.

Таким образом, стратегический принцип преобразования окружающей среды состоит в том, чтобы приспособлять окружающую среду к оптимальным гигиеническим потребностям организма. В отношении некоторых новых факторов среды у организма человека отсутствуют соответствующие приспособительные реакции, чем «...следует объяснить, например, прямое физическое повреждающее действие лучистой энергии... Радиация не возбуждает, а уничтожает как механизмы воспаления, так и механизмы заживления, т. е. основные приспособительные процессы»¹. Имеются указания на то, что, например, в городах количество людей с тугоухостью постоянно возрастает. Это может быть объяснено тем, что, кроме воздействия производственного шума, на людей воздействует и общегородской шум².

Таким образом, в своей деятельности врач постоянно должен учитывать неразрывную связь жизнедеятельности человека, его здоровья и заболеваемости с характером окружающей его природы. Ведь, помимо социально-гигиенического аспекта, здоровье и болезнь человека имеют и экологический аспект.

Врач и мораль (проблема ценностей)

Чем интенсивнее развивается научно-техническая революция в капиталистических странах, тем сильнее она разрушает этические основы буржуазного общества, что отмечают и некоторые западные ученые. Например, Макс Борн в одном из своих выступлений сказал, что развитие науки и техники не контролируется разумом³. Наука и техника в условиях капитализма превращаются для многих, в том числе и для врачей, в своеобразный опиум, который разрушает этический фундамент общества. Важнейшие социальные ценности: свобода личности, равенство, справедливость, демократия в нарастающей степени разрушаются и подменяются принципом «технологической» эффективности. Усиливается процесс свое-

¹ Д а в ы д о в с к и й И. В. Проблема причинности в медицине (этиология). М., Медгиз, 1962, с. 129.

² К а р а г о д и н а И. Л. и др. Городские и жилищно-коммунальные шумы и борьба с ними. М., Медицина, 1964.

³ Б о р н М а к с. Размышления. «Литературная газета», 1970, № 11.

образной этической «импотенцией» и нравственного нигилизма. Происходит девальвация этических ценностей. Кто-то из философов по этому поводу сказал: Ньютон изгнал бога из природы, Дарвин — из жизни, а Фрейд — из души.

Становится ясным, что триумф техники сам по себе еще не делает человека счастливым. На страницах буржуазных журналов и иных изданий можно прочесть, что современный научный, информационный взрыв сопровождается полным отсутствием цели, этики и философского гуманистического миропонимания. Гигантская мощь, которой располагает человек, в условиях капитализма становится неконтролируемой и развивается в направлении «куда попало». Стрелки современных приборов, как говорят, часто не дают ответа на самые простые этические вопросы. Развитие ума в условиях эксплуататорского общества в основном направлено на обладание материальным миром, миром вещей. Ум же, касающийся овладения самим собой, изменяется очень медленно.

В настоящее время нравственные вопросы приобрели чрезвычайную важность. Нравственность имеет большое значение в жизни человека. Нравственность, мораль — это форма общественного сознания, регулирующая поведение людей во всех сферах общественной жизни. В ней общественные, классовые интересы представлены в виде совокупности требований и правил поведения, базирующихся на силе общественного мнения, привычек, обычаев, а иногда и предрассудков. В нравственности требования общества, класса, коллектива трансформируются в личное субъективное чувство долга, обязанности. Нравственные требования являются чем-то действительным лишь в том случае, если они *сливаются с личностью*, если они становятся его внутренней потребностью. Моральный принцип без субъективного преломления — мертв, представляет лишь словесную догму. В морали, помимо классового, исторически преходящего, есть общечеловеческое.

В последние годы в литературе оживленно обсуждается проблема ценностей. Нравственные ценности — добро и благо, прекрасное и свобода, цель и смысл жизни, совесть и т. п. — не противопоставляются научному пониманию реально существующего мира, а закономерно рождаются в процессе его осознания. Подлинный

смысл понятия ценностей заключается в единстве общественного и личного, биологического и социального, утилитарного и бескорыстного и т. п. Истина, добро и красота очень близки друг другу, хотя они и не тождественны. Через посредство их мы узнаем, что есть человек и кем он должен быть (Гете). Жалок был бы прогресс, если бы он сопровождался растратой нравственно-духовных ценностей человечества.

Мораль — сугубо историческое, общественное явление. Марксизм отвергает абсолютизацию морали, так же как и моральный нигилизм.

Вопросы этики, человеческих ценностей, социального блага должны всегда волновать и врача, и ученого.

Особенностью клинической медицины является стремление к цельности исследуемых патологических процессов, стремление к синтезу. Творчество — это большое напряжение ума, или как бы интеллектуальный синтез. Для творчества необходимо, помимо всего прочего, клиническое чутье, гуманистическая сострадательность и активное желание врача облегчить страдания больного.

Личность человека — это не механическая сумма физиологических и психологических процессов, это сложная интегративная система, это такие связи, благодаря которым человек познает самого себя, окружающую среду и свое отношение к последней. Это и есть ценностное отношение, определяющее поведение человека.

Проблема ценностей есть не только общественная, но и личная проблема.

Врач, который вступает в общение с людьми, как бы включается в телефонную станцию общего человеческого интеллектуального процесса и, снимая трубку, слышит гул современной эпохи, которую ему надлежит понимать. Современная медицина, разумеется, изменилась так же, как и окружающие материальные условия. Незыблемы остались лишь нравственные основы человеческого существования, возможно, элементарные, однако жизненно необходимые. Уместно вспомнить в этой связи очень важную мысль К. Маркса о древнегреческой культуре и искусстве, которые, по его словам, обладают для нас вечной прелестью, ибо в них отразилось нормальное детство человеческого общества.

Будущее медицины вытекает из настоящего так же, как настоящее вытекает из прошедшего. Каждая последующая ступень в истории медицины — это лишь твор-

ческая вариация предшествующего этапа ее развития. Врачи не могут не проявлять интереса к медицине прошлого в силу огромной ценности для них того, что выражено в классических произведениях врачей всего мира и того, что вступает в соприкосновение с их опытом, отвечая на их духовные, этические и эстетические запросы.

В клятве Гиппократата (которую часть врачей нередко забывает), в этом завоевавшем славу классическом произведении, следует подчеркнуть те начала, которые созвучны нашему времени. В каждом истинном враче должна жить жажда совершенства, и это совершенство должно находиться не только в «новациях». Оно рядом с нами, среди нас. Мы сами создаем его. Мы не должны замыкаться в узком профессионализме, иначе утратим главное — гражданское, нравственное начало, одухотворяющее врачебную деятельность. Кант говорил: «...две вещи наполняют душу сильным удивлением — звездное небо над нами и нравственный закон внутри нас». Не причисляя себя к кантианцам, мы считаем эту мысль философа весьма поучительной и для современного врача. Она напоминает нам о том, что отрывать познание закономерностей внешнего мира от познания внутреннего мира человека нельзя. Существует ведь мир вещественно предметной действительности и мир духовно-нравственных отношений.

Наука все более усиливает свои разрешающие способности. Она должна указать человеку и разумные цели применения своих достижений и открытий.

В обыденном, житейском смысле *ценность* — это то, что вызывает восхищение, благоговение, почитание; это нечто вещественное, утилитарное. Но есть и духовные ценности. Помимо наличных ценностей, мы говорим и о том, что должно быть. Это идеалы, к которым мы стремимся, которые служат для нас нравственным маяком.

Потребности человека в условиях социализма понимаются не утилитарно, не узко делячески, а с точки зрения интересов развития всего человечества.

Ввиду того что в медицине в настоящее время наиболее злободневными являются вопросы морали, этики и вообще того, что принято называть ценностями, мы и останавливаемся на этом вопросе несколько детальнее.

Ценности можно представлять себе как регуляторные идеи, руководящие принципы. Это они направляют ра-

зумную жизнь. Врач как гражданин, человек не может полнокровно жить, не признавая никаких ценностей. Он постоянно должен апеллировать к собственной совести, соотносить свои поступки и дела с апробированными принципами общества.

Возрастание нравственной ответственности врача перед обществом и больным человеком

В социалистическом обществе резко изменилась роль врача, медицины и здравоохранения в жизни и прогрессе общества. Возросла и роль нравственных, этических принципов во взаимоотношении врача и больного. Стало иным отношение врача, медицинского работника к обществу и т. д.

В отношении врача с больным возникают совершенно уникальные, неповторимые ситуации. Одной общегражданской честности, порядочности и т. п. недостаточно для врача. Он должен выработать такие качества, которые не требует ни одна другая профессия. Проиллюстрируем эту мысль такими примерами. Требование искренности, честности не предполагает разглашения профессиональной, медицинской тайны, в свою очередь правдивость не исключает так называемой целительной «лжи во благо» и т. д.

Деятельность врача непосредственно направлена на человека, в его деятельности профессиональное и этическое нередко находятся на грани слияния. Будучи целиком обращенной к человеку, к его личности, медицина непосредственно затрагивает этический и эмоциональный мир больного. Она способна воздействовать на этот мир, а через него и на жизнедеятельность организма, его здоровье и болезнь.

Вопрос о взаимоотношении врача и больного нужно рассматривать конкретно-исторически. При рассмотрении этого вопроса в настоящее время нельзя не учитывать следующих моментов.

1. Сейчас происходит прогрессирующий процесс все более узкой специализации, профилизации, дифференциации медицины. Узкая же специализация может приучить врача смотреть на больного под углом зрения его «специализированного кредо». Это ведет к недооценке целостности организма, к абсолютизации местного,

локального в болезни. Болезнь влияет не только на организм в целом, но и на личность больного, на его психику, и т. п. Узкая же специализация при определенных условиях может заслонить перед врачом организм и личность больного.

2. При наличии множества узких, частных специальностей ответственность врачей перед больным как бы расчленяется, распределяется между специалистами, обследующими больного. В этих условиях могут возникнуть ситуации, когда моральная ответственность врача перед больным обезличивается, принижается, растворяется.

3. В эпоху прогрессирующей индустриализации и технизации медицины увеличивается количество используемых приборов, аппаратов для изучения состояния больного. Врачу приходится прибегать ко все более опосредованным методам (с помощью приборов) изучения больного. Вместо былого принципа «врач—больной» утверждается принцип «врач—прибор—больной». Но эта прогрессивная тенденция развития современной медицины имеет некоторые теневые, нежелательные последствия: прибор может заслонить организм и личность больного человека с его сложным психическим, нравственным миром переживаний, установок, устремлений и т. п. Индивидуализированные отношения врача с больным могут быть ущемлены, подвергнуться определенной машинной стандартизации, обезличиванию. Принцип индивидуализации в лечении предполагает не только конкретного больного, но и конкретную форму развития той или иной болезни и конкретную форму психоэмоциональной реакции больного и т. п.

Во взаимоотношении врача и больного возникает ряд вопросов, стоящих на грани между правовыми и этическими принципами. К таковым, в частности, относится вопрос о том, может ли врач искусственно ускорить наступление смерти так называемого безнадежного больного. Подлинно гуманная этика дает отрицательный ответ на этот вопрос. Это правильный, научно обоснованный в правовом и этическом отношении ответ. Нельзя не учитывать относительности того критерия, с помощью которого то или иное болезненное состояние характеризуется безнадежным. Критерий «безнадежности» не может быть единым для всех времен, для различных уровней развития медицины. Справедливость такого вывода

усилится, если принять во внимание все более ускоряющийся прогресс во всех областях медицины — в диагностике, в фармакологии и т. д. Одна и та же болезненная ситуация в разное время, отделенное друг от друга иногда весьма небольшими интервалами, может из «безнадежной» превратиться в поддающуюся если не излечению, то некоторой приостановке, стабилизации. Должна быть принята во внимание и возможность несовершенства и даже ошибочности диагноза.

Правовым, юридическим вопросом, но имеющим и этическую сторону, является вопрос о том, может ли врач без согласия родителей или опекунов производить хирургическую операцию на несовершеннолетнем больном. С ростом культуры, сознательности масс врачу все реже придется сталкиваться с такими случаями, когда родители несовершеннолетнего при наличии явной необходимости оперативного вмешательства стали бы на путь отказа от операции.

Рост общей и санитарно-гигиенической культуры населения вносит новые черты и особенности во взаимоотношение врача и больного. В самом деле, в дореволюционной России при массовой неграмотности населения о своей болезни человек мог узнать лишь от лечащего врача. Сейчас — иное дело: больной может получить информацию о своей болезни из разных источников (книги, радио, телевидение и т. д.).

В условиях постоянного роста культурного уровня людей, объема их знаний особо важное значение приобретает вопрос о характере, формах и объеме осведомления врачом больного о его заболевании.

Особенно сложными в правовом и этическом отношении являются вопросы, связанные с пересадкой органов от одного человека к другому. «Эксперимент на человеке, — говорил С. П. Боткин, — допускается только в исключительных случаях, когда мы вполне можем быть уверены в его безвредности». При решении проблемы пересадки органов, например сердца, следует учитывать тот факт, что само подразделение смерти на клиническую и биологическую весьма условно. Не исключена возможность продления времени клинической смерти. Могут быть пересмотрены и критерии так называемых необратимых процессов, обуславливающих переход от клинической смерти к биологической. В условиях же частной медицинской практики, что характерно для буржу-

азного общества, где господствует принцип «купи и продажи здоровья», вполне реальны и факты преступного, антиморального подхода к решению данных вопросов. Касаясь проблемы трансплантации органов больному человеку, акад. Б. В. Петровский говорил, что прежде всего мы должны рассматривать больного даже в самой тяжелой стадии его болезни в плане всех максимальных возможностей спасения жизни современными апробированными средствами. Глубоко прав акад. Б. В. Петровский, утверждая, что пересаживать сердце, например, допустимо лишь в том случае, если оно остановилось и больной погиб, и никакие средства реанимации не могут помочь восстановить его функции.

Моральный облик врача не может быть исчерпан отношением к больному. Одной из важнейших черт нравственного облика врача является его отношение к обществу. В конечном счете отношение врача к обществу обуславливается характером общества, его социально-экономическим строем.

Рассматривая проблемы медицинской этики в широком плане, необходимо обратить особое внимание и на проблему выбора медицинской профессии молодежью. Знания, уровень подготовленности молодого человека являются необходимым, но не достаточным условием для того, чтобы быть медиком. Профессия медика предъявляет повышенные требования не только к «голове», но и к «сердцу» человека, т. е. к его индивидуальным характерологическим особенностям. Гуманность, чуткость, доброта, сочувствие, самопожертвование и т. п. должны быть органически присущи всякому, кто намерен посвятить себя профессии медика. «Быть счастливым счастьем других — вот настоящее счастье и земной идеал жизни» всякого, кто посвящает себя медицинской профессии. Эти слова принадлежат великому врачу и гуманисту Н. И. Пирогову, девизом которого было: «ищи быть и будь человеком». Этот девиз ныне стал важнейшим этическим принципом врачей в социалистических странах.

Воспитание врача

Учитель и ученик в медицине — это сложная культурно-психологическая связь. В учении нужно стремиться к тому, чтобы учащийся искал свой путь. Разумеется,

найти себя — задача настолько же важная, насколько и трудная. Учителю и ученику нужно стараться работать как бы на одинаковых радиоволнах. Прежде всего ученику нужно привить чутье, сознание чувства преемственности знаний, профессий, поколений.

Научить человека рационально воспринимать окружающий мир значительно проще, чем привить ему высокую культуру эмоционального, чувственного восприятия. Бескорыстие, чуткость к больному человеку и то, что обозначается словом «благородство», должны быть органически присущи врачу. Да, разумеется, воспитание врача благородным человеком — тема не новая, но не теряющая своего большого значения и в наше время, время техники и успехов науки. Клятва Гиппократова — это своего рода «кодекс чести» для врача. Однако нередко приходится слышать о классической клятве Гиппократова, что она «старомодна». А некоторые любители «новаций» выступают вообще за разрушение «старых стен». С этой точки зрения гиппократовские тезисы объявляются музейным достоянием. С нашей точки зрения, это неправильная позиция.

Поразительна в наше время насыщенность общества знаниями. Как известно, на производстве уже сейчас каждый второй имеет образование не ниже среднего. Одновременно растут и требования к знаниям. Знания, конечно, могут прилагаться к технике, но техническая приложимость знаний — лишь одна сторона проблемы. Вторая сторона заключается в том, насколько знания активно участвуют в преобразовании нашего интеллекта и духовного мира человека.

Наблюдая за молодежью (например, аспирантами), можно заметить, как в результате появляющихся знаний набирает силу мысль молодого человека. Набирать же силу мысль может в процессе «переваривания» знаний. «Переваривание» зачастую идет зигзагами — от робости предположения до самонадеянности и критики ученых, от скрупулезного, педантичного следования фактам до произвольного насильствования над ними. И нужно много потратить энергии для того, чтобы путем *самовоспитания, самоограничения* сделать воспринимаемые знания глубокими, строгими, т. е. такими, которые можно было бы назвать строго современными. А без последнего качества рассчитывать на проявление творческого начала в своей работе трудно. Имеет значение не вышколен-

ность, натасканность, образованность сама по себе, а культура, диалектичность мышления. Иначе говоря, знания необходимы и важны, но сила не просто в знаниях, как таковых, а во владении знанием, в умении на его основе мыслить творчески и действовать эффективно и целеустремленно. *Новое качество* — основа познания новых духовных ценностей. Если этого нет, то знания — это просто атрибуты моды, или, как говорят, «ходячие копилки». Можно согласиться с Г. Н. Волковым, который писал в «Литературной газете» (№ 17, 1971), что непереваренный груз знаний может лишь засорить интеллект, повиснуть тяжкой гирей на нем, мешая подняться ввысь обладателю их.

Культура современного врача складывается из образования плюс воспитание. Говоря о воспитании, нельзя не вспомнить слова Л. Н. Толстого: «...воспитание есть воздействие на сердце». Отсутствие воспитания при наличии образования бывает особенно заметно и даже опасно.

Людей воспитывают люди, жизнь, литература, искусство и т. д. Хорошо, если все это складывается в систему. Есть ли подобная система в наших медицинских вузах? Образование в наших медицинских вузах поставлено лучше, чем воспитание в широком смысле этого слова. Но нам кажется, что, развивая в процессе образования интеллектуальные силы учащихся и студентов, мы в то же время недостаточно воздействуем на их эмоциональный мир и ошибочно считаем культуру чувств чем-то производным от интеллектуального совершенства. Студенты нередко слишком прямолинейно и односторонне усваивают марксизм-ленинизм, не умеют творчески применять его в своей практике. Говоря иными словами, мы отождествляем культуру с политической грамотностью, как бы исключая воспитание воли, характера, стремлений личности.

Идеологию надо разъяснять, доказывать, т. е. убеждать, а чувства надо воспитывать, упражнять, тренировать. Всякая функция, в том числе и эмоциональная, нуждается в упражнении. Деликатность, благородство, человечность, бескорыстие — качества, непосредственно не зависящие от образования, занимаемого положения, эрудиции. Перечисленные качества для врачей представляют громадную силу. Мы должны все сделать для того, чтобы помочь будущим врачам в воспитании чувств,

начиная со студенческой скамьи, где создаются, выражаясь фигурально, «эскизы» будущих врачей.

Есть еще один вид воспитания, которое нам следует совершенствовать. Это — самовоспитание. К нему учащийся стимулируется крайне недостаточно. А с самовоспитанием связаны все аспекты развития человека, его духовная жизнь. Любое нарушение гармонии духовной жизни нужно уметь выправлять дисциплиной самовоспитания. Область самодисциплины, самосовершенствования нужно выводить из забвения. У врача всегда должна быть самодисциплина. Занимаясь больным, врач входит в сферу, где простого упорства и твердого следования правилам и положениям науки мало; для успешной деятельности необходимы самоанализ, самоэксперимент, самоовладение. Несомненно, это процесс творческий, но к нему нужно готовиться каждодневно.

В институте научить всему будущего врача нельзя, многому надлежит ему самому научиться. Активность ученика может во многих случаях оказаться важнее педагогических усилий.

Врачу необходима целостная система взглядов на свою профессиональную деятельность и врачебное самосознание. Наиболее скоро самосознание появляется у тех, кто любит свое дело, имеет жажду к систематическому повышению своей квалификации. Более низкий уровень самосознания наблюдается у тех врачей, которые сокращают до минимума усвоение того, что не имеет непосредственного отношения к избранной специальности. У таких врачей появляется опасность впасть в сугубый прагматизм, утилитаризм, который не оставляет ни времени, ни места для усвоения общефилософских, психологических дисциплин, искусства и т. п. Врач имеет дело с больным человеком, у которого эмоциональная жизнь обострена. С эмоциями своих пациентов так или иначе нужно справляться. Справиться же он может успешно тогда, когда он сам эмоционален (слово «эмоция» в переводе означает — «потрясаю», «волную»). Эмоциональный потенциал врача питается размышлениями о судьбах людей, смысле жизни, о путях прогресса вообще и медицины в частности. Это отражается обычно в его тревогах и надеждах. Разумеется, что соответствующий эмоционально-нравственный потенциал приобретается не автоматически — это результат напряженной работы по совершенствованию своих знаний.

Необходимый интеллектуальный багаж создается из знаний, навыков, которые получает врач, и из того, что дают ему опыт и его собственный характер. Последний же шлифуется под влиянием семьи, того круга людей, той среды, в которой он вращается. Многие стороны и обстоятельства жизни влияют на формирование врача и его внутреннего мира, но и сам врач в свою очередь влияет на других. От нас в конце концов зависит то, какие черты характера мы хотим развить в себе, а от каких — избавиться.

Таким образом, наряду с приобретением и накоплением знаний нужно стремиться тренировать, стимулировать способность раздумывать, мыслить. Приобретение знания и раздумье не одно и то же. Мы нередко слишком много читаем, много впитываем в себя информации и слишком мало размышляем над тем, что впитали.

Школа учит прежде всего знаниям, она требует от учащихся их усвоения. Иногда считают, чем точнее ученик воспроизводит почерпнутое из книг, тем лучше. Но не усваивает ли учащийся вместе с тем и тот стиль мышления, для которого становится привычным только заучивать и повторять чужие, уже найденные и освещенные авторитетами мысли?

Молодому врачу хочется обладать сильным и в то же время душевным характером и тем благородством и обаянием, которые так импонируют больному человеку. Но можно ли, например, молчанием усовершенствовать голос, можно ли без упражнений развить свои мускулы? Совершенствование и развитие свойств личности нуждается в тренировке, подчас упорной и педантичной. Чем упорнее медик работает над собой, тем успешнее результаты. Один древний философ сказал: «Мы делаемся тем, что делаем из себя сами». А писатель Э. Хемингуэй любил повторять: настоящий человек (а мы добавили бы здесь: и врач) — такой человек, который «должен быть тем, кем он хочет быть, а не тем, кто он есть»¹.

Для каждого мыслящего молодого человека познание «самого себя», своей профессии, своего образа жизни превращается в глубокую нравственную задачу. Наличие способностей — отнюдь не обеспечивает еще клиницисту успешной деятельности. Необходима еще готов-

¹ Папилов Ю. Пиллар. Документальная повесть об Э. Хемингуэе. «Знание», 1970, № 7.

ность преодолеть много трудностей, что возможно только при наличии несгибаемой воли. Наличие воли означает умение врача управлять собой. Постоянный самоконтроль, выдержка, самодисциплина в значительной мере помогут ему стать тем, чего он хочет достигнуть в своей профессии. Воля необходима врачу на всех этапах его деятельности, особенно в труде. Синтез воли и труда обычно приводит врача к тому, что его работа оценивается как высокоплодотворная, дающая удовлетворение людям и ему самому. Ведь труд и любовь к своей профессии составляют основу и путь к настоящему мастерству в избранной специальности. Устремление в будущее и преклонение перед настоящим — это хорошо, если одновременно нет пренебрежения к прошлому. Хорошо об этом сказал А. С. Пушкин: «Дикость и невежество не уважают прошлого, пресмыкаясь перед настоящим».

Утрата связи с традициями — это крупнейшая ошибка. При всем динамизме жизни нельзя не учитывать прошлого. Традиции и современность не должны противопоставляться. Последствие пренебрежения к прошедшему — однобокое развитие личности. Гуманизм, любовь и творческие силы в этом случае могут быть подорваны. Творения великих художников, например Л. Н. Толстого, В. Шекспира, М. Сервантеса, А. С. Пушкина, А. П. Чехова, Н. В. Гоголя и др., способны дать колоссальный познавательный и эмоциональный заряд. Ведь А. С. Пушкин, В. В. Маяковский, С. А. Есенин даже современнее некоторых ныне здравствующих поэтов. Подумайте, почему же В. Шекспир или А. С. Пушкин, не постигая сложности атомного века, оказались современнее некоторых мыслителей и писателей наших дней?! «И хоть мы только — сейчас, но века в нас» — это очень справедливо. Сугубо утилитарное познание вещей нельзя отождествлять с всесторонним освоением мира. Одно лишь одностороннее рациональное знание — половина дела.

Врач должен стремиться найти себя. Что это значит? Найти себя — это обрести такие условия, в которых наши способности в отношении любимого дела, труда, который мы избрали, будут реализованы.

Воспитание имеет большое значение в приобретении культуры. Что такое воспитание? Это, говоря коротко, выковывание у себя или у кого-либо других новых положительных *качеств*, имеющих прямое отношение к по-

ведению. Поведение же — основа жизнепроявления человека вообще и врача в частности.

Уклад нашей жизни таков, что чувства и разум иногда приходят в противоречия друг с другом. Что должно побеждать? Смотря по обстоятельствам. Но угнетать чувства, не давать им воли — не всегда правильно.

Что же такое хороший врач? Образ его давно создан практикой жизни. Это, прежде всего, *хороший человек* и мастер своего дела, которое он любит.

Мы должны готовить врачей, не только знающих, усваивающих соответствующие научные дисциплины, но и способных к творческой работе, именно к творческой, а не только к технической, манипуляторской и исполнительской. Но никто не может определить, когда и кто по окончании вуза станет на творческий путь, проявит творческое начало. Школа, сказали бы мы, должна учить не знаниям самим по себе, а учить на основе знаний умению мыслить, «овеществлять» знания в хорошие дела. Уже в школе надо вытравить иллюзию, будто лишь точные дисциплины составляют истинную науку, а философия и гуманитарные знания малозначимы. В условиях социализма все более реализуется предсказание Маркса о некотором изменении в ориентации науки, о все более широком фронтальном повороте ее в направлении максимальной интеграции естествознания и обществоведения.

Изменение ориентации науки при социализме означает собой ее переход в качественное состояние. Это не только появление некоторых новых черт в рамках сложившейся системы, это рождение новой системы, построенной на совершенно иных закономерностях, присутствующих лишь социализму.

Медицина для истинного врача больше, чем профессия: она — образ жизни. Профессия врача интересна, не случайно растет тяга к ней со стороны молодежи. Врач должен иметь авторитет, но заслужить его не так легко. Хороший врач появляется не чудом. Он — результат не только учебы в вузе, но и огромного труда, внутренней самодисциплины. Если же врач после окончания института полагает, что он уже может не учиться, что он уже сформированный профессионал, из него ничего хорошего не получится.

Школа дает основу знаний, но само понятие «основа» складывалось исторически, т. е. в нем есть немало на-

слоений прошлого. Чем более разнообразные пространства входят в сферу деятельности человека, тем большее значение приобретает такая форма познания, когда на первый план выдвигается не заучивание определенных трафаретов, а воспитание чувства ориентировки, направления. Университет, писал А. И. Герцен, не должен оканчивать воспитание; его дело — поставить человека, а также дать ему возможность продолжать стоять на своих ногах, его дело — возбудить вопрос, научить спрашивать. Мозг, в котором не заглушен, а полностью развит естественный интерес к новому, необычайно быстро накапливает необходимые ему современные знания и начинает творить. Если этому не мешают посторонние обстоятельства, творчество начинается рано не только у выдающихся, но и у обычных людей. Основа знаний — не полное собрание готовых ответов, а тот мыслительный плацдарм, который позволяет самостоятельно приобретать новые знания. Врачу, окончившему институт, нужно ориентироваться в достижениях мировой медицины, быть в медицине не робким новичком, а полноправным гражданином.

У врача по призванию учеба продолжается всю жизнь, вот почему справедливо мнение, что врачевание — это не профессия, а образ жизни. Если у получившего диплом есть воля и самодисциплина, то он будет систематически усваивать то, что является основой его профессионального поведения. Самодисциплиной и дисциплиной он будет воспитывать и простоту обращения с больным, и другие необходимые качества.

Простота — не врожденное свойство. Поведение формируется и шлифуется под влиянием того круга людей, той среды, в которой находится человек. Первый признак настоящего врача во все времена — это естественность и простота.

Молодого врача надо учить быть внимательным к своему пациенту. Необходим дифференцированный подход к каждому больному. Этого в программах институтов нет. А надо!

Мы сознаем, что наука, эрудиция в клинической деятельности занимают важное место, но еще важнее наше отношение к ним. Чувство такта не должно нас покидать и в нашем отношении к науке, профессии. Решающим и определяющим качеством клинической работы является не просто и не только методика исследования (пусть

и богато оснащенная техникой), а культура врача. Только повышение культуры личности врача может привести к повышению качества врачебной работы.

Мы знаем много выдающихся врачей. Это Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, Ф. Г. Яновский, М. Я. Мудров, Ж. М. Шарко, В. Ф. Снегирев, Е. К. Краснушкин, В. А. Манассеин, Д. С. Самойлович, И. М. Балинский, Н. Ф. Филатов и многие другие. Если проследить их биографии, то увидим, что, помимо природной одаренности, они отличались большой любовью к своей профессии, трудом и завидным умением общаться с больным человеком. Можно в совершенстве усвоить необходимые знания, блестяще владеть техникой, инструментарием, иметь недюжинные организаторские способности, но все эти достоинства засверкают лишь тогда, когда врач воспитает у себя чувство такта. Трудное дело — обрести такт, но это необходимо. Врач имеет дело с больными людьми, отличающимися обостренным чувством своего «я», травмированной нервной системой. Он не может по роду своей деятельности обижаться на бестактность некоторых больных. Под воздействием такта все обиды преобразовываются в критическое и в то же время снисходительное отношение к людям. Такт должен проявляться у врача повседневно, его он не должен подчеркивать. Иногда врач молчаливо переносит тяжкие испытания. Такт формируется не столько в результате обучения, сколько в результате самовоспитания чувств путем сложной и непрерывной тренировки и строгого к себе отношения.

Врач, обладающий тактом, всегда оказывается близким больному. Во время приема врач беседует с больным и как бы просвечивает его своим «психологическим рентгеном».

Окончивший вуз молодой человек должен с самого начала систематически совершенствовать свой внутренний мир, основой которого является чувство ответственности за свое дело. Хорошо по этому поводу сказал поэт Ф. И. Тютчев:

«Счастлив наш век, кому победа далась не кровью, а умом.
Счастлив, кто точку Архимеда умел сыскать в себе самом».

Одним из признаков культуры мышления врача является понимание сложности изучаемых процессов; чем более врач охватывает единовременно существенных свя-

зей, комплексов, совокупностей происходящего, тем ближе он к истине. Недостаточный личный опыт даже при наличии эрудиции не может быть залогом успешной деятельности врача и не может гарантировать его от ошибок и заблуждений.

В медицине, особенно клинической, не изжиты еще полностью «научные» предрассудки и суеверия. Мы должны, насколько это возможно, избегать их. Что такое суеверия? Как они возникают?

Суеверия, научные предрассудки — это одна из форм антинауки. Мир так устроен, что рядом с положительным существует и отрицательное. Есть материя и антиматерия, мир и антимир, протон и антипротон, частицы и античастицы, есть труд и антитруд, знание и антизнание и т. д.

Некоторые люди оказались столь ослепленными прогрессом науки и техники, что очень часто догматизируют и абсолютизируют роль отдельных научных положений. В сущности говоря, подобная абсолютизация, гипертрофирование и есть проявление своеобразного суеверия, ведь всякое суеверие есть ложная либо крайне неумеренная вера во что-либо без достаточных оснований. Фетишизация техники — одна из современных, модернизированных форм суеверия.

Принято думать, что предрассудки и суеверия порождаются лишь невежеством. В принципе это так, но суеверия могут возникнуть и при отсутствии полноты знаний. Полузнайки, дилетанты часто проявляют готовность верить в любые сенсации. Истинному ученому хорошо известно, что чем больше он узнает, тем часто шире становится круг неизвестного. Лица, которые этого не почувствовали, легко соскальзывают на путь некритического восприятия, на путь «научных» предрассудков. Особенно часто в медицинской науке формируются различные гипертрофированные представления в связи с экспериментальными моделями, которым часто придают абсолютное значение, фетишизируют их.

Модель — это не итог, не абсолютная истина в последней инстанции, а всего лишь вероятностный, иногда весьма грубый инструмент научного познания. Всякий инструмент нужно совершенствовать или отбрасывать его за ненадобностью. Но некоторые врачи переоценивают лабораторные и инструментальные данные в обследовании больных, переоценивают данные эксперимента.

А сколько утрированных и преувеличенных представлений бытует еще о всемогуществе химиопрепаратов и антибиотиков! Да, успехи химиотерапии налицо, они в немалой степени обязаны удачным экспериментам и используемым моделям. Однако врачи не всегда отдают себе отчет, насколько модели экспериментатора далеки еще от всестороннего учета противоречиво взаимосвязанных и взаимодействующих процессов в человеческом организме. Модель, как уже указывалось, лишь приблизительно отражает клиническую действительность. Обнаружение сильных и слабых сторон модели есть необходимое условие, при котором ее можно разумно использовать. Понимание достоинств и недостатков модели входит в обязанность клинициста, если он хочет быть на высоте. Он не должен слепо относиться к модели, легко поддаваясь той науке, которая эту модель создала.

У клинициста как истинного ученого должна отсутствовать уверенность в своей полной непогрешимости. В клинике постоянно приходится разбираться в том, что доказано и что остается неясным, и что нужно делать добросовестно. Критическое отношение к получаемым результатам обследования и лечения, стремление к многократной проверке и перепроверке получаемых данных — неотъемлемая черта стиля мышления врача. За полученными результатами врач должен всегда видеть комплекс нерешенных проблем.

В последние годы, несмотря на достижения фармако-терапии и химиотерапии, врачи-клиницисты стали ощущать, что достижения последней иногда истолковываются излишне односторонне. Иногда возникают парадоксальные ситуации: чем более поразительны достижения в этой области и больше успехов, тем значительнее промахи, тем чаще отмечаются заблуждения. Налицо определенная дисгармония. Спросите врачей-клиницистов, систематически применяющих химиотерапевтические средства, какова эффективность лечения инфекционных больных, действительно ли последнее прогрессирует прямо пропорционально достижениям фармакологии как таковой? Они ответят: да, лечение стало более эффективно, но лечить стало намного труднее. По общему признанию врачей, они тратят 30% энергии на поиски подходящего метода лечения и 70% — на предотвращение патологических процессов и лечение больных.

Врач-клиницист стал все чаще проявлять настороженность к предложениям экспериментальной химиотерапии. Он на своем опыте убедился, что все более новые и новые предложения последней требуют от него большего внимания. Вообще говоря, химиотерапия — это сложный интеграционный феномен, предназначенный воздействовать в благоприятную сторону при известных патологических процессах. Но химиотерапия — это такое силовое поле с мощной энергией, где нужно постоянно разбираться, где нужно систематически осмысливать, прибегая не только к привычным трем измерениям, но и к тем методам, которые вскрывают и нелинейные, не жестко детерминируемые зависимости.

Можно сказать, что современная химиотерапия представляет собой модель того, что происходит и в других областях знания и практики, где человек активно вмешивается в жизнь.

Может быть химиотерапия на неправильном пути? Нет, сказать этого нельзя. Химиотерапия должна развиваться и в дальнейшем. Пути назад нет. Но разработка всяких новшеств и особенно тех, которые связаны со здоровьем человека, должна заключать в себе всесторонние научные исследования отдаленных последствий этих новшеств для человека. При этом исследования должны быть построены на правильной диалектико-материалистической методологической основе.

Должны быть преодолены упрощенные взгляды на химиотерапию. В последние годы такой упрощенческий взгляд распространился и среди части клиницистов. Разумеется, в этом виноваты сами клиницисты. Некоторые легковверные клиницисты переняли упрощенную точку зрения ряда экспериментаторов на химиотерапию как на самодовлеющий всеисцеляющий метод лечения и тем самым продемонстрировали отход от целостного принципа мышления, что составляет сущность клинической работы (диагностической и лечебной). По существу же химиотерапия со всеми ее достижениями — это лишь часть лечения, а не все лечение. Конечно, развитие химиотерапии обогатило клиницистов новыми знаниями и фактами. Но для успешного лечения мало знать отдельные явления, нужно еще понимать противоречивую взаимосвязь между ними. Не дробное, локальное, а цельное диалектическое мышление следует воспитывать у врача. Одним из существенных недостатков является

некритический перенос закономерностей, добытых в лабораториях, в клиническую действительность, иными словами, фетишизация эксперимента, лабораторных исследований. В результате слишком рьяного воспеания прелестей эксперимента, экспериментаторства, всякого рода экспериментальных моделей имеют место случаи перенесения в клинику внешней научной атрибутики, а срок от экспериментальных и лабораторных открытий до их широкого применения иногда стал довольно коротким.

Не все врачи пока еще освободились от излишней готовности верить сенсациям. Конечно, науке без экспериментирования нельзя развиваться. Но эксперимент — лишь инструмент научного познания мира, а не последнее слово медицины. Иногда мы забываем, что экспериментальная болезнь — не синоним тождества, стопроцентного сходства с болезнью человека, а потому все, о чем говорит эксперимент, не может быть клинической догмой.

Для клиники экспериментальная модель в большинстве случаев является только «полуфабрикатом», который должен быть осмыслен опытом врача-клинициста. У постели больного врачу при назначении лечения приходится проникать неведомым еще пока путем туда, куда с помощью лабораторных методов проникнуть пока трудно, а иногда невозможно. Клиницист по опыту знает, что в своем представлении о болезни, сколько ее ни изучай, рано или поздно непременно наталкиваешься на какую-нибудь неожиданность. Поэтому нельзя ставить знак равенства между экспериментом и теорией, моделью болезни и ее клиническим вариантом. Привычка к более простым, линейным зависимостям губит дело лечения. Нам не хотелось бы быть понятыми так, что мы отвергаем эксперименты, модели. Нет, разумеется! Мы готовы их защищать, но при условии признания того, что и у клинициста имеется свой способ, свои приемы видения, а фетишизация экспериментальных моделей может лишь повредить делу лечения.

У экспериментальной химиотерапии одно стремление — научить врачей лечить больного; клиницисту же, помимо этого, еще надо научиться тому, как не надо лечить. Это большое искусство, большое мастерство, которое не приходит к врачу само по себе. Для этого требуется недюжинный труд, фантазия и терпение.

В сущности многие люди хотят, например, чтобы снежный человек существовал на самом деле, чтобы тунгусский метеорит оказался потерпевшим крушение космическим кораблем и летающие тарелки оказались не артефактом, а летательными аппаратами из космического далека. Мы не будем останавливаться на психологии преклонения перед чудесным, скажем только, что известное место занимает желание получить требующийся эффект наиболее легким способом. Ведь «чудо» ничего не стоит в смысле затрат труда. На то оно и чудо. Врач иногда как бы стоит перед выбором: либо использовать тот незаметный для массы людей, но требующий большого труда, может быть, крайне незаменимый комплекс мероприятий, который объединяется понятием «не вреди», либо выписать модный «чудодейственный антибиотик». К сожалению, встречаются еще врачи, изменяющие очень важному принципу медицины «не вреди». А ведь всем известно, что хороший врач отличается от плохого именно тем, что первый по крайней мере знает, как не надо лечить, как избежать возможных отрицательных последствий лечения. На последнее давно уже указывали авторитетные ученые. По данным Гаррода (1955), в США антибиотики применяются без достаточных к тому оснований в 95% случаев. Рейман (1961) тоже полагает, что 92% больных, лечащихся антибиотиками, получали эти препараты напрасно.

Если принять во внимание рост числа случаев дисбактериоза и связанных с ним так называемых оппортунистических инфекций, то не надо быть пророком, чтобы предсказать, что при таком развитии событий в недалеком будущем повесть об антибиотиках может зазвучать очень грустно. Очень сложной оказалась система макроорганизм — микроорганизм — химиопрепарат.

Серьезный терапевт в лечении прежде всего боится всевозможных упрощений и сенсационных новшеств и всего того, что приближается к абсолютизации медицинских догм. Долг клинициста защитить дело лечения от поспешного внедрения результатов экспериментальной химиотерапии.

Еще одним предрассудком в деле лечения инфекционных больных можно считать идею «*terapia sterilisans magna*». Она прочна, к сожалению, еще и сейчас в экспериментальной химиотерапии. Клиника же убеждает в том, что эта терапия практически недостижима. Вмес-

то нее выявилась громадная роль условно патогенной флоры настолько рельефно, что в настоящее время не считаться с этим нельзя. Стало ясно, что при лечении инфекционных больных врач имеет дело не с одним, а с целым комплексом реальных и потенциальных возбудителей, роль и удельный вес которых часто не поддаются учету, ни лабораторному, ни клиническому определению. Комплексное применение химиопрепаратов не в состоянии заделать эту брешь. Как показали обстоятельные клинические и экспериментальные исследования последних лет, комбинированная терапия кое-что «подправляет», но в целом комплекс побочных действий химиопрепаратов не уменьшился, наоборот, некоторые теневые стороны химиотерапии даже усилились.

Слепая вера в то, что в патогенезе инфекционного заболевания участвует только возбудитель (т. е. сведение патологического процесса к однофакторному воздействию, в то время как он в действительности всегда многозначен), притупляет внимание к другим видам современной терапии.

Эксперимент нельзя как недооценивать, так и переоценивать. Клиницист не может думать так: поскольку в лаборатории изучили препарат, установили его эффективность и отсутствие токсичности, клиницист уже может применять этот препарат согласно прилагаемой инструкции. Клиницист не может отходить от изучения целостного организма больного. Вряд ли правильно и то, что литература по химиотерапии (монографии, сборники, справочники, статьи в журналах) преимущественно выходит из экспериментальных лабораторий; участие клиницистов в написании подобных работ, к сожалению, недостаточно. Вера во всеислие химиотерапии приводит к пренебрежению другими видами терапии. В частности, забывается возможность влиять на психику больного, что достигается с помощью воздействия на нервную систему — систему систем в организме.

Инфекционное заболевание представляет собой сложный процесс, в котором микроорганизмы и макроорганизм выступают как единство взаимопроникающих противоположностей. Патогенность возбудителя, как известно, определяется не только видом последнего, но и характером условий внутренней среды макроорганизма. При наличии высокой сопротивляемости организма, когда он работает слаженно, размножение возбудителя

будет в той или иной степени подавляться и тем самым будут создаваться условия для более легкого течения патологического процесса. Патогенные микроорганизмы, попадая в макроорганизм, сразу наталкиваются на защитные силы организма. Эти защитные силы носят разные названия: разнообразные виды иммунитета, специфическая и неспецифическая резистентность, генерализованный адаптационный синдром и др. Патогенные раздражители выступают одновременно и как агенты, нарушающие физиологические функции организма, и как антигенные факторы, сенсibiliзирующие и десенсибилизирующие. При этом их жизнедеятельность осуществляется не в искусственных, специально воссозданных условиях, что имеет место в лаборатории, а в целостном организме человека. Инфекционные процессы могут быть спровоцированы неблагоприятной средой, но они также в известной степени могут быть погашенными или притушенными изменениями этой среды.

По достоинству оценивать опасность побочных воздействий химиопрепаратов по существу может лишь клиницист. Клиницисту нужны не только и не столько математические или химические константы. Эти константы он должен осмысливать и проецировать на каждый случай заболевания конкретного человека. Клиницисту нужно еще уловить, как говорят, «неуловимое», т. е. не только сущность самого процесса, но и многие проявления его. Клиницисту нужно понимать конкретность не какого-либо одного явления, а противоречивую *совокупность* исследуемых явлений. Если врач утратил способность понимать совокупность явлений, двигаться по пути изучения целостного организма, то его нельзя считать полноценным врачом. Такой врач утрачивает клиническую мудрость, которую никакая практика заменить не может.

Для того чтобы успешно лечить, надо изучать, знать химиопрепараты. Но этого мало. Главное, надо уметь их творчески применять. Этому мы недостаточно учим. Мы много времени тратим на вооружение врачей знаниями. Это хорошо. Но знания должны быть подкреплены необходимыми навыками, современными методами клинической практики, освещаемой светом клинического мышления, основанного и оптимально функционирующего лишь на основе диалектико-материалистической методологии. Последняя — это самый современный скоростной транспорт наших идей и мыслей, доставляющий их

ко всем станциям назначения самым коротким и экономным маршрутом. Стратегии диалектико-материалистического мышления и тактике клинического воплощения современных медицинских идей и принципов врач должен учиться всю свою жизнь.

Врач и популяризация медицинских знаний

Иногда популярная медицинская литература, а также газеты недооценивают возможных последствий своих выступлений, несмотря на то что они руководствуются самыми добрыми намерениями. Медицина не может давать информацию, которая приводит к неверному пониманию ее со стороны населения.

Популярная медицинская литература чаще всего выполняет лишь информационную функцию. Но она должна выполнять и воспитательную задачу. Нельзя не учитывать, что за популярной литературой активно следят и больные люди, а последними нередко владеют две эмоции: страх и надежда. Именно эти психо-эмоциональные состояния способны притуплять критическую мысль и бросать много больного человека в объятия самых нелепых домыслов. Исключительные обстоятельства, в которых оказывается больной, обостряют его эмоциональную восприимчивость, усиливая иногда чувство неуверенности, а нередко порождая необоснованные надежды на чудесный исход заболевания.

Начитавшись медицинской литературы, некоторые приходят к мысли, что они все главное в медицине уже постигли. Иногда встречаются такие любители читать популярную медицинскую литературу, которые полагают, что им врач уже не нужен, они даже гордятся своими успехами в деле лечения. Больной, читающий медицинскую литературу, может, разумеется, достигнуть определенных знаний, но при всем этом он никогда не будет врачом; в лучшем случае он может стать имитатором. А имитация почти всегда оборачивается фальшью. Медицинские знания заключены в словарях, справочниках, энциклопедиях и т. п. Прочитать кое-что из подобных изданий в общем-то не хитро. Но что толку! Ведь из них надо выбрать то, что нужно. А это сумеет сделать только специалист. Если же за дело возьмется не специалист,

то получится то, что известный английский юморист Джером-Джером описал в своем рассказе «Диагностика». Человек, прочитавший о признаках заболеваний, пришел к заключению, что он болен решительно всеми известными болезнями. Дилетантизм очень распространен в отношении медицинских знаний. Медицинский дилетантизм — это любовь к медицине, сопряженная с непониманием ее. Дилетант тянется ко всему новому. Дилетанту, особенно если он сам больной, некогда думать, он надеется из медицинской литературы извлечь то, что подходит ему, он вычитанное «примеривает на себя», как платье, и его совершенно не тревожит, что из всех «новаций» и сенсаций через некоторое время ничего не останется или останутся лишь крохи.

Во всем том, что касается болезни вообще и своей собственной в частности, всегда много сложного, подчас противоречивого. Принять какое-то решение, за которым должны последовать определенные практические действия, — дело не простое; для этого, помимо знаний, требуется еще опыт специалиста, способного решать эти вопросы на профессиональном уровне. Можно усвоить правила игры на рояле, скрипке и т. п., но попробуйте на их основе сыграть без наличия соответствующего опыта, практики.

Надо воспитывать читателя так, чтобы он не надеялся и не пытался найти в медицинской литературе готовых рецептов для каких-то практических решений в отношении своей болезни.

Популяризация медицинских знаний выполнит свое назначение тогда, когда она не будет подавлять читателя все увеличивающейся информацией, а будет спрессовывать ее и в доступной образной форме излагать существо ряда основных медицинских проблем в профилактическом плане. Популярные медицинские издания должны учить население не методам диагностики и лечения, а методам профилактики, предотвращения болезней. Они должны способствовать росту санитарно-гигиенической культуры, внедрению в жизнь принципов здорового образа жизни наших людей.

За многовековую историю человечество накопило безмерное количество духовных ценностей. Как охватить это безбрежье? Нам кажется, что здесь нельзя злоупотреблять «информационным шумом», так как лавина последнего может захлестнуть непосвященного человека

и сбить его с ног. Но и ставить преграды тоже нельзя. Это было бы неправильно и бессмысленно. Где же выход? Надо умно, с учетом уровня подготовки читателя перерабатывать это море информации, «процеживать» его, подвергать специальному обобщению, беря из него концентрированный и соответствующим образом аккумулярованный сгусток.

Медицина и общество

Научно-техническая революция оказывает все возрастающее влияние на самые разнообразные сферы общества — от материального производства до различных областей духовной жизни. Анализируя состояние науки XIX века и перспективы ее развития, Ф. Энгельс указывал, что наука развивается пропорционально квадрату удаления по времени от своего исходного пункта. Научно-технический прогресс оказывает большое влияние и на особенности развития медицинской науки, и на практическую деятельность по охране здоровья людей.

В эпоху прогрессирующей индустриализации и технизации медицины врачу приходится прибегать ко все более сложным методам изучения больного. Процесс индустриализации медицины, ее техническое оснащение идут невиданно быстрыми темпами. Если в прошлом используемые в медицине приборы выполняли лишь подсобную роль, то сейчас они превращаются в одно из важнейших средств познания. Роль прибора в медицине стала возрастать с момента перехода от простого визуального наблюдения за происходящими патологическими процессами к изучению глубинных внутренних структурно-функциональных связей и отношений.

При изучении явлений на биомолекулярном и субмолекулярном уровне исследователь имеет дело не столько с увеличенными или усиленными прибором явлениями и процессами, сколько с преобразованными показаниями этих приборов в виде всевозможных кривых, волн и т. п. Но подобная опосредованная, трансформированная наглядность позволяет исследователю «проецировать» знания на реальные процессы и явления и делать соответствующие изучаемой патологической картине заключения.

«Потеря» былой, натуральной наглядности, познание все более сложных объектов обуславливают возрастание роли абстрактно-логического мышления в познании медико-биологических явлений. Это в свою очередь служит одной из причин возрастания роли диалектико-материалистической методологии в развитии современной медицины. Все большее использование точных, количественных методов изучения нормальных и патологических процессов — одна из особенностей развития современной медицины. Ныне наступает качественно новый этап в использовании физико-математических, количественных методов. Если в прошлом количественно-математические методы чаще всего применялись для технических, утилитарно-расчетных операций, то в настоящее время их используют в исследовательской, поисково-эвристической работе.

Но использование квантификации, т. е. количественного «измерения» тех или иных качественных признаков (симптомов, синдромов и др.) в изучении организма как саморегулирующейся системы встречает на своем пути ряд методических и методологических трудностей.

Как уже подчеркивалось, математический аппарат сформировался в результате обобщения пространственных и количественных свойств и отношений предметов и процессов неживой природы. Живой же организм как наисложнейшая саморегулирующаяся система состоит из массы подсистем, включающих в себя множество переменных величин, функционирующих вероятностным образом. Поэтому существующий математический аппарат должен быть приспособлен, адаптирован для познания специфики патологических объектов и более адекватно отображать особенности их развития.

В клинической медицине громадную роль играют различные оттенки патологических процессов, для улавливания которых клиницист пользуется установлением связи с личностью пациента. Вот почему математические и кибернетические методы, как бы они ни были ценны, в плодотворной деятельности врача-клинициста могут выполнять лишь вспомогательную роль. О мире качества медику нередко приходится говорить языком качеств. Больной и врач на какое-то время образуют нерасторжимое психологическое единство. Степенью этой нерасторжимости нередко обуславливается успех лечения. Цельность организма может быть воспринята через логичес-

кий синтез, опыт, через чувства, а не посредством одних только формул.

Настоящий, думающий врач не должен забывать о внутреннем мире человека, тем более больного. Этот мир невозможно наблюдать непосредственно, как, скажем, бактерию в микроскоп либо энцефалограмму, рентгенограмму и многие другие показатели, полученные с помощью аппаратов.

При всех технических нововведениях врач не должен забывать сущности врачебной деятельности. Поэтому к медицине вряд ли безоговорочно применимы афоризмы, подобные изречению Канта: «В каждой дисциплине столько науки, сколько в ней математики». Ограниченность подобного рода математического гипнотизма и фетишизма в свое время была показана Ф. М. Достоевским.

Разумеется, никто не собирается оспаривать колоссальные успехи математических наук, которые были достигнуты в последнем столетии, и то значение, которое они играют в жизни общества, однако живую жизнь, полную противоречий, невозможно ограничить и лимитировать никакими даже самыми совершенными формулами.

Врачи-клиницисты, говорил А. А. Ухтомский, не наблюдатели, а участники бытия. Их поведение — труд. Одна из самых трудных доминант, которые врачам надо воспитывать в себе, заключается в том, чтобы уметь подходить к людям по возможности без абстракций, по возможности уметь слышать каждого человека, видеть его во всей конкретности, независимо от своих предубеждений и предвзятости, уметь конкретно подойти к каждому человеку, зажить его жизнью, «заболеть» его болезнью.

Медицина представляет собой сложный комплекс науки, искусства и ремесла. Еще недавно в нашей печати довольно интенсивно и широко дискуссировалась проблема соотношения науки и искусства. В ходе дискуссии нередко противопоставлялись «физики и лирики», «техники и философы». Почему наука противопоставляется искусству, физика — лирике?! Это своеобразное эхо, отголосок противопоставления анализа синтезу, эмпирического теоретическому, чувственного рациональному. Наука разлагает, анализирует, дробит наряду с синтезом и глобальным обобщением. В настоящее время возрастает роль синтеза, обобщения в науке. Тем не менее все то, что не может быть измерено, квантифицировано,

для науки не весьма желательно. Искусство, как правило, рассматривается синонимом целостного, оно как бы служит противовесом голому техницизму, аналитизму, инструментализму, убивающему эмоциональную, духовную полноту и разнообразие человеческих индивидуальностей.

Нельзя противопоставлять количество качеству. Эти категории существуют сопряженно, диалектически взаимодействуя друг с другом. «Наука — тоже искусство, там, где она — не ремесло, а наука» (Вазиэтис).

Медицина имеет дело с личностью больного человека, с его сложным субъективным миром, который и в жизни и в своей патологии сугубо индивидуален. Болезнь конкретного человека, как правило, не вмещается в трафаретные рамки нозологии. Иными словами, врач для постижения личности больного пользуется и научным, и художественным, и философским типом мышления. В современном враче должен органически сочетаться и ученый, и художник, и философ, и умелый, опытный практик. В этом единстве — гарантия правильного понимания личности человека со всеми ее многообразными проявлениями.

Наука дает знания врачу, синтезирует и формулирует законы управления; искусство озаряет, дает радость жизни, оценку целого качества; философия цементирует, дает горизонт, обосновывает стратегию движения; практика внедряет в жизнь полученные знания и обогащает опыт врача. И все это органически сочетается в клинической медицине.

Современная медико-биологическая наука накопила обширный фактический материал, нуждающийся в серьезных обобщениях. Однако темпы накопления экспериментальных и клинических данных нередко значительно опережают темпы их систематизации, в связи с чем возникает некая аритмия темпов развития фактографической и синтетической тенденций развития науки.

Медицина XX века характеризуется дроблением на ряд специальностей, в связи с чем старый тип так называемого земского врача практически исчезает. Однако при лечении больного один аналитический подход, при котором больной представляется чем-то вроде простой совокупности ряда заболеваний различного профиля, различных систем, — явно недостаточен для оказания продуктивной помощи.

Возникновению диссоциации между фактами и степенью их общения способствует все более усиливающаяся дифференциация, узкая специализация в медицине. Известно, что сейчас имеется около 300 относительно самостоятельных разделов медицинских знаний. Будучи в целом прогрессивным процессом, дифференциация в определенных условиях может привести к нежелательным последствиям. Все это настоятельно требует совершенствования принципов координации, планирования и прогнозирования в развитии медицинской науки и в подготовке врачей.

По мере преодоления описательного, констатирующего этапа своего развития и перехода на объяснительные, обобщающие позиции в медицинской науке приобретает особое значение разработка проблем науковедения, в частности методологии, психологии и социологии научного поиска, научного мышления. Методы научного поиска должны быть более целенаправленными, построенными на учете функционирования внутренних законов самой науки, а также законов социологии и психологии научного творчества.

Современный этап общественного развития характеризуется ускорением темпов, ритмов жизни: социально-экономических, производственно-технических, культурных, научных, психологических и т. д. В частности, резко возросли скорости функционирования станков, машин, аппаратуры. Повышенные технологические скорости предъявляют новые более сложные требования к человеку, к его «рабочим механизмам» — мышечной и нервно-психической системам. Скорости протекания психофизиологических и соматических процессов и реакций нередко оказываются недостаточными, относительно замедленными по сравнению с высокими скоростями механизмов и аппаратов.

С ростом уровня квалификации труда на базе технического прогресса удельный вес затрачиваемой физической, мышечной энергии по сравнению с нервно-психической все более уменьшается. В самом деле, утомляемость человека, работающего на современном конвейере, например, зависит не столько от степени мышечного напряжения, сколько от интенсивности и характера воздействующих на рабочего различных раздражителей, от скорости нейропсихических реакций на них и т. д. В силу этого возникает задача объединения усилий инженеров,

медиков, психологов для научно-гигиенического обоснования принципов создания новой высокопроизводительной и в то же время безвредной для здоровья техники.

Технический прогресс выдвигает перед медицинской наукой все новые и новые задачи. В силу этого медицина должна исходить из основных закономерностей и особенностей развития общества, производства и т. д. Известно, что механизация и автоматизация производства предполагают определенную ритмичность, т. е. периодическую, часто заданную повторяемость движений, трудовых операций. Нередко возникают противоречия между ритмом, скоростью технологических и психофизиологических процессов. Ритмичность конвейера должна соответствовать законам физиологической ритмичности человеческого организма. Современная физиология и психология труда исходят из того, что ритм помогает выработке и закреплению рабочего стереотипа и создает благоприятные условия для наиболее эффективного координирования деятельности кровообращения, дыхания и т. д.

Наука и техника требуют развития в человеке особых качеств, предъявляют к его организму новые повышенные требования. Возросшие темпы, ритмы жизни иногда превышают приспособительные возможности организма. Не случайно рост ряда заболеваний ученые связывают с особенностями современного образа жизни. Например, говорят, что сердечно-сосудистые болезни — это возмездие, посредством которого природа осуществляет карательное правосудие за нарушение ее законов.

Создаются ситуации, иногда чреватые опасностью, избежать которые можно будет в том случае, если медицина пойдет в ногу с научно-техническим прогрессом. Все блага цивилизации, в том числе приносимые современной наукой и техникой, человек вынужден «оплачивать» либо сразу, либо в рассрочку; последняя может быть растянута на десятилетия и столетия. Коллективная мудрость человечества как раз в том и состоит, чтобы облегчить по возможности эту расплату для себя и для последующих поколений.

Устремление к техницизму, поступательное насыщение автоматикой ведут к тому, что кибернетика и электроника все шире и настойчивее проникают, внедряются в медицину. Управляемое кровообращение, управляемое дыхание, мочевыделение — это значит многие и многие спасенные жизни.

Медицина не только обслуживается точными науками, но и в определенной степени учится у них. Разумеется, для успешной врачебной деятельности необходимы и автоматика, и кибернетика. Однако следует помнить, что мировоззрение врача должно быть гуманистическим, с признанием неповторимости и незаменимости каждой отдельной личности. У врача все должно быть ориентировано на целостный организм. Изучая детали, факты, он не должен терять перспективы целого. Надо стремиться к тому, чтобы все блага точных наук и широкое научное мировоззрение гармонично совмещались во враче.

Такое умонастроение, с нашей точки зрения, и характеризует профессиональную зрелость врача. Это также стратегический принцип в формировании мышления врача. К истинным успехам и достижениям техническая оснащённость медицины может привести лишь в сочетании с научно понятой социальностью, включающей в себя все подлинно гуманное, человеческое. Нужно культивировать у врачей умение отличать от науки ложно понятую «научность» с типичной для последней фетишизацией методики, техники исследования, перерастающей иногда в голый техницизм позитивистского характера. Сторонники последнего рассуждают примерно так: гордость человечества — физика и математика, а философия в том виде, как мы ее знали до этого, отжила свой век и уступила место кибернетике. Занятия за пределами кибернетики — потерянное время. Если ты не укладываешься в математические формулы, то ты «враг науки». Но ведь все это не только воинствующий позитивизм, но и догматизм, ведущий к философскому нигилизму и физико-математическому снобизму.

Современный научно-технический прогресс настолько впечатляет, что не думать о нем нельзя. Невольно задаешь себе вопрос: «Что же будет дальше?» Потребность заглянуть в будущее и создать духовную модель этого будущего породила футурологию. Заглядывая через футурологический окуляр в жизнь общества предстоящих десятилетий, некоторые идеологи Запада, находящиеся под влиянием технократического культа машин, утверждают об устаревании человека, его интеллекта. Они спорят лишь о том, когда же календарно начнется повсеместная замена человека искусственным существом, положившим начало новой эволюции, но не биологической, а технико-кибернетической.

Представители «прикладной», т. е. медицинской, футурологии намереваются создать такую систему медицинской помощи (в виде автоматов — врачей самых разнообразных диагностических и лечебных профилей), при которой качество распознавания и лечения болезней не будет зависеть от личных (интеллектуально-мыслительных и личностно-этических) особенностей врача. Качество диагностирования и лечения больных якобы будет predeterminedено, «запрограммировано» уровнем совершенства кибернетических машин — вещественных аналогов врача.

Для доказательства подобной точки зрения нередко прибегают к такой аналогии: на современном промышленном предприятии качество продукции все в большей мере зависит от конструктора, проектирующего станки и оборудование, а не только от непосредственного индивидуального мастерства рабочего-исполнителя, как это было в эру кустарно-мануфактурного производства. Вряд ли есть необходимость показывать несостоятельность этой аналогии, исходящей из отождествления человека и вещи, низводящей человека до уровня неодушевленных предметов современного автоматизированного производства.

Некоторые авторы уместно и обстоятельно критикуют подобное мировоззрение техницизма. Но справедливо выступая против кибернетического фетишизма, они, по нашему мнению, впадают в другую крайность, пытаются установить какой-то определенный предел возможностей для компьютера, утверждая, например, что кибернетическая машина способна лишь «...обработать спокойный однозначный текст, например, при врожденных пороках сердца» и т. п. Практика последних лет показывает, что все «пределы» возможностей, «границы применения», которые устанавливались некоторыми учеными для кибернетических машин, в скором времени и весьма легко преодолевались кибернетикой. Лимитируя диагностические возможности компьютера, некоторые исследователи тем самым якобы стремятся возвысить роль личности врача. Но получается лишь видимость возвышения роли врача, ибо, устанавливая предел для развития и применения кибернетики в медицине, мы тем самым ставим предел человеку, врачу и их познанию, творчеству, так как любая машина — это овеществленные, опредмеченные мысли и идеи человека. Сторонники подобного взгля-

да считают, что широкое использование врачами кибернетических машин может им повредить, привести к функциональной атрофии мышления. Мы полагаем, что боязнь подобной атрофии врачебного мышления напрасна. При разумном «разделении труда» между компьютером и врачом все подлинно личностные, мыслительные и творческие функции останутся за врачом. Освобождая врача от нетворческих, но весьма трудоемких диагностических и лечебных обязанностей, компьютеры позволят ему углубиться в анализ сложных случаев заболеваний, высвободят время для повышения его квалификации и т. п.

Бесспорно, в клинической медицине, в ее практике многое идет от эмпиризма. Но, к сожалению, очень часто термин «эмпиризм» применительно к медицине истолковывается как синоним ее отсталости, как показатель ремесленного, примитивного уровня развития. Это ошибочное мнение. Ныне медицина превращается в развитую синтетическую науку со стройным понятийным аппаратом, вычлененным объективными закономерностями. Но в силу предельной сложности объекта своего изучения ряд разделов медицины еще находится в крепких объятиях эмпиризма. Видимо, этим, в частности, следует объяснить преобладание умения над знанием, встречающееся еще нередко в лечебной, клинической медицине. Медики нередко и безуспешно тушат огонь болезни, не зная причин «горения организма». Медикам нередко приходится сталкиваться с проблемой «черного ящика», т. е. иметь дело с такими явлениями, внутренняя структура которых пока еще неизвестна, а о его функциях судят лишь по тем или иным реакциям и проявлениям. Не зная еще глубоко патогенеза, т. е. законов течения и развития болезней, но понимая этиологию и симптоматику, медики безуспешно борются с недугами. Все более и под эмпирический материал современная медицина подводит научно-теоретическую основу, проецируя общие принципы теории на личность, индивидуальность больного человека.

В клинической медицине громадную роль играют различные оттенки патологических процессов, для улавливания которых клиницист пользуется установлением связи с личностью пациента. Вот почему математические и кибернетические методы, какими бы ни были они ценными, для плодотворной деятельности врача-клинициста

явно недостаточны. Нужно постоянно помнить, что, несмотря на техническое вооружение, медицина никогда не перестанет быть медициной личности; помимо «индустриальных категорий», врач всегда должен учитывать «социологический коэффициент». Это лучшая прививка против ветеринаризма и фетишизированного техницизма. В клинике наука служит инструментом, пользоваться которым нужно умело, воспитывая у себя абсолютный слух и чувство в понимании личности больного. Техника и клиническое исследование в медицине должны сосуществовать и развиваться не на конкурирующих, а на сугубо содружественных началах. По крайней мере они не должны выходить из состояния «конкурирующего сотрудничества». Технизация, индустриализация и автоматизация медицины плюс врачебный опыт, мудрость клинициста, гуманистическое, марксистское мировоззрение — необходимые условия, залог достижений будущего.

Методология врачебного мышления (вместо заключения)

Бурное развитие естествознания поставило на повестку дня не только вопрос о необходимости методологически правильного, научно-философского подхода, но и непосредственно выявило, что такой методологией может быть лишь диалектический материализм.

Для того чтобы не утонуть в бездне фактов и проникнуть в тайны и законы, управляющие ими, необходимо глубокое знание и умение творчески пользоваться марксистско-ленинской методологией познания и преобразования мира. «Если нет в голове идей, то не увидишь и фактов» — эти слова И. П. Павлова можно взять в качестве девиза для нерушимого союза философии и естествознания, в том числе и медицины.

Чем сложнее изучаемая медико-биологическая проблема, тем большую роль в научном познании имеет диалектико-материалистическая методология. Одной из важных особенностей развития современной медицины является возрастание роли методологии в изучении закономерностей развития живого организма в нормальном и патологическом состоянии. Это обусловлено рядом обстоятельств. Прежде всего в современной медицине происходит бурная дифференциация научных знаний. На

этой основе возникают новые отрасли медицины. Ныне медицина насчитывает около 300 разделов научных знаний. Врачу становится все труднее усвоить весь комплекс прежних и вновь возникающих теоретических положений, выводов, гипотез, фактов и т. д. Неизбежный и прогрессивный процесс дифференциации медицины и биологии содержит и отрицательный момент. Дифференциация, узкая специализация, осуществляемая без необходимой интеграции и координации знаний, содержащихся в области медико-биологических и других наук, является благоприятной базой для возникновения односторонних метафизических обобщений, приводящих к идеалистическим выводам и теориям.

Опираясь на достижения всех наук и общественно-исторической практики, диалектический материализм позволяет избегать методологических ошибок, возникающих при узкой специализации и дифференциации медицинских знаний. «Естествознание, — говорил В. И. Ленин, — прогрессирует так быстро, переживает период такой глубокой революционной ломки во всех областях, что без философских выводов естествознанию не обойтись ни в коем случае»¹.

В развитии медицины нередко наступают такие периоды, когда под влиянием новых экспериментальных и клинических фактов возникает задача пересмотра, уточнения и углубления старых, уже утвердившихся теорий. В эти периоды необходимость философского подхода к изучаемому материалу проявляется с особенной силой. В подобных случаях задача философии состоит в том, чтобы вскрыть объективную логику вновь полученных фактов, проанализировать логическую структуру создаваемой новой теории и содержание используемых этой теорией важнейших понятий, исходных методологических предпосылок и т. д.

Дифференциация знаний, разветвление уже сложившихся наук на все новые и новые разделы тесно связаны с противоположной, интегративной тенденцией развития современной медико-биологической науки. Интегративная тенденция проявляется не только «внутри» медико-биологической сферы, но и в более широких областях знания, в необходимости использования методов смежных наук и методов, применяемых в самых различных

¹ Ленин В. И. Полное собрание сочинений, т. 45, с. 31.

областях естествознания (кибернетические, статистические и др.).

В связи с дифференциацией знаний и возникновением пограничных дисциплин (медицинская радиология, медицинская генетика, клиническая физиология, космическая биология и медицина, и т. д.) все большее значение приобретают такие методологические проблемы, как проблема соотношения механических, физических, химических, биологических и социальных закономерностей в жизнедеятельности организма (в норме и патологии), соотношения различных методов исследований, применимость математических, кибернетических, статистических и других методов познания. Известно, что физиологические процессы, помимо своей качественной характеристики, имеют и количественную (количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в крови и т. д.). Это обуславливает возможность различных математических (статистических) методик изучения, оперирующих количественными величинами и их соотношениями.

Переоценка удельного веса тех или иных методик исследования, как и отдельных закономерностей в жизнедеятельности организма, является предпосылкой для всевозможных метафизических и идеалистических выводов и заключений. Известно, например, что в основе всех отправлений организма лежит обмен веществ, осуществляющийся на основе сложнейших биохимических реакций.

Абсолютизируя роль химических процессов, некоторые зарубежные ученые приходят к односторонним выводам о ведущей роли системы гипофиз — надпочечники в жизнедеятельности организма. Этот односторонний взгляд является в то же время антиэволюционным, так как не учитывает, что в ходе эволюции элементарная химическая регуляция функций была подчинена сложной нервной регуляции, осуществляемой высшими отделами центральной нервной системы. Здесь также не учитывается сложная диалектика форм движения материи: высшие формы движения используют в качестве «рабочих механизмов» закономерности низших форм, но последние не определяют качества первых, а диалектически «снимаются» ими и подчиняются им.

Современная медицина все более расширяет свои познавательные сферы, включая в них и такие проблемы, которые еще в недалеком прошлом казались почти недо-

ступными для познания (патологические процессы на молекулярном уровне и т. д.).

Не изжито еще неправильное представление о взаимоотношении частных наук и философии. Согласно подобному взгляду, сферой влияния философии являются лишь общие теоретические положения той или иной частной науки. Заключив методологические функции философии в рамки общих положений конкретной науки, сторонники этого взгляда говорят о неприменимости философии к изучению частных, специфических проблем естествознания.

Такой взгляд является уступкой неопозитивизму, выступающему против «экспансии» философии, проповедующему, что всякая наука «сама по себе философия». Гносеологической основой такого взгляда является противопоставление общего и специфического в ходе научного познания.

Конечно, общетеоретическая и специальная часть того или иного раздела медицины находятся в неодинаковой связи с философией. Если общетеоретические разделы медицины нередко непосредственно связаны с философией, то частные, специальные разделы медицины находятся в более отдаленной и часто опосредованной связи с философией. В таких общих разделах патологии, как учение о норме, здоровье, болезни, об этиологии, патогенезе, конституции, наследственности и т. д., философская проблематика органически переплетается со специально медицинской. Грань между философией и общетеоретическими разделами медицины относительна, так же как и грань между общетеоретическими и специальными разделами медицины.

Придавая большое значение роли философии в научном исследовании, нельзя в то же время переступить ту грань, которая отделяет научную философию от натурфилософии. Проявлением натурфилософии является такой подход к познанию, когда на основе единичных фактов, изолированных от общего «фактологического контекста», делаются далеко идущие субъективистские выводы и обобщения.

Натурфилософским пережитком является такой подход к фактам, когда они вопреки объективной логике подгоняются под априорно сконструированные теории и положения. Еще Лаплас вывел образ натурфилософствующего ученого, наделенного живой фантазией и жаж-

дой познания «первопричины» изучаемых процессов. Натурфилософское мышление такого ученого ведет к тому, что он «открывает» искомую причину раньше, чем позволяют это сделать изучаемые факты. Факты, даже в случае их несоответствия с созданной априорной умозрительной схемой, приносятся в жертву ей.

Диалектический материализм далек от стремления подменить конкретные науки и конкретное изучение фактов и явлений. Его важнейшая задача состоит в том, чтобы методологически направлять ход конкретных исследований. «Во всякий момент,—говорил И. П. Павлов,—требуется известное общее представление о предмете для того, чтобы было на что цеплять факты, для того, чтобы было с чем двигаться вперед, для того, чтобы было что предполагать для будущих изысканий»

Не давая готовых истин в конкретном исследовании, диалектический материализм в то же время указывает единственно правильный путь научного познания и предостерегает от возможных идеологических, мировоззренческих заблуждений и ошибочных истолкований фактов. Давая общее направление научному исследованию, диалектический материализм сокращает путь к достижению истины. Как метко и образно заметил Джон Бернал, диалектический материализм больше относится к стратегии научного исследования, чем к его тактике.

- Ленин В. И.* Материализм и эмпириокритицизм. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 18.
- Ленин В. И.* Философские тетради. Полн. собр. соч. Изд. 5-е, т. 29.
- Энгельс Ф.* Диалектика природы. Госполитиздат, 1956.
- Энгельс Ф.* Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1951.
- Агапов Б.* Художник и наука. В кн.: Пути в неизвестное. М., Сов. писатель, 1962.
- Амосов Н. М.* Спорное и бесспорное. Литературная газета от 21/II 1968 г.
- Амосов Н. М.* Записи из будущего. М., «Знание», 1967.
- Арнаутов В. М.* Психология литературного творчества. М., «Прогресс», 1970.
- Бассин Ф. В.* Проблема «бессознательного». М., «Медицина», 1968.
- Бернал Дж.* Наука в истории общества. М., 1956.
- Бестужев-Лада И.* Когда лишним становится человечество. В кн.: Библиотека современной фантастики. Т. 12. «Молодая гвардия», 1967.
- Билибин А. Ф.* Врач и больной. Вестн. АМН СССР, 1967, № 9.
- Богат Евг.* Бессмертны ли злые волшебники. М., «Молодая гвардия» 1967.
- Бражнин И.* Сумка волшебника. Л., 1968.
- Де Бройль Луи.* По тропам науки. М., И. Л., 1962.
- Брушлинский А. В.* К психологии творческого процесса. В кн.: Человек, творчество, наука. М., «Наука», 1967.
- Бычко И. В.* Познание и свобода. М. Политиздат, 1969.
- Вейс Дэвид.* Роден. М., «Искусство», 1969.
- Вернадский В. И.* Избр. соч. Изд. АН. Т. V.
- Вернадский В. И.* Мысли и замечания о литературе и искусстве. В кн.: Путь в неизвестное. 1966.
- Винер Н.* Кибернетика и общество. М., 1958.
- Вотчал Б. Е.* 1-я Всесоюзная конференция по деонтологии. М., 1970
- Волков Г. Н.* Социология науки. Политиздат. М., 1968.
- Волков Г. Н.* У колыбели науки. М., «Молодая гвардия», 1971.
- Волькенштейн М.* Науки людей. М., «Новый мир», 1969, № 11.
- Голдшейдер.* Боевые вопросы врачевания. ГИЗ, 1929.
- Гуляев А. В.* Врачебная деонтология в трудах и деятельности Н. И. Пирогова и современность. Пироговские чтения, 1968.
- Давыдовский И. В.* Проблема причинности в медицине (Этиология). М., «Медгиз», 1962.
- Днепров В.* Поэзия доброжелательности. Вопр. литературы, 1962, № 12.
- Дорст Ж.* До того как умрет природа. М., 1968 (пер. с франц.).
- Дробницкий О. Г.* Мир оживших предметов. М., Политиздат, 1967.
- Дювинью П., Танг М.* Биосфера и место в ней человека. М., «Прогресс», 1968 (пер. с франц.).
- Забелин И.* Человек и человечество. М., «Советский писатель», 1970.
- Залыгин С.* О художественном языке и художественном образе. Вопросы литературы. 1969, № 6.
- Затонский Д. З.* Век двадцатый. Изд. Киевского университета, 1961.
- Зеленский Корнелий.* В изменяющемся мире. М.: «Советский писатель», 1969.
- Иванов А. И.* Роль мировоззрения в творчестве писателя. Изд. Саратовского университета, 1962.

- Изуткин А. М.* Методологические проблемы медицинской психологии, этики и эстетики. М., «Медицина», 1968.
- Кагарицкий Ю.* Человек и будущее человечества. И. Л., 1967, № 1.
- Капица П. И.* Жизнь для науки. М., «Знание», 1965.
- Кассирский И. А.* О врачевании. М. «Медицина», 1970.
- Кон И. С.* Социология личности. М., Политиздат, 1967.
- Кони А. Ф.* Память и внимание. Собр. соч. Т. 4. Юриздат. М., 1967.
- Коршунов А. М.* Теория отражения и творчество. Политиздат, 1971.
- Кузнецов Б. Г.* Эйнштейн. М., Изд. АН СССР, 1963.
- Культура чувств.* Сборник под общей редакцией В. Толстых. М., «Искусство», 1968.
- Лебединский М. С., Мясищев В. Н.* Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
- Лик Э.* Врач и его призвание. М., 1929 (пер. с нем.).
- Лисицын Ю. П.* Современные теории медицины. М., «Медицина», 1968.
- Лобанов М.* Мужество человечности. «Сов. Россия», 1969.
- Львов Вл.* Жизнь Альберта Эйнштейна. М., «Молодая гвардия», 1958.
- Льюис.* Человек и эволюция. М., «Прогресс», 1964.
- Макаренко Ю. А.* Мудрость чувства. М., «Советская Россия», 1970.
- Михайлов Вас.* В поисках закономерностей творчества. Западно-Сибирское изд., 1966.
- Мочалов И. И. В. И. Вернадский — человек и мыслитель.* М., «Наука», 1970.
- Наука сегодня.* Под ред. С. Р. Микулинского. М., «Молодая гвардия», 1969.
- Наука о науке.* Сборник статей. М., «Прогресс», 1966.
- Наука и нравственность.* М., Политиздат, 1971.
- Нестеров А. Н.* О культуре и клиническом мышлении врача. Тер. арх., 1966, № 2.
- Павловский Е. Н.* Поэзия, наука и ученые. М., Изд АН, 1958.
- Писарев Д. И.* Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. М., «Медицина», 1969.
- Платонов К. И.* Слово как физиологический лечебный фактор. М., 1963.
- Плетнев Д. Д.* Очерк из истории медицинских идей. Клин. мед., 1934, № 11—12.
- Плетнев Д. Д.* Является ли клиническая медицина наукой? Клин. мед., 1936, № 6.
- Плетнев Д. Д.* О синтетическом понимании медицины. Клин. мед., 1934, № 1.
- Плетнев Д. Д.* Русские терапевтические школы. М.—Птг, 1923.
- Половский М.* Мы и ученые. «Вопросы литературы», 1970, № 2.
- Первая всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии.* М. «Медицина», 1970.
- Петленко В. П.* Философские вопросы теории патологии. М. Т. I, 1968, т. II, 1971.
- Петров М., Потемкин А.* Наука познает себя. «Новый мир», 1968, № 6.
- Петров Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии. Изд. 5-е. Л., 1956.
- Петров Б. Д.* Первая Всесоюзная конференция по проблемам медицинской деонтологии. М., 1970.

- Петровский Б. В.* Первая Всесоюзная конференция по деонтологии М., 1970.
- Полонский В. П.* «Сознание и творчество». В кн.: На литературные темы М., «Советский писатель», 1968.
- Пономарев А. Я.* Психика и интуиция. М., Политиздат, 1967.
О проблеме причинности в медицине (Дискуссия во II Медицинском институте в 1964 г.). М., «Медицина», 1965.
- Прокофьев Вл.* В спорах о Станиславском. М., «Искусство», 1962.
- Пришвин М. М.* Собр. соч. Т. I и VI. М., 1957.
- Пришвина В.* От науки к искусству. В кн.: Пути в неизвестное. М., 1962.
- Пушкин В. Н.* Эвристика — наука о творческом мышлении. М., Политиздат, 1967.
- Разумный В. А.* О природе художественного обобщения. Соцэкгиз, 1960.
- Ревич В.* Реализм фантастики в кн.: Фантастика. М., «Молодая гвардия», 1968.
- Рейнберг Г. А.* Методика диагноза. М., 1951.
- Рубинштейн С. Л.* О мышлении и путях его исследования. М., Изд. АН СССР, 1958.
- Рунин Б.* Вечный поиск. М., «Искусство», 1964.
- Рузе М. Роберт.* Оппенгеймер и атомная бомба. М., 1965.
- Русские писатели о литературном труде.* Т. I—V. «Советский писатель», 1956.
- А. де Сент-Экзюпери.* Соч. М., 1964.
- Славская К. А.* Мысль в действии. Изд. полит. литер., М., 1968.
- В. Сомерсет Моэм.* Подводя итоги. И. Л., М., 1957 (пер. с англ.).
- Тасалов В.* Прометей или Орфей искусства технического века. М., «Искусство», 1967.
- Таубе М.* Вычислительные машины и здравый смысл (Миф о думающих машинах). М., «Прогресс», 1964 (пер. с англ.).
- Тейзер П. де Шарден.* Феномен человека. М., 1965.
- Урсул А. Д.* Природа информации. Политиздат. Л.—М., 1968.
- Ухтомский А. А.* Собр. соч. Т. I, II, III. Л., 1950.
- Федоров А. М.* Хирургия на распутье. Нов. хир. арх., 1926, т. 10, кн. 1-я и 2-я.
- Философские* вопросы медицины. Сборник статей. Под ред. Г. И. Царегородцева и др. М., Медгиз, 1962.
- Философские* и социальные проблемы медицины. Под ред. Г. И. Царегородцева. М., «Медицина», 1966.
- Формулы* и образы (спор о научной теме в художественной литературе), 1961.
- Царегородцев Г. И.* Диалектический материализм и медицина. Изд. 2-е. М., 1966.
- Цейтлин А. Г.* Труд писателя. М., «Советский писатель», 1968.
- Чернышева Т.* Человек и среда в современной научно-фантастической литературе. В кн.: Фантастика. М., «Молодая гвардия», 1968.
- Чиж В. Ф.* Методология диагноза. Изд. «Практическая медицина», СПб., 1913.
- Шрейдер Ю.* Наука — источник знаний и суеверий «Новый мир», 1969, № 10.
- Юдин С. С.* О науке и медицине. Вестн. хир., 1963, № 1.
- Юдин С. С.* Размышления хирурга. М., 1968.

Содержание

Введение	5
Методы и приемы познания, применяемые в медицине	10
Специфика мышления врача	15
О традиционных и нетрадиционных формах познания в медицине	28
Врач и проблема целостности организма	52
Мастерство врача (врачевание)	75
Точные науки, техника и их роль во врачебной деятельности	95
Специфика медицинского эксперимента	104
Моделирование медико-биологических систем	109
Врач и природа	116
Врач и мораль (проблема ценностей)	126
Возрастание нравственной ответственности врача перед обществом и больным человеком	130
Воспитание врача	133
Врач и популяризация медицинских знаний	149
Медицина и общество	151
Методология врачебного мышления (вместо заключения)	160
Литература	165

*БИЛИБИН АЛЕКСАНДР ФЕДОРОВИЧ
ЦАРЕГОРОДЦЕВ ГЕННАДИЙ ИВАНОВИЧ*

О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк)

Редактор *С. Я. Чикин*
Художественный редактор *Л. С. Бирюкова*
Корректор *Н. В. Кирсанова*
Техн. редактор *Н. К. Петрова*
Обложка художника *А. Э. Казаченко*

Сдано в набор 12/VI 1973 г. Подписано к печати 4/X 1973 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂-5,25 печ. л. (условных 8,82 л.) 9,46 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 10000 экз. Т-11869 МН-73 Заказ 6138. Цена 71 коп.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.
Типография изд-ва «Горьковская правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.