

Должен ли врач непременно быть материалистом?

Для автора многие годы был загадкой, своеобразным парадоксом неизменно высокий конкурс в медицинский вуз. При этом немалая часть абитуриентов имела медицинские корни, т. е. происходила из семей медиков, где имела возможность воочию наблюдать за уровнем жизни пап и мам, а также той духовной и физической отдачей, что требует данная профессия. Парадокс заключался именно в том, что молодежь при всей современной ангажированности «красивой жизнью» и довольно ранним прагматизмом, стремится получить профессию, в которой работать очень нелегко, а материальное вознаграждение за тяжелый труд малоудовлетворительно.

Более того, овладение профессией врача издавна считалось очень непростым делом. А.С. Изгоев в статье «Об интеллигентной молодежи», которая написана около 100 лет назад прямо указывал, что обучение врачебной профессии всегда считалось самым трудоемким, лишь второе место по объему необходимых знаний занимает юриспруденция ?2?. Учитывая значительно возросший объем информации, которую необходимо усвоить будущему врачу, обучение в медицинском вузе в настоящее время еще более усложнилось. Для примера, выпускник времен С.П. Боткина знал всего 160 фармацевтических средств, весь арсенал тогдашней фармакопеи ?1?. Сегодня только на кафедре, где работает автор, от студентов требуется выписать не менее 110 препаратов, причем этот список минимализирован до предела. Число же медицинских препаратов-генериков в мире (без учета синонимов) перевалило за 5 тысяч наименований.

Итак, учиться в медицинском вузе очень сложно, будущая профессия архисложна, материальное вознаграждение за труд невелико. Почему поток желающих стать врачами не убывает несмотря ни на что? Отчасти причиной этого служит ореол некоей загадочности, даже мистичности, которая окружает профессию. Ведь не зря в античности врачей-целителей считали полубогами, ведущими свой род от легендарного Асклепия. Но в настоящее время это соображение не может быть превалирующим. Наш век скоростей и компьютеров в изрядной мере снял с медицинской профессии флер божественной причастности. Каждый ребенок видит участкового терапевта или педиатра, который устало бредет по микрорайону, выполняя визиты. Какая уж тут богоподобность.

Остается одно, преобладающее объяснение: хочется надеяться, что в медицинский университет идут молодые люди, которые изначально, по своей природе заряжены на служение людям, на самоотдачу. При этом материальная сторона профессии их беспокоит очень мало. По мнению чрезвычайно самобытного русского мыслителя начала 20 века П.Д. Успенского главным и первейшим признаком интеллигентности является бескорыстность ?8?. По всей вероятности Успенский не имел в виду, что интеллигенты должны питаться святым духом. Мысль его в том, что основным мотивом деятельности интеллигентного человека ни в коем случае не может быть материальное вознаграждение. Если достижение мирских благ изначально ставится во главу угла, является доминантой в сознании, такой человек по определению не может

считаться интеллигентным. Однако, никому не возбраняется одновременно достигать очень высокой материальной планки, как например случилось с пресловутым «компьютерщиком» Биллом Гейтцем. Попутно, автора всегда приводило в восхищение словосочетание «настоящий интеллигент», это похоже на осетрину первой и второй свежести.

Какие метаморфозы происходят с сознанием и душой студента по мере продвижения от курса к курсу? Уже с первых дней занятий на него обрушивается масса информации, которую необходимо усвоить.

Кроме солидного информационного багажа на лекциях и практических занятиях воспитывается та особенность мышления, которую в философии (гносеологии) называют позитивизмом. Позитивизм – это стиль мышления, при котором ценится строго научное знание, полученное опытным путем и стремление строить здание науки на базе этих данных по четкой линии причинно-следственных связей. При этом мир напоминает автомобиль. Все части для чего-то предназначены, лишних нет, одно взаимодействует с другим, причина порождает следствие, все взаимообусловлено. Спора нет, все точные науки неизбежно, по своей природе являются позитивными. Именно поэтому их называют точными. Но в итоге система позитивизма воспитывает у студентов взгляд на человека, как на подобие машины: многое изучено, разложено по полочкам. А то, что неясно, скоро разрешится. Уже начали клонировать животных.

Перейдя на четвертый курс студент приступает к клиническим предметам и тут стройная система позитивизма, которая столь тщательно культивировалась, дает сбой. В клиниках будущему врачу прямо заявляют, что все ранее изучавшееся правильно, но необходимо овладеть клиническим мышлением. При этом, насколько известно, никто прямо и ясно не объясняет, что есть клиническое мышление, но все единогласно утверждают, что без этой вещи формирование врача невозможно. Более того, встречаются утверждения, что преподаватели клинических дисциплин должны научить клиническому мышлению.

Клиническое мышление.

Попытаемся разобраться, что за диковина это пресловутое клиническое мышление и чем оно отличается от мышления вообще (неклинического). Попробуем для начала взглянуть на мышление с точки зрения материалистов и обратимся к философскому словарю. «Мышление, высшая форма активного отражения объективной реальности, состоящая ... в обобщенном познании субъектом существенных связей и отношений предметов и явлений, ... в прогнозировании событий и действий» ?7?. В таком определении можно выделить два ключевых слова: отражение и познание. По сути мышление определяется так, что отражение мира человеком создает познание. Стало хоть немного яснее? На мой взгляд нет. В руководстве по медицинской психологии, где мышлению посвящена целая глава, определение еще более краткое, «мышление представляет высшую форму отражения мира» ?4?. Эта дефиниция по существу является кратким повторением энциклопедического словаря, но ни на йоту не приближает нас к пониманию клинического мышления, как и мышления вообще. В той же медицинской психологии есть глава о вопросах психологии в медицинской педагогике и две главы о медицинской деонтологии, но нигде не сказано об особенностях мышления врача ?5?.

Коль ответ не найден в лагере материалистов, попробуем обратиться к философам-идеалистам. И. Кант, один из тончайших умов человечества, более 200 лет назад, предвосхищая появление «электронного разума» по поводу мышления высказывал следующее. «Мышление ... есть только логическая функция, направленная на связывание многообразного содержания возможного созерцания». И далее «Помимо созерцания существует лишь один способ познания, а именно познание через понятия. Мышление есть познание через понятия. Понятия же относятся как предикаты возможных суждений к какому-либо представлению о неопределенном еще предмете» ?3?. Если перевести язык Канта на обыденный, то получится следующее. Мышление не есть какая-то особая форма отражения, а представляет цепь логических операций от созерцания через промежуточные этапы до формирования суждений и умозаключений. А умозаключения и являются искомым результатом мыслительного процесса, в частности, клинического мышления. Именно потому, что наше мышление основано на логических законах, создаются все более мощные компьютеры, своеобразный искусственный интеллект.

Таким образом, мы пришли к заключению, что мышление представлено логической цепочкой от данного до искомого. Правда, человечество так привыкло о чем-то думать, что процесс мышления воспринимается как спонтанный, как бы рождающийся путем непорочного зачатия. Но это лишь иллюзия и стоит переключить внимание на серьезный вопрос, как мышление тут же ощущается как довольно тяжелая и непростая работа.

На многих клинических кафедрах студенты пишут учебные истории болезней. Делать это, кстати, они очень не любят. Тем не менее, кафедры придерживаются этого метода обучения, что автору представляется разумным и оправданным. На примере учебной истории болезни постараемся разобраться в некоторых аспектах клинического мышления. В разделе «обоснование диагноза» студент непременно должен выделить три блока, на основании которых сформулирован диагноз. Это субъективная картина болезни (жалобы и анамнез), объективные данные непосредственного исследования и параклинические методы. Практически каждый преподаватель подчеркивает, что жалобы и анамнез у любого, даже очень образованного человека (врача, к слову) носят субъективный характер, т.е. не имеют силы полноценного достоверного доказательства. И все-таки учитывать субъективную часть приходится, так принято, эта схема выработывалась веками. Возникает закономерный вопрос, почему?

Дело в том, что несмотря на прогресс медицины как естественной науки, многое, если не большинство остается в ней неизученным, неясным. Поэтому определение медицины как науки и искусства совершенно не потеряло актуальности. Многие в медицине постигаются не как наука, не через цепь строгих доказательств, а субъективно, как искусство.

Вернемся к истории болезни. Для диагностики некоторых заболеваний, например, стенокардии, 90% удельного веса диагноза приходится на опрос пациента, т.е. на субъективную часть. И ничего с этим не поделаешь. А тут студента подстерегает еще один подводный камень субъективизма. Мало того, что диагностику некоторых болезней приходится строить в первую очередь на опросе пациента (на субъективном основании), сама беседа с больным дает неоднозначные Результаты

Эту фразу хорошо комментирует старая врачебная мудрость «Разным врачам один и тот же больной о своей болезни рассказывает по-разному». Автор неоднократно убеждался в истинности этих слов и помнит немало врачей-виртуозов беседы с больными.

Итак, опрос пациента субъективен дважды, как выражение мнения неспециалиста, где главное перепутано со второстепенным и третьестепенным и как рассказ человека с неизбежной субъективно-эмоциональной окраской.

Вторая часть обоснования диагноза – непосредственное исследование больного. Официально этот раздел отнесен к объективным методам. Однако, не нужно быть врачом, чтобы на основании личного опыта рассказать о случаях, когда разные доктора после аускультации сердца или легких высказывали разные мнения, порою совершенно полярные. Так как овладение перкуссией, аускультацией, пальпацией и другими методами физикального исследования требует много усилий, терпения и настойчивости, то эта сторона обследования за последние десятилетия по мнению автора значительно утратила прежнюю объективность. К примеру, 20 лет назад врач мог официально поставить диагноз пневмонии только на основании осмотра. Последние годы пневмония считается подтвержденной не просто после любого рентгенологического исследования грудной клетки, но только после рентгенографии.

Третий блок – параклинические исследования. Эта часть считается наиболее объективной и по крайней мере формально не должна вызывать сомнений. Однако, вновь это сакраментальное однако. Предположим, что некий анализ выполнен идеально. Тем не менее и здесь есть подводные скалы субъективизма. Студента и будущего врача «натаскивают» на знание так называемой среднестатистической нормы. А этой нормой признается 95% результатов, группирующихся возле медианы. Попросту говоря, около 5% всех лабораторных ответов отклоняется от «нашей нормы», не будучи при этом признаками какого-то патологического процесса. В качестве примера можно взять показатель СОЭ. Любой практический врач сталкивался с случаями, когда СОЭ увеличено, но никакой болезни не обнаруживается. Такое явление даже называют идиопатическим ускорением СОЭ. А по сути это просто нечастый случай отклонения от среднестатистической нормы.

Заметим, что мы взяли идеальный анализ. В реальности в дело вступает человеческий фактор, неполадки аппаратуры, нелады с реактивами и т.п. Поэтому все параклинические методы также не должны расцениваться как абсолютные. Их следует сопоставлять с иными данными о больном. Пример для иллюстрации. У пациента имелась типичная клиническая картина дуоденальной язвы в стадии обострения. Эндоскопическое исследование не обнаружило язвенного дефекта, имелись лишь явления гастрита. После двух недель лечения настойчивый врач просит повторения эндоскопии, ибо по его мнению клинический процесс свидетельствует в пользу язвенной болезни. Повторная эндоскопия подтверждает первоначальное заключение – гастрит. Не буду описывать всех промежуточных этапов, лишь скажу, что ларчик открывался просто. У эндоскописта были проблемы с аппаратурой и он осматривал слизистую до выхода из луковицы двенадцатиперстной кишки. У больного язва локализовалась нестандартно, залуковично, что послужило причиной ошибки.

Итак, мы рассматривали обоснование диагноза в учебной истории болезни, когда студентам дают для курации достаточно типичных больных. И даже в такой несложной ситуации имеется несколько источников возможных ошибок субъективного и объективного характера. Какой из этого должен последовать вывод? Вывод простой, логичный, но не очень популярный в медицинских кругах. А именно: практически любой диагноз следует рассматривать как диагностическую гипотезу с разной степенью достоверности.

Вот мы и приблизились к пониманию клинического мышления. Исходя из наших рассуждений, это такой тип логического мышления, в котором исходные посылки носят как объективный, так и субъективный характер. Другими словами, в клиническом мышлении действуют законы логики, но конечный вывод (т.е. диагноз) нельзя считать безусловно достоверным.

В краткой афористичной формуле клиническое мышление можно выразить словами моего учителя профессора Е.В. Бардина: «Врач должен обладать научным (понимай, логическим) мышлением и глубокими знаниями, но при этом иметь изрядный запас здорового скептицизма». Этот скепсис предназначен для постоянного самоконтроля, для сопоставления данных о больном, полученных из самых разных источников. При этом никаким сведениям нельзя придавать значения абсолюта, верить безоглядно, а сопоставлять эти данные друг с другом, добиваясь максимального приближения к диагностической гипотезе.

Получение знания о больном невозможно без логики, но это не гарант от ошибок. Для искоренения заблуждений необходим скепсис, постоянные размышления о больном и попытки рассматривать его страдание с разных точек зрения.

Врачебная интуиция. Помимо логического, т.е. дискурсивного мышления во врачебной деятельности немалую роль играет интуиция. Этот вид постижения (знания) наступает в виде «озарения», когда врач в ряде случаев приходит к правильному диагнозу скачком, внезапно.

Этот талант прирожденный, его воспитать, взрастить невозможно. Это как способность пения – голос можно иметь или не иметь, но научиться пению без врожденных данных невозможно. В медицине всегда существовали врачи-интуитивисты, поражавшие воображение современников. В конце XIX века в России было две главных терапевтических школы. Петербургскую возглавлял С.П. Боткин – классический врач-мыслитель, исследователь, сторонник логического мышления и диагноза. Московская школа была представлена профессором Г.А. Захарьиным, который считался магом и волшебником, причем не в переносном, а в прямом смысле. Диагнозы Захарьина буквально поражали и восхищали. Его называли гениальным клиницистом, который только на основании опроса и осмотра ставил точнейшие диагнозы. Лучшие терапевты Германии и Франции ехали в клинику Захарьина поучиться – и разводили руками. Больницы, где лечил и преподавал Григорий Антонович, ничем выдающимся не отличались и учиться было особенно нечему. Вернее, гениальной прозорливости и способности постичь больного путем интуиции научить невозможно. О Г.А. Захарьине среди московских терапевтов до сих пор ходят легенды, настолько он был необычен как человек и врач.

Иные пути клинического мышления. Изложение было бы неполным, если не упомянуть о еще двух видах диагностики. Первый, диагноз путем наблюдения

(diagnosis per observatione) и второй – диагноз по результатам лечебного эффекта (diagnosis ex juvantibus).

Диагноз путем наблюдения основывается на естественном патоморфозе болезни, когда клинические проявления вначале носят не вполне определенный характер. Примером может быть эпигастральная фаза острого аппендицита, когда болевые ощущения вначале локализуются в подложечной области (симптом Кохера). Именно поэтому в большинстве зарубежных стран в приемных покоях существуют специальные палаты наблюдения для случаев, когда «быстрый» диагноз затруднителен. Болезнь есть динамический, «живой» процесс. Его можно сравнить с ребенком, когда до определенного времени какие-то задатки, способности не видны, скрыты от посторонних глаз.

Диагноз по результатам лечения нередко используется в диагностике и дифференциальной диагностике. При трудностях разграничения туберкулезного процесса и неспецифической пневмонии нередко проводится антибактериальное лечение в течение 2-3 недель с последующей оценкой динамики процесса. В диагностике острой ревматической лихорадки классическим приемом является назначение противовоспалительных средств и результат такой терапии внесен в дополнительные диагностические критерии.

Дифференциальный диагноз, над которым студенты с изрядными муками корпят в учебных историях болезни, по сути является ретроспективным и дидактическим. В реальности врач никогда не проводит отдельно диагностику от дифференциального диагноза. Эти два процесса слиты воедино, ибо диагностика по своей сути подразумевает отграничение (отсеивание) сходной патологии. Поэтому разграничение обоснования диагноза и дифференциальной диагностики должно рассматривать как учебный прием, правда, весьма полезный и поучительный.

В понятие клинического мышления помимо диагностических перипетий входит определение прогноза и назначение лечения. Но это столь большие и серьезные темы, что обсуждать их в рамках одной статьи попросту невозможно.

Постклиническое мышление. Студент или врач, наконец, выходит из стен лечебного учреждения и окунается в обычную повседневную жизнь. Хочет человек или не хочет, но он обязательно создает внутри себя, в собственном «Я» модель внешнего мира. Это и называется философией, или осмыслением места своего «Я» в пространстве и времени бытия. Различия между философией и другими науками нередко объясняют тем, что предметы исследования у них различны. Дескать, философия направлена на самые общие законы, а науки – на частные. Это не так. Любая наука занимается обобщениями, вплоть до высочайших.

Роль философии совсем в другом. Она пытается примирить человека с миром, сгладить изначальный дуализм в человеческой природе. Всем известна формула, что человек – это общественное животное (по Аристотелю), т.е. в человеке изначально смешано биологическое и социальное. Основные религии мира и многие идеалистические системы к этому дуэту добавляют душу, как неперемный атрибут человеческой личности. Любому из нас недостаточно просто жить и работать, а хочется помимо этого хоть немного понимать, во имя чего это происходит. Всплывает извечный человеческий вопрос «кто виноват?». Вот для ответов на такие вечные вопросы и существует философия, впрочем,

можно ее назвать метафизикой, идеологией, наукой о сущем или еще как-то. Главное, что человек *volens-nolens* ищет у этой науки ответа. Если же наука не в состоянии дать индивидууму ответы на его вечные вопросы – он сам создает собственную систему вопросов-ответов. Эта мысль прекрасно выражена П.С. Юшкевичем: «Философия есть исповедь интимного «я», принявшая форму повествования о мировом «Всем» ?9?. Автор глубочайше убежден, что материалистами или идеалистами люди становятся не по здравому размышлению и без всестороннего анализа *pro et contra*.

Внутреннее стремление к этой или иной системе мысленного упорядочивания бытия заложено где-то очень глубоко, на уровне инстинктов у любого *homo sapiens*. В «застойные времена», когда марксизмом-ленинизмом буквально шпиговали умы студентов на протяжении всего времени обучения, идеализм все же находил лазейки. Если не к концу обучения, то в первые годы работы большинство врачей становились стихийными идеалистами (оставляю за собою право на ошибку). Вероятно, особенности профессии и немалая доля субъективизма в любой врачебной специальности из пламенных материалистов потихоньку делали неприметных идеалистов (иногда неосознанных).

Согласно определению наиболее пронизательного русскоязычного философа современности М.К. Мамардашвили: «Понимание есть в принципе нахождение меры между мной и тем, что я понимаю – соизмеримость» ?6?. Эту меру зачастую можно постичь только душою, т.е. нематериальным. Даже записной материалист В.И. Ульянов позволял себе такие фразы как божественная, нечеловеческая музыка и т.п. Собственно, автор в немногих словах пытается выразить очень простую мысль: можно быть хорошим врачом и исповедывать материализм. Но! И в этом «но» вся соль -- материалист отличным врачом стать не сможет, не хватит чего-то. Не достанет какого-то понимания человека, схватывания в другом того, что труднообъяснимо и может только ощущаться душою, но не выражаться в формулах, в записях в историях болезней, в анализах. Именно по этому поводу так изумительно тонко сказал гениальный поэт Ф.И. Тютчев: «Мысль изреченная есть ложь».

Дать определенный ответ на заголовок статьи непросто. Медицина настолько дифференцировалась, отпочковалось столько врачебных специальностей, что взаимоотношения *soma-anima* (тело-душа) во врачебном мышлении психотерапевта и, скажем, травматолога совершенно различны. Безусловно, что по складу ума, который вырабатывается годами практики и отношений с пациентами, психиатр склонен к восприятию человека идеалистически. Ведь он лечит болезни, которые не имеют морфологического субстрата, т.е. материального. С другой стороны кардиохирург мыслит иными, анатомопатофизиологическими категориями.

Тем не менее, любой врач должен подходить к пациенту как целостной системе (личности), а не лечить только «свой» орган. И определение медицины как науки и искусства совершенно не утратило первоначальной свежести и правдивости. Другими словами, во врачевании всегда останется элемент субъективного, идеального. В наибольшей степени эта субъективная часть врачебной деятельности относится к взаимоотношению врач-больной. Этот дуэт буквально заполнен такими тонкими нюансами человеческих взаимоотношений, что

раскрыть его до конца (как пытаются некоторые разложить по полочкам) попросту невозможно.

Таким образом, по роду своей деятельности врач не может оставаться «голым» материалистом, т.е. базироваться исключительно на объективных, строго выверенных аксиомах и доказательствах. Но и абстрактным идеалистом даже врача-психиатра трудно назвать. Ведь в психических (ранее говорили душевных) болезнях есть определенные, достаточно выверенные точки, ну хоть психофармакология. Поэтому мировоззрение любого врача дуалистично изначально, по своей природе, по материалу и методологии. А преобладание той или иной системы взглядов зависит как от личностных особенностей доктора, так и от избранной медицинской специализации.

Литература

1. Боткин С.П. Общие основы клинической медицины. Клинические лекции в 2-х тт. – М: 1950 Медгиз. – т.2. – стр.20-21.
2. Изгоев А..С. // Об интеллигентной молодежи: Сб. Вехи. – Москва, 1991. – С. 185-208.
3. Кант Иммануил. Критика чистого разума. – Москва., 1964. – собр. Соч., Т.3. – С. 166-167 и 387-389.
4. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Медицина., 1966. – С.137.
5. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Медицина., 1966. – с.397-414.
6. Мамардашвили М.К. Философские чтения. Введение в философию. - Санкт-Петербург., 2002.
7. Спиркин А.Г. Мышление // Философский энциклопедический словарь. – М., 1989. – С.382-383.
8. Успенский П.Д. Новая модель вселенной. – М., 2000.
9. Юшкевич П.С. // О сущности философии: Сб. Философия и мировоззрение. – М., 1990. – С.151-167.