



**Софийски университет
“Свети Климент Охридски”**

Автореферат на дисертация на тема

**Медицинска философия.
Философски анализ на себевъзприятието на пациента
в диагностиката и лечението.**

за присъждана на образователна и научна степен „Доктор по философия“

от

Дейвид Томази

Научен ръководител: проф. д-р. Александър Л. Гънгов

София 2015

Технически данни

Спесификация	Брой
Страници на дисертацията (без библиографията)	300
Знаци (без интервалите)	713060
Знаци (с интервалите)	839320
Брой страници според БДС (1800 знака на стр.)	405
Увод	4 стр.
Глави:	7
Първа	33 стр.
Втора	33 стр.
Трета	31 стр.
Четвърта	33 стр.
Пета	29 стр.
Шеста	55 стр.
Седма	17 стр.
Заключение	20 стр.
Шрифт: Times New Roman	12
Разстояние между редовете в самия текст	0,0, двойно
Разстояние между редовете в ползваните цитати	0.5,0.5, еднично
Библиографски източници:	Общо 150
Брой цитати	621
Общ обем на цитатите в страници	61 стр.
Илюстративни схеми	33
Графики	7
Сравнителни таблици	4

Публикации

1. Tomasi, David (forthcoming 2016). *Multidimensional sensory elements in patient perception*. Burlington, VT: University of Vermont College of Medicine / PIH - Program In Integrative Health Journal
2. Tomasi, David (forthcoming 2016). *Wishful thinking, hope, and placebo. Exploring the connections between religion and medicine beyond illusion, delusion, and ideation*. Sofia, BG: Sofia Philosophical Review
3. Tomasi, David (2013). *Neurophilosophical aspects of Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness: A comparative epistemological analysis*. Burlington, VT: Share Point, FAHC / UVM Medical Center Journal.

Съдържание

Публикации.....	стр. 2
Въведение.....	стр. 5
Глава 1 <i>Кратка история на медицинската философия</i>	
1. Общи аспекти	стр. 9
2. Приложение и епистемологични съображения:	
a) Формулиране на въпросите	стр. 13
b) Медицината като наука, изкуство и технология.....	стр. 16
c) Аз-образ (себепредстава), академични постижения, лечебен процес.....	стр. 19
Глава 2 <i>Философията като основен подход към медицината</i>	
1. Херменевтика и доказателствена медицина	стр. 23
2. Истина и метод:	
a) Да разберем езика	стр. 27
b) Клинично мислене	стр. 32
c) Медицина и психология: философски основания и научен метод	стр. 36
Глава 3 <i>Между невронауката и феноменологията</i>	
1. Хегел, Мерло-Понти и естествената религия: къде сме сега?	стр. 43
2. Теоретично обосновано, емпирично подкрепено: проблемът мислене-мозък:	
a) Анализ на понятията.....	стр. 48
b) Предлагане на модел.....	стр. 49
c) Обяснение на целта	стр. 53
Глава 4 <i>Пациентът в центъра на лечението</i>	
1. Комуникация, възприятие и себевъзприятие на пациента.....	стр. 56

2. В търсене на смисъла:
 - a) Човешко, твърде човешко стр. 63
 - b) Експериментална философия стр. 67
 - c) Огледалце, огледалце..... стр. 63

Глава 5 *Комплементарна, алтернативна и традиционна медицина*

1. Поправям се, искам да доставя удоволствие; ще се поправя, ще доставя удоволствие стр. 72
2. Интегриране, допълване, изпълнение:
 - a) Логическо изследване..... стр. 74
 - b) Ефикасност, ефективност, резултатност стр. 76
 - c) Култура и идентичност..... стр. 77

Глава 6 *Отвъд границите на този свят*

1. Камю, Сартр и Бог: къде сме ние сега? стр. 83
2. Алфа и омега. Диагноза и прогноза:
 - a) Нашият живот стр. 87
 - b) Много и разнообразни перспективи..... стр. 91
 - c) Преживявания близки до смъртта и бдителна осъзнатост..... стр. 93

Глава 7 *Транслационна наука*

1. Таксономични съобръжания..... стр. 98
2. Приложна медицинска философия:
 - a) Третият път стр. 100
 - b) Намиране на баланса..... стр. 103
 - c) Изследвания и отвъд тях..... стр. 104

Заклучение стр. 106

Основен принос стр. 112

Въведение

Настоящият труд е насочен към няколко аспекта, свързани с приноса (като генератор на запитвания, смисъл, анализи и методи, както и други) на философията на науката и конкретно на медицинската наука.

Както се посочва в заключението, тъй като медицината е едновременно наука, техническо умение и изкуство, трябва да сме наясно, че има няколко пътя към разкриването на истината в лечебния процес (по-точно – истините): научен, механистичен, философско-теоретичен, художествено-тълкувателен и др., както и трябва да разбираме, че има различни модели на съждение в медицината: индукция, дедукция, и абдукция. Освен това, поради самото естество на настоящото проучване, анализирани доводи и теми са филтрирани през една по-конкретно философска призма, както и с помощта на проучване на данните, получени през 6-месечното емпирично изследване, проведено в медицинския център на Университета на Върмонт в Бърлингтън, Върмонт, САЩ, в психиатричното отделение, което се състои от два отделни, заключени етажа: Шепардсън 3 и Шепардсън 6. Тази студия ще бъде представена и дискутирана в приложението в края на настоящия труд. Основният предмет на чисто философското, както и на емпиричното проучване е обяснен допълнително и по-подробно на много места в текста. Предоставяме тук опростен списък на тези сегменти от текста.

- Глава 2. Философията като основен подход към медицината; Подглава 2. Истина в метода; Част С. Медицина и психология: философски основания и научен метод, стр. 52:

Болест – това е концепция, свързана с времето, т.е., тя представлява един миг и импулс на човешкия избор или решение. Когато хората чувстват, че не могат да отговарят на нуждите на ежедневието, тогава възникват здравословни проблеми и заболявания. Тоест, здравето и болестта са философски (и по-конкретно феноменологични) концепции и следователно трябва да бъдат анализирани под теоретичния обектив на философията (медицинската). В действителност, здравето е явление, прозрение, проява на (човешкото) съществуването, структурирано във философското равнище на социалната, етична и морална отговорност към природата, човечеството и ценностите. Ние сме съгласни с тази гледна точка, в смисъл, че предлагаме и изследваме (както чрез философски анализ, така и посредством емпирични изследвания) една по-дълбока връзка между нивата на (човешкото) съществуване, започвайки от външната, феноменологична постановка, през опита (свързан с времето и околната среда, особено в смисъла на *Erlebnis*) и стигайки до есенциалната гледна точка, както лична, така и социална. В тази перспектива, здраве означава разбиране и (себе-) познаване на идентичността и ролята ни в живота, за разлика от болестта, или загубата на (част от) самоличността ни. Тук отново проучваме връзката между тези сфери на човешката дейност / взаимодействие и (ефективността / неефективността и върху) лечебния процес.

- глава 4. Пациентът в центъра на лечението; Подглава 2. В търсене на смисъла; Част d. Човешко, твърде човешко, стр. 95:

Тук стигаме до един от основните елементи в защита на хипотезата, обсъдени в настоящото изследване, а именно научните резултати, произтичащи от възобновената дискусия върху самата същност и структура на медицината: отново, съчетанието от доказателствената медицина и медицината, ориентирана към пациентите, подкрепено от силна теоретична (философско-научна) основа, е от ключово значение за постигането на положителни резултати в клинично-терапевтични условия, по-специално в диагностиката, прогнозата и лечението.

- Глава 5. Комплементарна, алтернативна и традиционна медицина; Подглава 1. Поправям се, искам да доставя удоволствие; ще се поправа, ще доставя удоволствие, стр. 110:

Най-важният урок от тази част е, че физическото ни здраве зависи от нашето чувство за свързаност с другите или, с други думи, от нашето възприятие на (самите) себе си по отношение на другите, включително доставчиците на здравни грижи. В следващите глави ще видим как това "чувство" на свързаност, особено от гледна точка на допаминергичния център на наградата, може да се задейства / стимулира чрез фармакологична интервенция, въпреки че това не обяснява напълно гореспоменатата сложност на тези взаимодействия, и особено по-субтилните, но очевидни последици от така наречения "механизъм за реагиране при плацебо", истински концептуален оксиморон, който философията на медицината се опитва да реструктурира и преформулира на теоретично ниво, чрез по-нататъшно анализиране на наличните научни данни.

- Глава 7. Транслационна наука; Подглава 2. Приложна медицинска философия; Част b. Намиране на баланс; стр. 183:

„Медицинска философия. Философски анализ на себевъзприятието на пациента в диагностиката и лечението» е труд, насочен към изследването на всички тези аспекти, за да се зачете и приеме медицината в цялата и сложност, (която е причинно свързана, макар и не линейно като причинно-следствената връзка), както и да се реструктурира, промени и пренареди нейната структура въз основа на теоретичните елементи, които обсъждахме досега, за да се гарантира, че медицината е наясно по отношение несигурността и мистерията (в най-висшия смисъл на понятията, които по никакъв начин не са свързани с редуктивизъм / неточности / суеверия), които са установени при практикуването и. Медицината като практика представлява широк слой от тълкувания, емоции, техники и технологии и в крайна сметка е едно изкуство, което твърде често, особено в западните географски региони и най-вече в САЩ, е подложено на институционализация и на професионална ритуализация с методи, които не само отнемат от същността и, но и принасят за нарастващите трудности, свързани с диагностиката и лечението на широк спектър от здравни проблеми. Всъщност, този подход не ощетява доказателствено-базираната наука, основана на факти, а представлява по-широк теоретичен подход (в този смисъл подход, подобен на този, предложен от Бунге и Панини) и включва разказно-тълкувателно-херменевтично измерение в диагностиката,

Това е медицинска наука, това е медицинска философия: транслационна наука, която обединява всички тези елементи.

Глава 1

Кратка история на Медицинската философия

1.1 Общи аспекти

Първата част на тази глава обхваща общите елементи на историята на философията на медицината, включително самия дебат относно дефиницията и разделението между медицинска философия (изписано с главна буква в английския текст на настоящия труд с цел улесняване процеса на научните изследвания) и съответно философията и медицината. Първото предложено определение дефинира «теоретичната медицина» или «научната медицина» като отделна част или клон на медицината, който се занимава с анализа и дискусията на теоретичните, научни, епистемологични, онтологични, методически, концептуални и езикови аспекти на дисциплината и свързаните с нея научни изследвания и практики, както и професионалните и академични звания. Освен това, онтологията на общата медицинска наука и нейният анализ на концептуалните термини, използвани при медицинските изследвания и практика, възникват от философските аспекти на онтологичната революция. Тази драматична промяна в логическите дефиниции поради новата перспектива за реалността, от една всеобхватна организмична гледна точка към една по-материалистична и определено механистична позиция, е безспорно свързана с картезианския дуализъм в теоретичната и приложна наука, както и с важните открития в тази област. В научния дебат тук обсъждаме форма на метод, който би могъл евентуално

да бъде включен в една радикална редукционистка позиция, за разлика от виталистичната, както и да послужи за основа на един съвременен научен метод в медицината, който в крайна сметка ще доведе до епистемологичен анализ, който е рационален (а според някои и рационалистичен), реалистичен и методологично-скептичен и чиято философска гледна точка и онтологична природа е материалистка (или материалистична) и системна (т.е., не е диастемна, следва да отбележим). Всички тези елементи са имали пряко въздействие в нозологичната класификация на болестите, на основата на доказателства, наблюдение и етиология за постигане на моногенна концепция за болестта. Дискусията се насочва към Гален и Хипократ и модалността на прякото наблюдение се превъплъщава в една междинна позиция, между рационализма и емпиризма. Началото на медицинската наука и на научния мироглед като цяло, са дълбоко вкоренени в непрекъснатата историческа промяна, довела до социалното и културно движение на Ренесанса, чак до епохата на Просвещението. Въз основа на настоящото сравнителното познание ние приемаме, че архаичните науки са се основавали на сложни комбинации от магия, мистични, духовни, божествени и може би слабо познати сили, въпреки че не можем да твърдим със сигурност, че всички тези сили са непременно въплътени в квази-човешка форма, както често са изобразявани - с добри и зли духове, демони, богове и богини, измамници, ангели и други подобни. Знаем и че в някои култури са се използвали камъни, кости и символични знаци, като обожествени писмени знаци, за да се предскаже определен медицински или социален / личен изход, какъвто е случаят с руните или ритуалите на авгурите. В този смисъл, ние знаем, че хората са вярвали, че процесът на изцеление се осъществява с помощта на специални контакти и връзки с по-висши (или по-низши) сфери от действителността. Следва да се отбележи, обаче, че в древността, а според някои

представи и днес в съвременните племенни автохтонни култури като аборигените и някои източни / западни африкански племена, болестите и свързаните с тях терапии и лечебни средства имат и социално измерение. Така лечебният процес, макар и направляван от някакъв висш, а в някои случаи и мистериозен авторитет, е в крайна сметка свързан със собствената култура на пациента, с неговата етническа среда или (семейна, племенна, селска и др.) общност. Може да се опитаме да защитим тезата, че това се вмества в един дуалистичен мироглед, с материални (материалистични) елементи като растения, цветя, отвари, амулети, камъни и др., както и с духовни (спиритуалистични) връзки (като обяснение) като духовни водачи и богове, свързани в някаква комбинация от духовно-материалистични практики и ритуали. В тези практики разпознаваме отклоненията в състоянието на лечителя (а в някои случаи и на пациента), мета-комуникацията с други сфери от действителността или астрологически изследвания. Можем да застанем и зад теорията, че други практики, някои от които все още съществуват в наше време в западното общество, и по-специално комплементарната и алтернативна медицина (разгледани подробно в глава 5), съдържат многопластова тълкувателна структура за обяснението, функционирането и за целите на различните видове лечение. В работата сме пояснили, че терминът „западно” се използва тук в един по-широк и все таки транслационен смисъл, особено по отношение на философските, културни и научни термини. В този смисъл, „западна” е обозначение за култура, която по принцип се смята, че произлиза от европейски / индоевропейски (или свързан чрез културен обмен, както и с прекурсори) субстрат, с произход от [по азбучен ред] арабско, балтийско, баско, келтско, германско, гръцко, еврейско, латинско, славянско, тюркско, угро-финско и др културно наследство). Въпреки това, поради историческия характер на развитието на западната

култура, някои от споменатите по-горе подходи не се смятат за «конвенционални», нито «стандартни» в съвременните общества. Това важи с особена сила от перспективата на не-континенталната (във философски смисъл) гледна точка, и особено по отношение на развитието на западната култура в САЩ и другите региони от Общността на нациите. Ние твърдим, че една от причините за това положение има исторически корен и конкретизираме, че е свързано с културното и философско "разделение" вътре в един общ, традиционен, фолклорен, етнически и пр. произход, който в Европа "естествено", макар и не без борба, се превърна в модерност (напр. по отношение на рационалното мислене и научния метод). В САЩ и Общността на нациите този общ корен бе "изтръгнат" и "отделен" от своето начало, така че самата история на науката (медицинската) датира от периода на европейската експанзия (и колонизацията) извън континента, особено след XIX век. Точно поради тази причина в настоящето проучване ние предлагаме и защитаваме позицията, според която съществува остра необходимост от по-цялостен поглед в медицината, особено от гледна точка на връзката пациент-доставчик. Текстът демонстрира ясно, че настоящият труд цели ново свързване и припомняне на практики от миналото. Цитирайки трудове на Диоскурид, Парацелз, Коул, Джанбатиста дела Порта, граф ди Калиостро, Ханеман, Щайнер и др., до Фуко, анализът продължава въз основа на размишления и доводи за макрокосмоса и микрокосмоса в нео-платоническата традиция, както и на културно-исторически компоненти от други географски зони, като например традиционната китайска медицина (ТКМ).

2. Приложение и епистемологични съображения

а) Формулиране на въпросите

Тази точка разглежда основните въпроси, които философията на медицината задава и на които се опитва да отговори на базата на многопластовите перспективи, които споменахме по-горе, и по-конкретно:

- Как можем да разберем особеностите на научния метод в медицината от гледна точка на онтологичната революция и (декартовия) дуализъм, особено в контекста на проблема дух-тяло или мислене-мозък?
- Представява ли заболяването / болестта просто списък от клинични признаци и / или свързаните с тях биомаркери?
- Достатъчни ли са клиничните данни, независимо от валидността по отношение на количество и качество, (въпреки че тук не трябва да забравяме параметрите "необходимо" и "достатъчно"), за да се опише болестта и да се постигне правилната диагноза?
- Представява ли съвременната медицина комбинация от доказателствена медицина и теоретична медицина?
- Съществува ли необходимост от преразглеждане на доказателствената йерархия, по отношение на реда, съдържанието и концепцията и?
- Необходими и достатъчни ли са рандомизираните контролни изпитвания за валидирането на терапевтичната интервенция?

- До каква степен позитивистичните аспекти на липсата на хипотеза и на търсене на механизъм са все още част от медицинската наука и практика?
- Как дефинираме от онтологична и епистемологична гледна точка нещата, които не възприемаме през общоприетия спектър от научни методи и технологии?
- Какво е медицината - форма на естествена философия, (твърда) наука или занаят, технология, или изкуство?
- Възможно ли е да се интегрират посочените по-горе форми и дефиниции на медицината във връзката им с постоянно нарастващия аспект на медицинските и научни технологии?
- Какво е мястото на всеки един от тези аспекти в учебните програми по медицина, в образованието и академичните среди?
- Защо е необходимо да се дефинират формите на комплементарна, алтернативна, традиционна, нетрадиционна, учебна, както и научна медицина?
- Как дефинираме горепосочените форми на медицината и трябва ли те да бъдат включени в медицината като терапевтична наука?
- Как дефинираме плацебо ефектите, техните биологични ефекти, както и тяхната клинична и медицинска ефективност?
- Има ли универсални биомедицински истини или трябва да се включат и / или да се вземат като контроли индивидуалните особености, културата, етноса, обществото, личните убеждения, духовността и религията при решаването на този въпрос?
- До каква степен съвременните академични, фармакологични и биомедицински изследвания са повлияни и дори контролирани от комерсиални интереси?

- Допринасят ли философията, философският дебат и позиции за напредъка на медицината като наука и терапевтична практика?
- Освен това, необходимо ли е да се изберат / изключат конкретни философии и / или философски методи от парадигмата на медицинската философия?

Тези въпроси отварят дискусията от гледна точка, както на гносеологията, така и на етиката, особено в светлината на връзката пациент-доставчик, за да разберем по-добре какво е, какво може / би могло / би следвало да бъде и трябва да бъде философията на медицината. В този контекст, освен класическите позиции на Аристотел и Платон, тук обсъждаме и философските гледни точки на Трусо и Бунге, които са отразени и в следващите глави, и по-специално при критичното разглеждане на биологичните и психологически принципи в медицината или на системните подходи в сравнение с холистичните, особено в психиатрията. Цитираме и изследванията на Шабри и Симънс във връзка с възприятието и интуицията и по-конкретно, по отношение на неврологичните модели като краткосрочна, средносрочна и дългосрочна памет. Несъвършенството на човешките интуитивни способности се обсъжда във връзка с явления, свързани с паметта като погрешно атрибутиране на източника и конфабулация. Това са основни теми, обхванати от медицинската философия. Ето защо, ние трябва поне да се върнем към най-общоприетата дефиниция на интуицията в рамките на философския дебат, като форма на знание априори, характеризираща се със своята непосредственост. Това може да стане чрез транслация, към опитни (а някои дори твърдят, и към екзистенциални) (форми на) (лични) убеждения. Възниква известно объркване, особено в аналитичната философия, която в известна степен вижда себе си (и е виждана) като венец на рационалната и

емпиричната наука, когато някои философи се позовават на интуитивни перспективи при разглеждането на методики, използвани за тестване и проверка. В този контекст, тук сме разгледали трудовете на Карнап, Коен, Дрекке, Гетие, Голдман, Кант, Къркам, Райхенбах, Ръсел, Плантинга, Васало, но и Анаксагор, Емпедокъл, Епикур, Демокрит и други, във връзка с проблемите на интуицията, рационалността (и критическия рационализъм) и познанието. След разглеждането на посочените проблеми, проучването се насочва към онтологичните и диагностични аспекти на психиатрията. Измежду медицинските практики, тази дисциплина е всъщност една от най-тясно свързаните с възприятието на пациента и на лекаря клиницист. Причината отново се корени в нивото на сложност на човешкия мозък и на съществуването на човека като цяло. От тази гледна точка, психиатрията не е твърде далеч от нерешените проблеми на древната медицина, а именно идеята за липса на добре структурирана причинно-следствена връзка.

б) Медицината като наука, изкуство и технология

Тази точка предоставя друг списък с въпроси, този път във връзка с анализа на здравеопазването и здравните системи, и по-специално:

- Представлява ли здравеопазването фундаментално право на всички хора, независимо от тяхната възраст, раса, вероизповедание, цвят на кожата, пол, произход, религия, сексуална ориентация, полова идентичност, увреждания, семейно положение, социално-икономически статус и т.н.?
- Коя е целевата група, която се ползва от здравеопазването, има достъп до него и го заслужава? Как можем да я идентифицираме?

- Как можем да превърнем наблюденията в лабораториите, в клинични / медицински условия и общности в интервенции, които подобряват здравето на хората и на обществото (транслационен процес)?
- По-конкретно, как можем да преминем от диагностика и лечение към медицински процедури и поведенчески промени (като по този начин включим и бихейвиористичната медицина)?
- Как можем да изследваме и да постигнем разбиране на научните и оперативни принципи, залегнали във всяка стъпка от процеса на транслацията (транслационна наука)?
- Разходи / ползи, част 1: Как може здравеопазването да обхване максимален брой хора по най-добрия възможен начин?
- Разходи / ползи, част 2: Каква трябва да бъде базата за изчисляване на разходите за лечение, болничен престой, лекарства и т.н.?
- Разходи / ползи, част 3: Какви са необходимите параметри за клиничните изпитвания, правата на пациентите и осигуряване на качеството?
- Кой / какво може да реши (ако има такива фактори) дали и кога пациентът се нуждае от "напреднал план за грижи" и "мерки за комфорт" (край на жизнения процес, евтаназия)?
- Как можем да подходим към решаването на всички по-горе изброени въпроси, с помощта на солиден научен метод и анализ, който се основава на фактите, без да е редуccionистки / редуktivистки и който да е обективен, но да съдържа епистемологично и етично признаване на субективността на индивида?

- Необходимо ли е за тази цел да има конкретно подразделение в медицинската философия или всичко това се разбира като част от медицината като наука и практика?
- Ако последното е правилната хипотеза, как можем да разберем медицината като комбинация от наука, изкуство, техника / технология и философия?

За да отговорим на тези въпроси, представяме тук преглед на писмените трудове и изследвания на Пател, Ароча, Джан, Хъксли, и Сандърс („както и други). Имаме основание да твърдим, че медицината е форма на изкуство, базираща се на науката, но тогава сме изправени пред проблеми, свързани с реда, структурата, а може би и с етичната / практическа стойност на дефиницията на тези термини, свързани в дихотомия от вида висше-низше или произход-еволюция. Освен това, може да се окажем в ситуация на повърхностно и дори неправилно използване на това отношение, особено когато решим да отделим напълно сферите на изкуството и науката, като по този начин елиминираме технологичния елемент в Аристотеловата концепция за епистема, техне и фронезис.

За да сме изчерпателни, ще трябва да обсъдим също дали медицинската наука е чиста, "солидна" наука или трябва да се счита за форма на приложната наука. Нещо повече, както вече дискутирахме, несигурността на специфичните подразделения на медицината е част от това, което самата медицина представлява според възприетите възгледи в сферата на науката, а именно един постоянно променящ се, труден и предизвикателен метод, който се освобождава от определени практики и позиции в светлината на новите открития и доказателства. Медицинската философия изследва тези проблеми, но и допринася за по-доброто разбиране на личните, субективни, и дори емоционални аспекти на медицинската

практика. За да сме прецизни, тук говорим не само за общите аспекти на връзката лекар-пациент, но също така и за резултата и клиничния изход в зависимост от поведението на пациента и на лекаря в условията на напрежение и стрес, особено когато става дума за трудни процеси на вземане на решения, както в случаите на хронично заболяване, палиативни грижи, и предварително планиране на грижите. Може да застанем зад тезата, че съвременната медицина се състои от научен анализ и практикуване на изкуство. Така виждаме медицината едновременно като наука и изкуство, подпомогнати от технологиите и поддържани от теорията. В същото време, историческата гледна точка (и в Хегелианската интерпретация) е от основно значение, за да разберем какво е влиянието на културата и цивилизацията върху науката като цяло, а следователно и върху отношението между наука, изкуство и технологии в медицината, като ниво на приложимост, но и от етична и морална гледна точка. Освен това, медицинската наука и практика се различават във времето и пространството, в целия географски, етнически, расов и културен спектър. Ето защо, този анализ на медицината включва в своята перспектива история, космос, познавателни способности, семантика (и специфични медицински онтологии), и методологически стратегии, например при решаване на въпроси от клиничната и транслационна науки, като например проектиране на проучванията, системи за подпомагане вземането на решения, както и публични политики.

с) Аз-образ (себепредстава), академични постижения, лечебен процес

В част ” с” вниманието ни е насочено, както към отделния човек, така и към човечеството като цяло, във връзка с когнитивното разбиране и приложимостта на

съжденията. Въпросът тук е как можем да разберем понятия като опит, знания и постижения в областта на академичната, научна и клинична медицина, особено в онези сфери, които са тясно свързани с анализа на функционирането на мозъка и психичното здраве? Възможните отговори са от широк кръг от философски традиции. Аристотел казва в теорията на реториката, че *φρονεσις* е едно от трите основни качества, които говорителят трябва да притежава, заедно с други две - доброжелателство (*Eunoia* или *εunoia* от гръцкото *Eu* = добър и *noia* = интелигентност, възможен превод на "благоволение") и добродетелност (от гръцки *αρετή*). Според Фуко, методите се създават при прилагането им на практика, не от обсъждането им. Флиивберг обяснява тази концепция като движение от обяснението (защо / теория) към наративното (как / анализ). Друга гледна точка, заемаща централно място в тази част на нашето изследване, идва от работата на Йегър, основно чрез рандомизирани експерименти в учебна среда. Този емпиричен подход позволява, по негово мнение, «да се разбере по-добре системата от сили, които засягат поведението и развитието, чрез активно участие и работа на студента, като личност и като жизнено важен член на общността». Неговото проучване обяснява подробно как когнитивните фактори си взаимодействат със структурни и физиологични влияния и се създават положителни или отрицателни траектории за младежите. Тези компоненти се използват не само от гледна точка на изследвания на статистически данни, но те имат за цел и създаване на нови експерименти. Това от своя страна води до специфични интервенции, които са създадени от учените и от самите студенти, с акцент върху когнитивните аспекти на възприятие и самовъзприемане, които са от фундаментална стойност и в нашето проучване. По-специално, фокусът върху връзката между *Аз*-образа и академичния успех дава на целия процес нова рамка за анализ,

базираща се изцяло на опита на студента. Следователно, тук имаме комбинация от мета-анализ, експеримент, и лонгитудинална интервенция, ръководена от социално-научна методология. Йегър смята, че този подход може да бъде полезен за разрешаването на важните проблеми пред обществото. В този смисъл можем да разберем как такава мъдрост, филтрирана през личния опит, действително има практическо приложение при изследването на социалните въпроси. Поради тази причина тук се обсъжда анализ на термина *phronesis* във връзка с термина *prudentia*, като се започне от Аристотел и Платон и се продължи с Кристофър, Вент, Маречек и Гудман. Според Йегър и Уолтън, рандомизираните експерименти са установили, че привидно «малки» социално-психологически интервенции в образованието могат да доведат до увеличаване на постиженията на учащите се и рязко намаляване на разликите в успеваемостта дори месеци и години по-късно. Тези интервенции са посредством кратки упражнения, насочени към мислите, чувствата и убежденията на учащите се, с акцент върху начина, по който те възприемат себе си, училището, както и академичните успехи. Това е много важно в нашия анализ на нещата, които желаем и към които се стремим, като общо добро, както и щастието, смисъла и целта на живота. Освен това, всеки добре обмислен анализ на медицинската философия трябва да включва обсъждане на посочените по-горе възприятелни концепции, както по отношение на взаимодействието пациент-лекар, така и взаимодействието студент-преподавател. Следователно, философското разсъждение е предпочитаният начин да се осигури не само по-добро разбиране на тези отношения, но и укрепване и разширяване на научните позиции и интерпретации на основни понятия в медицината. Продължавайки с Хабермас, Гейлър и други ще разгледаме въздействието на тези елементи върху интересубективния диалог, разбирането, тълкуването, етиката и

морала, както и от чисто невробиологични перспектива, и по-конкретно от гледна точка на невропластичността.

Тук считаме, че трябва да се комбинира емпиричната / практическа дейност с теоретична работа, независимо дали първото е по-важно (според Аристотел) или второто има превес (според Сократ и Платон). Проблемът на «двойната херменевтика» на Гидънс също е много важен фактор в този вид интервенция, но той може да носи много положителни елементи, които от своя страна влияят върху някои резултати. Тезата, че нещо се счита за релевантен факт или функция в зависимост от тълкуването, както на изследователите, така и на хората, обект на проучване, е ключова за подпомагане на обучаващите се да успеят там където успехът е резултат основан на ценностите и ценността се определя точно от нашия прогресивен фронезис, Оттук следва, че успехът е в едновременно конкретен резултат от практика (упражняването, диалога, проблема, социално-психологическата интервенция) и основа за бъдеща практика, интерпретирана като (аналитична) комбинация от различни видове техне и различни видове сила). По този начин използваме на практика урока на Фуко, който иска да свърже техне с целта (резултата, успеха, академичните постижения), вместо да се свързва епистема с техне (приложна епистемична наука). При обсъждането на тези подходи, ние добре разбираме определянето на социалните науки като "обществена философия" и прилагаме на практика основните характеристики на Аристотеловата методология: фокусиране върху това, което зависи от контекста, конкретното и частното и върху силата на конкретния и практически пример.

Глава 2

Философията като основен подход към медицината

1. Херменевтика и доказателствена медицина

Културата съдържа структура и ориентация, в многопластова поредица от възприятия, предположения, които са пререфлексивни, макар и не изрично априористични, често скрити от обобщения преглед, но въпреки това осигуряващи солидна основа за тази споделена (морална, етична и следователно водеща) гледна точка. Така можем да твърдим, че в херменевтичния анализ (свободно използван термин в този случай) е поставена на изпитване самата сърцевина на научния метод в областта на науката - рандомизираният аспект на клиничното изпитване, което е в центъра на доказателствената медицина. След проучване на работата на Блум можем да заключим, че в основата на тази критична теория лежи самият дебат между рационализма и емпиризма в медицинската наука като цяло, особено в най-новите, най-модерните открития в невронауките и невробиологията: «невро-образното изследване прилича на рационализъм, но е емпиризъм - просто наблюдение, без обяснение». От позицията на Блум, медицинската наука изисква силна философска интерпретация, за да се хвърли светлина върху слабостите на доказателствената медицина във вида, в който се практикува в днешно време. Всъщност, за да се получат не само надеждни резултати по отношение на събирането на данни, но също така и да се тълкуват тези данни като полезна и подходяща информация, която да се използва в клинични условия, медицината се нуждае от

рационализъм в търсенето на механизмите и причините, но и от емпиризъм, за да се включат и прогнозата и лечението. По-конкретно, Блум определя съвременната доказателствена медицина като "плитък емпиризъм" поради това, че тя напълно пренебрегва спецификата на отделния човек, като се фокусира върху "средното на средните", когато се прави извод за конкретен (фактически рандомизиран) пациент по стандартите на йерархията на доказателства, както е описано в *Ръководството за доказателства*. И в частност, ако чрез рационализма ние сме готови да приемем концепция, която обхваща и медицински реализъм (включващ анатомични, биологични, както и механични аспекти), защо да не визираме самата *клинична проява на заболяването*, вместо да оставаме на по-ниското ниво на спекулативния реализъм, с (под) разделението на зле дефинирани симптоми. Как трябва да се подходи към проблема за събиране и представяне на данни при използване на подходящ метод, който да не позволи изпадането в плитък рационализъм? Подходящ ли е математическият модел в клинични условия (от гледна точка на присъщата валидност)? Колко надеждни са диагнозите и прогнозите на експертите, които използват само своя опит и интуиция, или които използват обективни данни, но «ги комбинират в главата си», вместо да ги подават в даден алгоритъм?. С обсъждането на позициите на Маркъм, Бунге, Витгенщайн и Меел, дискусиата преминава към теоретичните и хуманистични аспекти на медицината, за да се осигури подкрепа, критика и анализ на статистическо-математическия алгоритмичен модел за разбиране на спецификата на отделния пациент, и във връзка с опитите и концепциите. Допълнително се акцентира върху херменевтиката и културата, особено във връзка с народната медицина и народната психология, в резултат от теориите на Бенке, Юнг, Кристофър, Вент, Маречек и Гудман, особено когато се сравняват условията и гео-

културни области като Изток / Запад . Пререклексивното разбиране на херменевтиката е и парареклексивно разбиране, в смисъла, даден на тази област от привържениците на този многопластов възглед за човешкото същество, например учението на Парацелз. Фокусът върху несъзнателното и първото научно споменаване на понятието «несъзнателно» в клинични условия е част от неговото наследство, заедно с петте основни влияния / произхода на болестите, заболявания и разстройствата: *Ens Astrorum* or *Ens Astrale* (влиянието на светилата), *Ens Veneni* (влиянието на отровите),), *Ens Naturale* (естествената предразположеност и конституция на човека), *Ens Spirituale* (влиянието на духовете), *Ens Dei* (влиянието на Бог). Проблемът при тълкуването при изучаването на човешкото мислене и мозъка (като оставим настрана дихотомията за момент) е от съществено значение не само в областта на психологията, но и в постепенно разширяващата се сфера на медицинските хуманитарни науки, особено в наративната медицина, както е описано от Грийнхарг, Хурвиц и Ледер. От тази гледна точка, болестите, заболяванията и разстройствата трябва да се тълкуват в по-многопластов начин, въз основа на поредица от взаимодействия: пациент-доставчик, доставчик-медицинска наука / знание, а също и *quid*, като се навлиза по-дълбоко и дори се отива отвъд тези отношения. Такъв е случаят, например, с ефекта плацебо / ноцебо. Според Платон, болестите произхождат от метафизично невежество, особено във връзка с (човешката) душа. По-конкретно, в Тимей научаваме как *anoia* (деменция) и *novs* играят много важна роля. И *mania* (лудост) и *Amathia* (невежество) произтичат от *anoia* и генерират дисбаланс в душата, като по този начин я лишават от добродетелите и, особено във връзка с есенцията и консистенцията в Битието, в (крайната, абсолютна, универсална) Истина, и най-накрая - в Божественото. В този смисъл, човешката душа е в постоянно

движение в стремежа си към все по-голяма рационалност и тази рационалност помага на човека да достигне по-високи нива на цялостност и съвършенство. По този начин, образованието (в по-широк смисъл) помага на хората да преодоляват болестите. В изследването на тази постоянна битка за душата срещу влиянието на злото, което води до физически и психически (душежни) разстройства, се откриват някои метафизически компоненти. Представата за злото е особено важна в медицината и е в очевидна връзка с болестта, страданието и неправилното лечение. Да използваме един много популярен термин в ню-ейдж средите, това е един *холистичен* подход, в смисъл, че средството за лечение не са лекарствата, а режимът. Така, според Платон, медицината е интерпретация, изкуство и наука и следователно е подчинена или е част от философията, подобно на идеите, преподавани от Аристотел, Хипократ и Целз. В този смисъл, западната медицина често се фокусира по-скоро върху външните слоеве на това, което се счита за "същността" на човешкото същество, на неговите външни, често повърхностни права и ценности. Това ни помага да разберем йерархията на интересите и ценностите на "модерния човек". Според Маслоу човешката себеактуализация се случва, когато едно човешко същество се изкачва на високи нива в *йерархията на потребностите*. Въпреки че пирамидата може да предложи последователен напредък в постигането на крайната цел на всяко ниво, американският психолог посочва също, че често в един човек присъстват едновременно много потребности. Как можем да проучим какви са всъщност нуждите за себеактуализация? Какви са ценностите на върха на пирамидата? Със сигурност може да се твърди, че понятията като самодостатъчност и самоопределяне са неразделна част от мирогледа, положен в основата на съвременната западна култура и отнасящ се до автономията и независимостта; т.нар. «не-се-нуждае-от-различни-от-себе-си-за-да-бъде-

себе-си; и в крайна сметка отношението среда-трансцендентност; отделност / разграничение и живот по собствени закони. Видно е как тази гледна точка се корени отчасти в Декартовото "Аз", като по този начин се свързва (само) съзнанието, рационалното, решаващото и съвещателно съзнание със стойността на Аза като напълно отделен субект от заобикалящите елементи, околната среда, културата, традициите, възпитанието на индивида. Това е в остро противоречие с една по-цялостна, дори всеобхватна херменевтична перспектива за реалността и е едно от липсващите звена в съвременната медицина; способността да се вземат предвид всички елементи, ако използваме хайдегерианското понятие *Dasein*, концепция (с верния превод *Begriff*), която в крайна сметка е свързана с нашето съществуване на този свят, с това да сме самите себе си в този свят. Въпросът, произтичащ от тези съображения е къде нашето "истинско" Аз съществува, действа и си взаимодейства? Как и къде се намира нашето съзнание? За да отговорим на този въпрос, обсъждаме моделите на Хамероф-Пенроуз, Скинър, Лаватер, и Гол тук и в следващите глави, както и по-стриктно философски интерпретации, като Хегелианската гледна точка в трудовете на Верен, и по-специално в изследването на *Феноменологията на духа*. Чрез неговия анализ, ние разбираме, как борбата на съзнанието в опита си да свърже двата момента от *Ansich* заедно се кодира в смисъл, перцепция и разбиране, три опита, които се провалят, защото тези противоположности не могат да бъдат едновременно схванати (и осмислени, познавателно разбрани), както функция на обекта. Самосъзнанието е, което ни води до абсолютната истина, а извън него е илюзията. Това е мястото, където *das Meinen* (моето) влиза в действие, буквално "влиза в играта", както при представление на сцената - това е основната му роля. То позволява на съзнанието да говори за себе си, докато не се откаже и по думите на Верен, не «заспи»,

преди да е погълнато от *verkehrte Welt* (грешния свят). Психологията, в този смисъл, както е обсъждана от Верен, не разполага с теория за спомените и така се различава като наука, от науката за опита на съзнанието. Психологията наблюдава обекта, но не може да го разбере по отношение на припомнянето на вътрешното си съществуване. В този смисъл, психологията е "чиста" наука, а не феноменология. Значението на понятия като "памет", "спомен", "абсолютно познание", "проява" и "прозрение" са от особено значение при анализа на когнитивно-рационалната гледна точка, във връзка с процесите в човешката мисъл, като предпочитан метод за изследване на такива въпроси.

2. Истина и метод

а) Да разберем езика

Обсъждането на въпросите на познанието и паметта ни води до друго ниво на разбиране, което само по себе е модел и структура. Да разберем езика означава да разберем неговите ограничения, както виждаме в анализа на работите на Панини, Дохърти, Кант и Аристотел, за да определим по-добре структурата и границите на медицината като наука. Освен това, наративните аспекти на някои подходи в областта на медицината, като психотерапия и наративна медицина, са много подходящи и ефективни поради техния учебен компонент, който включва спомен/припомняне и проверка, особено когато става дума за психична симптоматика, свързана със здравето, която носи многопластовост и комплексност, както по отношение на терапевтичната интервенция, така и на тълкувателно-диагностичния метод. Комбинацията от всички тези елементи (особено във фокуса на разказа на пациента като допълващ прегледа на лекаря и лабораторните изследвания), следва да помогне на медицината да се доближи до научната истина, без да стане жертва на предположения, пристрастия и общи грешки. Сред възможните медицински заблуди, които обсъждаме тук са *post ergo propter hoc* (след това, следователно поради това) и логичния компонент от причинно-следствени допускания, които трябва да бъдат постоянно проверявани. Това е особено вярно в област като невро-науките / неврологията, проблема съзнание-мозък/тяло, и като цяло свързания дебат за дуализъм срещу монизъм. Изключването на евентуална биологична, социологически, психологически обоснована коморбидност и корелация

без причинно-следствена връзка е основна стъпка за избягване на този вид грешки. Освен това, времето е доста проблематичен аспект при такъв вид заблуди, като се има предвид, че много диагнози са обречени да бъдат неточни, както ще видим тук - или по отношение на надценяването или, по-рядко, поне от статистическа гледна точка, подценяването на очакванията за продължителността на живота на пациентите. Добър пример за корелация може да се представи с даден хроничен проблем, който води, само в хронологичен, не причинно-следствен аспект, до смъртта на субекта. Разбира се, ние ще трябва да изключим всяка възможна *causae* на въпроса. Друг проблем може да е повишаването на стойността на определена дефиниция, особено в диагностичните термини, които могат да звучи "неясни" за всеки, който не притежава основни медицински или дори езикови познания, в случай на езикова бариера, или липсата на практика с латински и гръцки езици (въпреки че това е вярно предимно за модерната доказателствена медицина на Запад, а що се отнася до други езици като арабски, урду, китайски, хинди и руски, те имат доста голямо влияние върху медицинската терминология като цяло, освен тяхната национална стойност в страни, в които се говорят). От гледна точка на пациента, трудностите при разбирането и / или интерпретиране на информацията, събрана от лекаря по време на разговор също имат странични ефекти по отношение на отделянето и обезличаването на лечебния процес. Освен това, областта на психиатрията е особено проблематична поради външния / симптоматично базиран диагностичен метод, който се прилага. Това е свързано с друга заблуда, а именно идеята за правилно диагностично мнение, когато то се споделя от много доставчици. Най-добрият пример е може би експеримента на Розенхан. Също така, може да има проблем, свързан със самата памет / припомнянето на

симптоматология, както от пациента, така и от доставчика. И в допълнение, психологически явления като неправилното атрибутиране на източник и конфабулацията играят важна роля, правейки медицинските досиета абсолютно необходими, в рамките на ограниченията на правото на личен живот и ограничаване на възможното нарушаване на поверителността. Въпреки това, поради самото естество на психологическите травми, разстройства и заболявания, които определят евентуална свързана намалена работоспособност или инвалидност, това може да бъде доста проблематично и изисква наблюдение и постоянна (пре-)оценка, което трябва да се извърши с участието на пациента, когато е възможно, както в модела на открития диалог. Други заблуди са свързани със самото лечение, например в случай на положителни или отрицателни резултати, които понякога са напълно несвързани с грижата на доставчика. Същото важи и за нови и / или алтернативни терапии, експериментиране и клинични изпитвания, когато стандартното лечение би дало някакъв резултат. Пропуснатата диагноза се вписва в същите категории, тъй като тя би могла да подобри или влоши терапевтичните резултати. Разбира се, пациентът играе много важна роля в поддържането на собственото му / и здраве, като се започне от превенцията. В този момент на дискусиата се налагат няколко въпроса, свързани с фармакологичната интервенция, особено когато е насочена към обекта / пациента, който трябва (има право да) да поиска информацията:

а) За какво се дава лекарството? (Въпреки, че трябва да осъзнаваме проблематиката, когато се допуска отношение от типа: «една диагноза-един проблем-едно лекарство», особено в психиатрията)

- b) Как трябва да приемам лекарството и за какъв период?
- c) Какви нежелани лекарствени реакции са установени? Какво трябва да направя, ако се получат такива?
- d) Безопасен ли е приемът на това лекарство в комбинация с други лекарства и / или хранителни добавки, които приемам?
- e) На какви храни, напитки или дейности, трябва да обърна специално внимание или да избягвам напълно, докато приемам това лекарство?
- f) Достатъчно четливи и разбираеми ли са етикетът на лекарството и рецептата на доставчика, както и цялата информация, съдържаща се в тях?
- g) Кой е отговорен, когато не съм в (физическо, психическо, според юрисдикцията и т.н.) състояние да вземам решения?
- h) Към кого да се обърна, ако имам допълнителни въпроси по отношение на който и да е от изброените по-горе въпроси?

b) Клинично мислене

Така стигаме до един от основните аспекти на медицинската философия, а именно клиничното мислене, включително онези процедурни познавателни аспекти, които модулират разбирането ни за пациента, неговия / нейния проблем и евентуалното терапевтично решение в клинични условия и след това. Най-общо казано, има методи и основания, които се използват в прогнозирането и диагностиката. Изследването на състоянието на пациента следва специфичен линеен модел, като се започва от анализ и оценка на медицинската история на пациента (която също е резултат от предварителен

анализ и оценка), както и тълкуването и; към настоящото заболяване, болест, разстройство; допълнителни клинични и емпирични наблюдения, резултатите от лабораторните тестове, и най-накрая - до генерирането на хипотези за определяне на възможните източници и причини за настоящото състояние на пациента, с диагностични термини. Нещо повече, съвременната медицинска наука използва статистически методи като база за този вид изследвания, както и като цяло за анализ на целия спектър от медицински изследвания, дори извън терапевтичния аспект. Така например, статистически модели се използват в биомедицинските изследвания, както и за да се осъществи комуникацията пациент-доставчик; за стратегиите и умения за решаване на проблеми и вземане на решения (както и свързаните с тях модели) от страна на пациента и на лекаря, преди всичко; и накрая, за наблюдение и количествено определяне на специфични епидемиологични мерки, като например честотата, скоростта на разпространението, риска и т.н. по отношение на причинно-следствената връзка. Сред най-известните теоретични анализи, използвани за оценка на доказателствата (или липсата на такива) за причинно-следствена връзка, моделът на Остин Брадфорд Хил, включващ поредица от съображения, известни също като критериите Брадфорд Хил, все още се счита за много полезна група от минимални условия, необходими за предоставянето на тези доказателства. Тук обобщаваме концепциите за анализ на Хил:

1) *Сила*: Тази концепция определя размера. И по-конкретно, наличието на слаба асоциация не означава, че причинно-следствена връзка не е налице. Въпреки това, колкото по-голяма е асоциацията, толкова по-вероятно е да причинно-следствена.

- 2) *Повтаряемост*: Повтарящите се находки, наблюдавани от различни лица на различни места и с различни проби засилват вероятността за следствие.
- 3) *Специфика*: Вероятно е налице причинно-следствена връзка, ако има много специфична популация на конкретно място и болест, които нямат друго вероятно обяснение. Колкото по-конкретна е асоциацията между даден фактор и резултат, толкова по-голяма е вероятността да има причинно-следствена връзка.
- 4) *Темпоралност*: Хронологическа концепция, според която определен резултат трябва да се получи, след свързана с него причина. Освен това, ако има очаквано забавяне между причината и очаквания резултат, тогава резултатът трябва да се прояви след това закъснение.
- 5) *Биологичен градиент*: По-голямата експозиция по принцип би трябвало да доведе до по-голяма честота на резултата, макар че в някои случаи самото присъствие на фактора може да предизвика резултата. В други случаи, се наблюдава обратно пропорционална зависимост: по-голямата експозиция води до по-ниска честота.
- 6) *Достоверност*: Ако има достоверен механизъм между причина и следствие, това е от полза.
- 7) *Връзка*: Наличието на връзка между епидемиологични и лабораторни изследвания увеличава вероятността за резултат.
- 8) *Експеримент*: "Понякога е възможно да се опрем на експериментални доказателства".
- 9) *Аналогия*: Резултатът от други фактори може да бъде взет предвид.

Хил отбелязва, че що се отнася до откриването на механизми, нашите текущи медицински способности зависят от своята *историчност*, а именно от размера на знанията, технически и теоретични, натрупани до определен момент. Освен това, Хил подкрепя силния анализ на доказателствата и свързаните понятия, нещо особено важно в областта на статистиката и епидемиологията. Други изследователи (виж Флеминг) са установили, че въпреки че лекарите и терапевтите по трудова медицина използват признаване, проверка на хипотезите и евристично търсене в клиничното си мислене, те използват тези стратегии по различен начин, особено когато става въпрос за линеен процес срещу редуваща се, непрекъсната проверка на състоянието на пациента. Всъщност, това е в основата и на пропозиционното мислене (в трудовата медицина) и на отворения диалог (за психотерапевтите). Следователно, налице е постоянно движение от прогноза към диагноза, или по-правилно формулирано, оценка, филтрирана през обратна информация от пациента в честотата на мисленето му. Освен това, лекарят има тенденция да следват стандартната медицинска процедура, като по този начин се фокусира върху статистическия анализ, например обобщаващия и дедуктивен характер на диагнозата и свързаната с нея терапия, независимо от субективната индивидуалност на пациента. Терапевтите в трудовата медицина проявяват тенденция да вземат под внимание полезните елементи (отново, по отношение на диагностиката и възможната терапевтична интервенция) от конкретната история, състояние, вид, възприятие и други фактори, влияещи върху живота на пациента. От тази гледна точка можем да твърдим, че на базата на направените изследвания, терапевтите по трудова медицина са склонни да имат по-всеобхватен, холистичен подход към медицината, подобно на това, което се случва в областта на

комплементарната и алтернативна терапии, както ще видим в глава пета. Същото важи и за връзката между евристичния и интуитивния подход, използвани от всеки практикуващ медицински специалист, но с известни разлики в подхода. Например, проучванията показват, че използването на статистически данни в подкрепа на терапевтичните интервенции варира на базата на посочените по-горе медицински гледни точки. Терапевтите със сигурност ценят, разбират и използват "твърдите данни", събрани от научни / медицински изследвания, но те ги използват като общ фон, в който отделният елемент (пациентът) играе най-голяма роля, вместо да бъде вариацията, изключението от правилото. Фактически, тези съображения са в основата на връзката между разнообразните изследователски традиции в клиничното мислене и философския фон на психологическите съображения в медицината, по-специално в хуманистичната и позитивна психология, както ще видим в следващата точка.

в) Медицина и психология: философски основания и научен метод

Тази подглава представя медицината и психологията като две области, които често се припокриват в научно-методологическо отношение, както и в по-широк смисъл, в усилията ни да разберем човешкостта и да осигурим възможно най-добрите грижи. Както казахме по-рано, философията е "твърдата скала", върху която тези две науки, изкуства и техники / технологии изграждат своята епистемология и практическо приложение. Най-общо казано, сред хуманистичните и позитивистки традиции откриваме основни гледни точки, свързани с психологическата перспектива, като например научната гледна точка на бихейвиоризма (както и на различните клонове на

съвременната поведенческа медицина); биологичната гледна точка, по-специално частта, отнасяща се до еволюционната биопсихология; познавателната перспектива на когнитивизма, ситуационното знание и когнитивната наука, социално-културната гледна точка, анализът на метода на елаборация и съпоставяне (експерт / новак), и метода на разсъждение, базиран на хипотезата (дедукция срещу индукция). По отношение на хуманистичната и позитивна психология, отбелязваме, че първата има тенденция да се ориентира спрямо психологическата традиция на екзистенциализма и феноменологията, както и към по-широки препратки към теологическия дебат и дори херменевтиката. Така източниците за хуманистичен подход могат да бъдат намерени например у Камю, Хусерл, Мерло-Понти, Сартр, докато позитивните психолози често се отнасят към класическата традиция (особено Аристотел) и хелинистичните, евдономистични теории, както и Киркегор, Ницше, и Тилих, като се започне от средновековната традиция на християнските философи, та чак до Стюарт Мил (особено по отношение на индуктивния подход и петте метода), Ръсел, Попър и Фром. Разбира се, основните ценности, споделяни от позитивната и хуманистичната психологии, които някои мислители разглеждат като свързани посредством концептуалната еволюция, или разделени от методологическите си фундаменти, са основополагащите концепции обсъждани обичайно в медицинската етика. Дебатът около капацитета за вземане на решения, способностите, възможностите, личната отговорност, личната свобода и свободната воля, самостоятелност и посредничество, детерминизъм и доброволност, все още са в центъра на съвременните медицински изследвания и трябва да бъдат винаги взети предвид от философията на медицината. Това е една от основните причини, поради които настоящият труд се фокусира върху психологическия

(и психиатричен) метод(и) и теоретичната основа, не в смисъл на джастификационен подход или от гледна точка на по-висока стойност в сравнение с други области на медицината, а защото трудностите, свързани с прогнозата, диагностиката, както и общите теоретични и терапевтични схващания, срещани в психологията и психиатрията, служат като монитор за всяко друго съображение, отнасящо се до човешката природа и свързаните опити да се осигурява здравето на човека. Един добър пример за полезно взаимодействие е биопсихосоциалния подход, проучен в различните подобласти на психологията на здравето и бихейвиористичната медицина. Освен принципа на близостта (а именно, че медицинската / клинична обратна връзка дава подобър отговор, когато се приложи веднага) и контингентния принцип, бихейвиоризмът допринесе в медицината и медицинското образование центърът на вниманието да се пренесе върху човешкото поведение от гледна точка на измерими резултати и предвидимост, включително непрекъснато прогресивно тестване. Силните страни на когнитивизма са свързани с разнообразни дисциплини, от класическа когнитивна психология и невропсихология, невронауките и когнитивните науки, та чак до неврофилософията (в този смисъл, като мост към еволюционната биопсихология), чрез добавяне на изследването на модели, структури и процеси, като например обработване на паметта и информацията, както и метапознанието. Освен това, психологическият дебат около когнитивните структури е теоретичен и философски по характер, имайки предвид, че се обсъждат структури, категории, прототипи, когнитивни / представителни концепции, семантични мрежи, скриптове и схеми. Както казахме по-рано, моделът базиран на хипотези заема от дедуктивно / индуктивния подход, и по-конкретно от дебата за процесите на мисленето и принципа на фалшифицируемост в

Попър, Бродли, Мил, Хюм, Хюъл, Елщайн и Медауар. Сравнителният и съпоставителен метод, от своя страна, произхожда от работата на Ладо във връзка с бихейвиористкия и структуралистки дебат, както и от културно-историческата психология на Виготски, чието наследство представлява много важен философски фундамент за нашето сравнение на процеси на мисленето в областта на медицината и психологията, особено във връзка (и противопоставяне) на феноменологичния подход. Виготски внимателно разглежда философската, структурална и методологическа криза в психологията, с помощта на диалектически-интегриран подход и опитът му да съчетае обективистки (натуралистични) елементи на научната психология с марксистката философска традиция, все още е полезен за философията на медицината. Твърдим, че е от полза, в смисъл, че ни помага първо да разберем и сравним механичните и холистични подходи, а след това да проучим дали може да се комбинират (освен добре познатото приложение в медицината чрез теорията на културно-историческата активност на консултацията пациент-доставчик).

Ние вярваме, че съчетанието на различни подходи е абсолютно задължително за терапевтична ефективност, особено в онези области на медицината, които изследват човешката природа отблизо. Въпреки това, тъй като говорим за хуманната медицина, няма област в медицината, която да не се влияе от коморбидността на причините, както и от множество манипулатори, от чисто биологичната сфера, през социалната и лична среда, до самите вярвания на отделния пациент, поради което решихме да проучим гледната точка на пациента по различни теми, включително чувството за себе си, както и чувството за смисъл и цел в живота. За да бъде по-конкретен, хуманистичната психология често е свързана с феноменологията, херменевтиката, конструктивизма,

постмодернизма, трансперсонализма и екзистенциализма и използва по-качествен подход в областта на изследванията, като се фокусира върху индивида, сингуларното, субективното и върху позиции, подобни на тези в наративната медицина. За разлика от хуманистичната, позитивната психология има тенденция към емпиричност, прагматичност и количествен характер, с голям обем изследователски проби и терапевтична насоченост към упражнения и предприемане на действия. Тук предлагаме комбинация от множество техники и методи, за да се разбере по-добре човешката природа, с крайната цел това да изиграе роля (независимо дали от гледна точка на доставчици, философи или, както често е случаят, и двете), за подобряване на лечебния процес. За да сме сигурни, ние не искаме просто да се комбинират всякакви случайни философски гледни точки като опора и основа за една или друга психологическа теория, а да изследваме тези елементи, които могат да се споделят от различните гледни точки и позиции. Този подход има за цел да възстанови връзката на философията с конкретната традиция (или набор от традиции), които Верен идентифицира като велико гръко-римско наследство, и по-специално хуманизма на Сократ, чак до епохата на Ренесанса и картезианската революция, която заедно с Лок и следователно комбинираща в неговата критична теория аналитичната / англосаксонска, и континенталната философии, е причина за премахване на сложността, мистерията и трансценденталните елементи от уравнението "гений-лудост", които са в центъра на нашата дискусия по отношение на възприятието на пациента в рамките на психиатричната / психологическа област на действие и тълкуване. Това е особено важно за разбирането на въздействието на транслираното тълкуване и възможната алтернативна познавателна методология (в самия смисъл на метод на познание), чрез

изкуството, митовете, поезията, реториката и красноречието като основа на този философски метод. Тези елементи трябва да служат не само като теоретична рамка за психологическото изследване на лечебния процес (което е и нашата цел), но най-общо като ръководство на човешкото действие, включително фронеzisа.

Да дадем няколко примера тук. Човешкото действие и решение са също основни понятия в анализа, предлаган от Гадамер, и по-специално в сравнението между (пасивното) равновесие дадено на нас, хората от природата (и постоянно контролирано, наблюдавано от самата природа) в сравнение с противоположното (активно) равновесие, което зависи изцяло от нашите действия. Да уточним, че болест е понятие, свързано с времето, в смисъл, че то е един миг (и импулс) на човешкия избор или решение. Когато хората чувстват, че те не отговарят на нуждите на ежедневието, възникнат здравословни проблеми и се получават заболявания. По този начин, здравето и болестта са философски (и по-конкретно феноменологични) концепции, и следователно трябва да бъдат анализирани под теоретичния визьор на медицинската философия. В действителност, здравето е явление, провидение, проява на (човешкото) съществуване, структурирано на философско равнище на социална, етична и морална отговорност към природата, човечеството и ценностите. Следователно, здраве означава разбиране и (самостоятелно) познаване на идентичността и ролята в живота, за разлика от болестта, или загубата на (част от) самоличността. Тук отново разследваме връзката между тези сфери на човешката дейност / взаимодействие и ефективност / неефективността на лечебния процес; една по-дълбока връзка между нивата на човешкото съществуване: от външна, феноменологична перспектива, към опита (като

по този начин свързани с времето и средата, особено в смисъла на *Erlebnis*) и към есенциална – както лична, така и социална гледна точка.

Глава 3

Между невронауката и феноменологията

1. Хегел, Мерло-Понти и естествената религия: къде сме сега?

Според Хегел, в различните явления има различни степени на реалност. Исторически погледнато, самото понятие се отнася до това, което Платон използва, за да разграничи темпоралните привидности от вечните *Noumena* в идеалния свят. За Хегел, явленията частично крият (както и привидностите) и частично разкриват истината за реалността (по този начин се отваря реалността на разум / дух) по определен начин. Разграничаването на материалните от психични явления, и фокусирането върху последните, е в основата и обхвата на тази феноменология, която е наистина едно проучване на привидностите, образите и илюзиите, филтрирани от и през призмата на историята и еволюцията на човешкото самосъзнание и съзнанието. Настоящият труд е анализ на диалектическия живот на духа, процеса на духовно израстване (т.е. развитие на ума), което е изградено върху теза, антитеза и синтеза. Следвайки примера на Хусерл и Хайдегер, и отчасти отдалечавайки се от техния анализ, включително от диалектичката концепция, бихме могли да проучим проблема с полезните елементи, предоставени от Феноменологията на възприятието на Мерло-Понти. Ако говорим за пациента като част от своята история (време) и материално (в смисъл на тук-и-сега, географско, контекстуално) пространство, чрез работата на Мерло-Понти разбираме как тялото-субект е също тяло-обект.

Следователно, ако имаме конкретна онтология на медицината, фокусираща се върху *тук* и *сега* на тялото на пациента, трябва да отбележим и някои дуалистични елементи на този анализ. Въпросната гледна точка съдържа отчасти критично отношение към декартовия дуализъм като решение на проблема ум-тяло и го заменя с "върховенството на възприятието" - диалектическа, интересубективна концепция за съзнанието, която обяснява как ние като пациенти, лекари, както и най-общо като човешки същества първо възприемаме света, а след това философстваме. За да сме сигурни, трябва да отбележим понятията «телесна интенционалност» и «мотивация», за да обясним централизираната гледна точка на «телесността», която в крайна сметка заявява, че ние възприемаме нашия свят чрез телата си, от перспективата на въплътеното съзнание, което се базира на съществуването.

Концептуалната сложност на понятието «мислене», ум, ни хвърля обратно в съвременните изследвания върху човешката душа, особено когато се сравняват физикалните позиции с теориите за безсмъртието. Например, Браун черпи вярването си за това кое би могло да се разглежда просто като материализъм, в смисъл, че няма нищо друго, освен физикалността на нашето аз, в това число (или замествайки го с) ума. Т.е., когато "ние" умираме, умираме напълно. Тези възгледи, споделяни и от някои привърженици на философията на ума, не водят задължително до редуktivна причинно-следствена връзка между мозъка и действието, но е ясно, че истинското ни "аз" има своите корени в нашите телесни характеристики, което според Браун обезсмисля концепцията за отделност на душата, която продължава и след физическата смърт. Въпреки това, авторът е готов да обясни, че това виждане не намалява неговата вяра в създателя Бог, който ще ни пресъздаде след нашата физическа смърт, "от нулата", макар и не в смисъл на *табула*

раса, а като цялостна нова, преродена, пресъздадена, реформирана-метаморфозирала наша версия. В действителност, позицията на Браун предоставя достатъчно прилики (и, за да бъдем честни, може би и толкова разлики) в сравнение с религиозния натурализъм на Щайнхарт, и по-конкретно, неговата защита на едно разработване на оригиналната християнска (както и по-лична, "дигитално и компютърно" транслирана) перспектива за възкресението, за разлика от прераждането. Можем ли да използваме тези категории на Хегелиански език? А какво да кажем за самосъзнание, съзнание, създаване? От гледна точка на "създадения свят", Хегел пише за "пробуждане" на човешкия дух, тъй като и философът-учен, т.е. наблюдателят, и наблюдаваното (възприеманият обект), са по същество Дух. След теорията на Кант за чистия разум, Хегел въвежда концепцията за "разумното самосъзнание" като има предвид представата на съзнанието за себе си, така виждайки себе си като обединяващ принцип, като едно всеобхващащо голямо цяло, в което разделението - многообразието - диверсификацията на субектите / обектите става едно, обгърнато от собствената си единичност. Това е стъпката в посока към науката, от логическа и теоретична гледна точка. В сравнение с безличния елемент от теорията на Кант, така възприет от Хегел, заради неговото описание на Аза, което няма личностност, авторът на «Феноменологията на духа» въвежда понятието *самосъзнание*. Човекът постепенно осъзнава силата на ума и идеите, от които възниква идеалистичното съзнание. Това съзнание носи поетична, творческа сила, способността да превръща всички идеи в реалност, в контраст с господството, подчинението и отстъплението от света на аскетичния, медитативен тип съзнание. Въпреки това, тази всеобхватност, специфична за идеалистичното съзнание, все още не включва всичко, изключвайки не-идеалната половина от реалността. За да се разреши този проблем, се ражда рационалното съзнание.

Ето как ние (,както и Хегел,) разбираме позицията на Шелинг за "Великия Друг", естествен елемент, който идеализмът трябва да признае. За да преодолеем този етап и да извисим този вид самосъзнание, трябва да стигнем до емпиричното съзнание, което осигурява не само по-добър инструмент за нашето разбиране на проблема, но и проектира концепцията за разум, "въплътен" (съгласно всички обсъдени по-горе позиции) в самия обект на нашия анализ, като по този начин се отрича, че разумът е в субекта, рефлектиращ върху света. Този тип знание е много близо до съвременното разбиране за емпиричната наука и нейната насоченост към наблюдаваните данни, използваща основани на доказателства методологии, експерименти, статистика и дисциплини като обществено здраве, епидемиология, биология и т.н. Така, самият живот се превръща в един от тези изследвани обекти, и по-специално, в обект на различни клонове на науката, от естествени до социалните науки. В същото време, Хегел оспорва категорично епистемологичния акцент на философската спекулативна мисъл, от Декарт до Кант. Слабото място на тези позиции е методологията. Авторът подчертава значението на установяване първо на характера и критериите на знанията, преди всъщност да се знае нещо. Причината за това може да се открие в безкрайния регрес, предлаган в един такъв философски метод, фундаментализъм, който според Хегел е противоречив и невъзможен. Именно поради това трябва да разгледаме действителното знание, както то се случва в реалните (човешки) процеси на познание, защото емпиричното съзнание търси абсолютна обективност и поради тази причина изучаването на субективния Аз може да се разглежда отвъд научните изследвания. И все пак, при тези процеси ние сме принудени да отворим нова перспектива за (само)съзнанието, което се движи между личен морал и квази-абсолютен дух, в смисъл на естествена (или дори "холистична") религия. Тъй като според Хегел нервните

структури в тялото ни може да се разглеждат като непосредствено присъствие на самосъзнанието, вместо като обикновен обект, етичното съзнание може да се съсредоточи върху концепцията за семейство, започвайки с непосредствения факт на семейството, без което Азът не съществува. Според Хегеловата теория, детето напуска дома си и често се омъжва/жени, при което мъже и жени, антитетично, се свързват в синтетичен съюз и произвеждат потомство за продължаване на семейството. Когато жената е в обхвата на Божествения закон, а мъжът на човешкия закон, синтезът е практическа етика, която се разширява, за да включи цялата общност. Едно семейство участва в социалната икономика, в която честността, пестеливостта и благонадеждността са високо ценени добродетели. Когато обектът пред съзнанието се определя така, съзнанието притежава разум. Съзнанието, както и самосъзнанието, е в себе си разум в неявен вид; но за съзнанието може да се каже, че има разум, чийто предмет има характер на категория. Въз основа на горното, обаче, трябва да разграничим знанието за това какво е разумът. Ето защо феноменологията се занимава с (тези) явления, които са наистина свързани с "живота на Духа", в съответствие с "двете движения" или етапи на тезата и антитезата. Диалектичното движение в основата на тази корелация, която също е корелация между *вътрешното* и *външното* (добре описани от Кожев, както от Верен в анализа им), е в основата на тази наука. Всъщност крайната цел на тази наука е да се покаже (пътя, методът към) абсолютното познание, което духът може да постигне като се освободи от собственото си отчуждение в корелацията / сравнението между обект и субект, чрез себerealизация. Този анализ е първата критика на Кантовото *разграничение на нещата в себе си и за себе си*. Както видяхме, това разграничение е основният проблем, препречващ пътя към абсолютното познание, което е също и познание за абсолютното. И накрая, през

Weg der Verzweiflung (пътят на "отчаянието"), в който съответно има два различни пътя, две възможности, разделяне, ние се преместваме към тази (нова форма на) самосъзнание, това съзнание, което може да приема различни форми, да наблюдава, това което приближава и да метаморфозира в различна форма, за да види себе си, *als Ende und Anfang* (в края и в началото).

2. Теоретично обосновано, емпирично подкрепено: проблемът мислене-мозък

а) Анализ на понятията

Тази подглава не е пълен, нито всеобхватен списък на всички възможни гледни точки и школи по отношение на проблема дух-тяло. Въпросът, обаче, пар екселанс, във философията на медицината, особено ако решим да се съсредоточи върху психиатрията и психологията (както в настоящия труд) е: каква е връзката между съзнанието и мозъка ни? До каква степен, ние като човешки същества, можем да се съотнасяме един към друг и към себе си и да разберем връзките между сферата на предсъзнателното, съзнателното и подсъзнателното, като се има предвид влиянието на нашата индивидуалност, нашия личен опит и възприятие? Трябва ли да се приложи същата хипотеза и за други живи същества? А какво да кажем за неживите неща? Бихме могли да последваме научния подход на лингвистиката, семантиката и етимологията и да се насочим към по-духовни, митологични, дори и метафизични обоснования. Например, можем да започнем от въпроса защо романските езици, както и английската дума (заета от романските) *animal* (животно) съдържа латинската дума за "душа"? Дали немският превод *Tier* е свързан със съответното германско езическо божество? Най-новите изследвания показват възможна

връзка със същата концепция, чрез реконструираното прото-индоевропейско *d^hewsóm*, чак до славянското *душа*. Интересно е, че думата за елен на английски – *deer*, е свързана със старонорвежкото *dýrr*, което от своя страна идентифицира понятия като "скъпи, ценни и благородни". Фокусирайки се за момент на английския език, много лесно и естествено е да се види общия корен в думи като *здраве, богатство, свят* и *цял*. Това наблюдение само по себе си може да осигури някои много полезни съвети при откриването на по-дълбоки значения и интерпретации за комбинацията *видимо-невидимо, съзнателно-подсъзнателно* и други подобни. И все пак, ако искаме да запазим научния подход, основан на емпирични доказателства (поне за тези първи стъпки в дискусиата), ние трябва да сме в състояние да приложим нашите констатации в една общокултурна и крос-лингвистична гледна точка. Освен това, в нашия анализ на връзката между съзнанието и подсъзнанието (и в смисъл на това, което може да се наблюдава и измерва) все още остава да отговорим на следния въпрос: "съзнанието е ли знание"? Можем ли да разчитаме на нашите връзки тяло-ум, на нашите емоции, усещания, спомени, за създаване на валиден екзегезис, чиста и абсолютна (също в теологичен смисъл) интерпретация на реалността? Тук сме изследвали подобни области от метафизичния анализ (ако позволите подобна дефиниция в този контекст) като определение / разграничение между душата и духа, Карма и Дхарма, Сингуларното и Индивидуума.

в) Предлагане на модел

Като пример за прилагането на този подход в нашия анализ, бихме могли да разгледаме връзката между тялото ни $y(i)$ и нашата душа $x(i)$ като права линия, в една

линейна диспозиция, където бета коефициенти играят ролята на *incognitae* (неизвестни), обхватът на нашите изследвания, плюс стандартна грешка или се идентифицират възможните модификации на ефекта, дължащ се на индивидуалното / лично въздействие върху процеса на отделното човешко същество. Би ли работил този модел наистина, ако всички наши предположения са правилни или трябва да се вземат под внимание други елементи или форми на реалността? В продължение на години съвременният западен свят изследва историята, използвайки този линеен модел, въпреки че сме били провокирани в нашите предположения, както от философска гледна точка, така и от научните теории, като например известните примери като модел на относителността или на струнната теория. Трябва ли тогава да използваме някаква крива в нашия модел, огъвайки линията, за да се вмести в концептуалното празно пространство или черна дупка в нашето рамкирано пространство? Ами ако можехме да опростим нашия модел, отчитайки огромното количество прави линии, всяка идентифицираща отделното човешко същество, група, култура или етническа принадлежност и "обобщим" нашия набор от данни в един линеен регресивен модел, а след това се съсредоточим само върху доверителните интервали?

Нашият модел би отразил някаква перфектна линия, с "облак" от допълнителни данни около нея. Има ли смисъл в това? Слабото място на този подход е липсата на сигурност и прецизност, особено (а може би и поради) приложението му спрямо човешки същества. Бихме могли да се опитаме да изследваме несъзнателната дейност със съвременните технологии на невролонауките, като ядрено-магнитен резонанс (ЯМР), или магнитно-резонансна томография (МРТ), или бихме могли да сравним данните, получени чрез тези методи, с информацията от въпросниците, предоставени на всяко лице в нашето

кохортно проучване и да търсим цифри, модели и схеми. Сравнението на физиологичната дейност и емоционалната, интелектуална и индивидуална система от убеждения представлява само част от уравнението (макар и много важна, както заявяваме тук), в този конкретен пример за проблема тяло-душа и съзнателно-подсъзнателно. За да бъдем по-конкретни, ние трябва да включим и трети термин, който е интерпретация на данните, както и четвърти, на средата (както физическа, така и духовна), в която е извършен експериментът / анализът. Освен това, има изследвания, сочещи, че интуицията (макар и възплътена в някои случаи) може да играе основна роля в правенето на хипотези и висшата математика, важна перспектива за медицинската наука (по-специално за генетиката, хомеостатичното регулиране и невронауките) и философията на медицината като цяло. Ако под "интуиция" разбираме форма на незабавни (някои твърдят, мигновени) знания, които могат да бъдат категоризирани като пред-, пара-, ултра-рационални (отново, може да се твърди, анти-рационални), следователно без рационален извод, ние трябва да продължим нашия анализ в етимологичната перспектива. Това означава, че глаголят *intueor* все още носи позоваване към действието на буквално "влизане с очите, погледа", ако под «поглед» сме готови да поставим една по-висока, по-дълбока форма на възприятие на знанието. Това може много добре да послужи като основа за прилагателното "холотропно", в смисъла, въведен от Гроф, или като обсъждана концепция в областта на изследванията на Янсен на преживявания близки до смъртта, на прераждането на Стивънсън и на Пенроуз-Хамероф в областта на съзнанието. В действителност, както ще видим, основният проблем в решаването на тези въпроси е преди всичко от философски характер. Следователно, всяка изчерпателна дискусия върху необикновените състояния на съзнанието в областта на медицината, особено в неврологията / невролонауките и

анестезиологията, трябва да започне от философията. Неврологично-редукционистката позиция не изглежда да е правилният път към разбирането на проблемите на връзката мислене-мозък и човешко съзнание, както ще обсъдим в следващите глави.

Колинс, например, извежда точно от работата си върху проекта за човешкия геном интересни разсъждения за: а) човешката природа, б) за божествения произход на еволюцията, генетичната (под) структура на сътворението (включително на нас, хората), и в) моралното право, както е възприето от нас, хората и алтруизма. Друг пример е широкото използване на термина "просветлен разум", който ни дава да разберем колко комплексен е този проблем. Дали тази форма на "просветление", на емпирична, наблюдавана, основана на доказателства, рационална (може би оксиморон в този контекст, особено след като очакваме рационалността да е заложена, а може би и да се намира в нашия мозък) "нирвана" представлява "доказателство"? Научаваме ли повече за нашето поведение, възприятие и ценности? Сател и Лилиенфелд, опровергавайки позицията на Харис, твърдят, че невронауките са много полезни при решаването и намирането на отговорите (от научна гледна точка) на въпроса за нервните процеси при вземане на морални решения, но с това не се набляга на етичните аспекти на тези решения. Предвид тези позиции, бихме могли да заключим, че в процеса на "просветление" на мозъка, ние се опитваме да хвърлим повече светлина върху самата връзка между цялата поредица от концепции ум-мозък-тяло-душа-дух; в смисъл, че, от чисто логическа гледна точка, както и за един правилен теоретичен анализ на нашия научен метод в тази област на медицината, не можем просто да избегнем измеренията, различни от физически очевидните. Проблемът дух-тяло, както и фокусирането върху вплътеното познание може да бъде още по-добре разбран, а дори и частично решен, ако осъзнаем, че западната медицина, в

частност психиатрията и психологията, е не само етноцентрична (както обсъждахме по-рано), но също така е "когницентрична" или "прагмацентрична". Всъщност, от западна и обоснована на доказателства научна гледна точка, психиатрията не прави разлика между налудности, халюцинации, нерационална идеация и т.н., и мистични преживявания, духовно "призвание" и други необичайни състояния на съзнанието. В този смисъл, лечителят, терапевтът е този, който наистина "присъства и съдейства в процеса на оздравяване".

с) **Обяснение на целта**

Крайната цел и тук е анализът на възможното съчетание на доказателствената медицина и медицината, ориентирана към пациентите, в която човешкото същество (както доставчикът, така и пациентът) е носител на важни знания и тълкувателни елементи в дискусиата. Ето защо изследваме евентуалното съществуване (и свързаните нива, в количествен и качествен смисъл) на корелации между (себе-) възприятие и (себе) разбиране и усещането за смисъл и цел [собствено, както и на своя живот], особено след като има важни онтологични съображения във всеки анализ на смисъла. Както казахме по-рано, както здравето, така и болестта са свързани с многослойна структура на означаващи и участници в човешкия живот и искаме да се проучи възможността за многослойна система от различни / разнообразни начини / пътища за достигане на състояние на вътрешно / външно равновесие, чувство за принадлежност, за пълнота, изчерпателност на доволство, на свързаност и подобни. Разбира се, бихме искали да разберем и до каква степен можем да изведем общи идеи за абсолютни и универсални ценности (система от

тях), срещу конкретния индивидуален и субективен модел на действие и взаимодействие. Тъй като нашето проучване е както качествено, така и количествено, трябва да бъдем много внимателни при предоставянето на солидни данни в подкрепа на нашите тези. Разбира се, както говорихме в предишните глави, все още има някои неизвестни, може би непознаваеми параметри за анализ в търсенето на окончателен отговор на въпроса за човешката природа. Въпреки това, ние вярваме, че можем да постигнем увеличение на терапевтичния успех, като следваме зряла (разработена, усъвършенствана) комбинация от:

- a) внимателен теоретико-философски анализ на когнитивните процеси, клинична / медицинска обосновка, диагностика / прогноза, научен метод, основана на доказателства изследователска дейност, терапевтична интервенция и взаимодействие / комуникация пациент-доставчик;
- b) поредица от множество философски позиции и подходи, включително онтологични, епистемологично-теоретични, феноменологични, херменевтични, и диалектически (не само в Платоновата / Сократовата и Хегеловата методология, но и в приложно-психологическия смисъл на когнитивна поведенческа терапия, диалектическа поведенческа терапия и рационално-емотивна поведенческа терапия, както и повечето метафизични съображения; и
- c) сравнителен анализ на различни научни перспективи и (статистически, епидемиологични, лабораторни тестови) методи: Двойно-сляпото, рандомизирано проучване е "най-добрият избор в един идеален свят". Въпреки това, поради самото естество на това проучване и крайните цели на нашия анализ, този "златен стандарт" не е напълно възможен, или, по-точно казано, не е достатъчен. За да сме сигурни, тъй като

нашата цел е различна или по-дълбока от това, което се смята за "валидно" от гледна точка на медицинската наука / изкуство / техника-технология, ние искаме да се включи в дискусиата едно друго сравнение, а именно: 1) доказателствената медицина срещу 2) доказателствено-информираната медицина срещу 3) ориентираната към пациентите медицина, по-специално от гледна точка на *Erfahrung* срещу *Erlebnis*.

Решихме да проведем емпирични изследвания, макар и фокусирани върху по-смислена конкретна цел, според самото естество на изследването, за да се отвори по-широк поглед върху тези въпроси, осъзнавайки, че ограничаването на нашата дискусия до един конкретен метод също ще даде отражение, от гледна точка на ограничение философската валидност на нашите резултати. Всъщност, можем да направим заключения от *sensus communis* на Гадамер, посредством включването на безкрайно разнообразие от обстоятелства. Нещо повече, естетиката, която е перцептивна и проприоцептивна, съзнанието и представителството са от съществено значение при анализа на стойността и въздействието на субективните и обективни аспекти върху възможното обобщение на събраните данни и разглежданите явления, по-специално поради естеството на нашето проучване, което в крайна сметка е съсредоточено върху пациентите, тъй като въпросите са директно зададени, макар и под анонимна форма, без проследима информация в контекста на това проучване.

Глава 4

Пациентът в центъра на лечението

1. Комуникация, възприятие и себевъзприятие на пациента

Научните изследвания показват, че пациентите, независимо от тяхното ниво на образование, често се чувстват застрашени, когато общуват с лекуващия си лекар, особено поради страха от потенциални бъдещи негативни последици в грижите за тях в резултат на разногласията. Липсата на подходяща комуникация и недоразуменията допринасят за възникването на проблеми, които засягат целия спектър от грижи за пациента. Палиативните грижи и предварителното планиране на грижите представляват един много добър пример и плодородна почва за изследване на ролята на лекарите в предаването на медицинска информация. В тази глава се обсъжда широка гама от изследвания и мета-анализи. Подходящите модели на взаимоотношения пациент-лекар винаги се люшкат между два противоположни полюса, а именно, благополучие и автономност, които заедно със забраната да се вреди и справедливостта представляват основните принципи на биомедицинската етика. Всъщност, ние трябва да проучим способността на пациента да разбере дадена информация, като се уверим, че сме разграничили тези способности (включително доброволността и способността за вземане на решения) и капацитета. Разбира се, за да направим това, трябва да се уверим, че разбираме връзката между понятия като самостоятелност, щастие и морал, особено от философска гледна точка. Ако направим теоретично сравнение между (например) Аристотел и Кант, моралът не е

всъщност учението за това как можем да направим себе си щастливи, а как можем да направим себе си достойни за щастие. Тук себевъзприемането на пациентите играе главна роля, особено когато включим стоическата гледна точка за крайната цел на живота, а именно пълно щастие, постигнато чрез живот изживян според етични и рационални принципи, включително самоанализ, себевъзприемане и вътрешни и външни добродетели. Това себевъзприемане е пряко свързано със съотношението между способността на пациента за автономност и капацитета му за автономия. В рамките на способността за автономия трябва да се изброят способността на лицето (в този случай, на пациента) да изрази и / или да вземе свои собствени решения, основани на лични (индивидуални), избрани (макар и в рамките на определена културна рамка) принципи, ценности и цели. Именно това наричаме съответна способност, в сравнение с условната форма на способността, която е просто спазване на заключенията и решенията, а следователно и договор (който трябва да се вземе предвид в процеса, както е в доброволното съгласие), като този между пациент и доставчик на първичната помощ. Освен това, тази способност за автономия има качествен компонент и представлява доброволност. От друга страна, капацитетът за автономия е количествен по същество и трябва да следва четирите основни елемента на информирано съгласие: разбиране и общуване; оценка на и за решението; преценка през призмата на риска, ползите и алтернативата; и избор, направен без принуда или злоупотреба с влияние. Така възприятието на пациента и доставчика определя автономността и способността да се намерят начини за подобряване споделеното вземане на решения, особено когато става дума за важни медицински проблеми, като дискусия за края на живота. Възприятието на пациента на клинична информация, което е необходимо за вземане на самостоятелни и свързани с медицинските грижи решения, се подкрепя от

комбинацията от четири различни и все пак взаимно свързани области: медицински показания, индивидуални предпочитания, качество на живот, както и контекстуални условия. Според Йонсен, Зиглер, и Уинслейд, медицинските показания са съсредоточени върху: диагностика, прогноза, медицинска история, ниво на проблема (остър, хроничен, критичен, възникващ, обратим), цели и възможности за лечение, вероятност за успех, общи грижи и бъдещи / алтернативни планове в случай на терапевтичен неуспех. В рамките на индивидуалните предпочитания идентифицираме проблемите, свързани с компетентното вземане на решения по отношение на капацитета / липсата на капацитет и способността / неспособността, информираното съгласие, променената преценка, сурогатни отношения и най-добрия интерес. Във връзка с качеството на живот задаваме въпроси, свързани с медицинските и клинични области, както и екзистенциалните и свързани със значението перспективи, сравнявайки статуквото с миналата и бъдеща (хипотетична, обсъждана, планирана) клинична и житейска ситуация. И накрая, по отношение на контекстуалните характеристики, разглеждаме финансовите, правни, социални и религиозни аспекти на грижите.

От историческа гледна точка, културната и концептуална промяна във възгледите на човека и връзката му със света през XV и XVI век, довеждат до инструментална рационализация на обществото; употреба на средства до край. Този подход съществува фактически още преди европейския Ренесанс, например в спецификата на римското право. Трябва да се вземе под внимание спецификата на философските изследвания от двете перспективи - аналитична и континентална. Основната разлика между двете позиции е, че аналитичната философия е по-скоро базирана на логически анализ, научен и рационален и се занимава с изследване на детайлите, а континенталната философия разглежда повечето

от основните концепции в тяхната цялост и междуличностен компонент и е по-скептична относно способностите на когнитивната наука. Освен това, независимо дали вземаме предвид статута на "социалните науки" - в чисто епистемологичен смисъл - както "се изисква" и "е в обхвата на" този анализ на Аза, ние все пак трябва да намерим решение на това, което Антъни Гидънс нарича "двойна херменевтика". Трябва да разберем особеностите на естествените и обществените науки, които според Гидънс са ясно различни. В областта на естествените науки, разбирането е съсредоточено върху структурата на естествения свят като обект (единична херменевтика). За разлика от естествените науки, социалните науки изучават хората и обществото, които представляват както изучаващият субект, така и изследваният обект. Въз основа на тази гледна точка, има една много важна разлика между субект и обект. Подобен анализ на Ницше се фокусира върху самото разделение между човек и свят, което според него е впечатляваща диагноза на арогантните позиции на хуманизма. Ницше отхвърля идеята за някаква обективна реалност, която просто ни се представя и заявява, че нашето възприятие на тази реалност е фундаментално оформено от културата, по-специално чрез езика. За Ницше, западната метафизичната традиция се ангажирана в изтънчени, но празни опити да изкриви реалността до такава степен, че вярата във всяка рационална мисъл, която се ръководи от принципа на причинно-следствената връзка и може да разбере концепцията на "съществуването", е илюзия. Хегел предлага да се вземат под внимание особеностите на културата и езика в изучаването на Аза, който е по-добре изразен чрез *Volksgeist* (народен дух). В този смисъл, става ясно, че Хегел и Хердер са скептични по отношение на идеите на Просвещението за универсална човешка природа. Ако човешкото Аз и човешкото съществуване са дълбоко свързани, и ако Азът не е универсален, какво можем

да кажем за индивида? Дали индивидът е наистина неделим или има няколко части на Аза (няколко Аза?), които допринасят за представата, която човек има за себе си или която другите имат за него? Според Сартр, "човек не е нищо друго, освен това, което прави от себе си"; но "абсолютната истина е непосредственото усещане за своето Аз", което от своя страна е същото като "чувството на другите за тяхното Аз", особено след като аз не мога да стигна до някаква истина за себе си, освен чрез посредничеството на другите. Ако тези предположения са верни, как можем да обективизираме себе си и да станем забележимо, мислецо "нещо"? Извън етимологичните спекулации относно близостта между тези две понятия, можем да си припомним принципите на Томас от Ерфурт, който заявява, че между мисълта и нещото се простира бездна от различност, по-добре изразена като "хетерогенност", но ние намираме и хомогенност, или обща почва. Означава ли това, че можем направим мост между себе си и мисълта, представата, *идеята*, която имаме за себе си? Според Томас от Ерфурт, този мост се нарича "аналогия". Къде е връзката, ако може да се намери такава, между представения аналитичен метод и практиката на философите от континенталните школи? Разбира се, Хусерл вече прави разлика между акта на намерението, *Noesis* и съдържанието на намерението, или *ноета*. Виждаме как неговата позиция все още напомня тезите, изброени по-горе, както и феноменологичното разграничение между *prima intentio* и *second intentio* на Дънс Скот. Следователно, за една и съща личност ли говорим, извършваща този процес, или говорим за нещо или някой друг? Според Хайдегер, ако подходим към даден "субект", за да открием какво представлява този субект, или ако искаме да разберем неговото *Seinsinn* (*смисъл на съществуване*), ние трябва първо вникнем във *Vollzugssinn* (*смисъл на себеосъществуването*), от който може да изведем неговото съществуване-значение.

Следователно, ако Хайдегер и онтологичната херменевтика са оставили отпечатък върху екзистенциализма, особено върху творбите на Жан-Пол Сартр, идеите на Хайдегер продължават да са извор на препратки за постструктурализма, деконструкцията и постмодернизма; както и връзка с философската херменевтика на Гадамер и Дерида. По-конкретно, в позоваването на историческото въздействие върху анализа и възприятието на Аза, позицията на Хайдегер е подобна на тази на Хегел и се разбира по-ясно в неговите идеи за Просвещението. Тази гледна точка се споделя от Гадамер, който говори за грешката на "предразсъдъците срещу предразсъдъците" на Просвещението или "отказа да се признае значението на собственото ни поставяне в една традиция, която, на някакво ниво вече разбираме". Така виждаме как конкретният, контекстуален, личен, индивидуален елемент играе отново важна роля в нашия анализ, и конкретният филтър и възприемането на реалността подчертава "история на въздействието" или *Wirkungsgeschichte*, която е в основата на всяко потенциално "сливане на хоризонти", което се надяваме да постигнем. Така че, как можем да направим разлика между пристрастия и предразсъдъци? Според Гадамер, концепцията за предразсъдък е тясно свързана с понятието за власт/авторитет и все пак, начинът, по който оперира нашият предразсъдък е свързан с обхвата и фокуса на нашия анализ. В този смисъл, и в отговор на обвинението в "субективизъм", Гадамер посочва, че "истинското ми притеснение беше и си остава философско: не това, което правим, или това, което трябва да правим, а това, което се случва с нас над и извън нашето искане и правене". Философията трябва да е освободена от всякакви презумпции; постулат, изразен най-добре във възприятието и ролята на съвременната епистемология: "съдържанието на съзнанието представлява единственото ни сигурно знание". Със сигурност можем да използваме тази гледна точка

за субект-обекта на нашия анализ, а именно "Азът", и да разберем как всички тези съображения създават една много широка картина на понятието. Поглед върху самото определение за реалност и нашето възприятие за нея може да се получи от мисълта на Кант, според която можем да имаме само познания за света на явленията, според това как нещата ни се явяват. Ние всъщност не знаем дали нашето възприятие създава просто един образ на тези неща – включително и на нас самите - или наистина сме в състояние да "знаем" какво представляват нещата в "себе си". В този смисъл, самото езиково разграничение между подобие и илюзия създава плодородна почва за по-нататъшно обсъждане. Германският *Apparenz* в този смисъл е просто заемка от латински, докато *Schein* е илюзията, която също носи светлина, следователно е просветена визия, знания. По този начин, дори *Erscheinungen* свидетелстват не само за присъствието на нашето Аз в този свят, но и за стойността и специфичните (индивидуални, конкретни) характеристики на нашето същество. Разбира се, идеята за стойност може да бъде доста проблематична, особено от философска гледна точка на (себе-) възприятието. Според Парсънс, има четири основни (фундаментални, структурни) променливи, които съставляват картата на социално признатите ценности в съвременната култура; по-конкретно, Парсънс дефинира *действието* като формирано от ценности (културна перспектива), норми (социална перспектива), мотивация (с произход от личността) и енергия (като произведена от организма). Освен това, той определя основната концепция за отделния акт *Unit Act*, включващ действащото лице / агента (в нашия случай, пациент, лекар, или лице, в най-общия смисъл) мотивиран към действие; край (фокус, цел, мисия, обхват), към който е насочено споменатото действие, за да се постигне тази цел; конкретна ситуация, в която това действие се извършва; и най-накрая норми и ценности, които оформят избора на

средства до край. Според Крукхолм, ценностите притежават три измерения; афективно, когнитивно и селективно. В тази връзка, разсъжденията на Панини относно разликите между *Verstehen* (разбирам) и *Erklären* (изяснявам си) в противоположните традиции в медицината ни довеждат до проблематичната класификация (вече преодолена и безполезна според автора) на Галилеевата и / срещу Аристотеловата (и платоническа) традиция. Приносът на експерименталната невронаука, както и теоретичният дебат на модерната неврофилософия са в този смисъл основните фактори за по-доброто разбиране на проблема.

2. В търсене на смисъла

а) Човешко, твърде човешко

До каква степен можем да се дефинираме като (човешки) същества, на база на взаимно опознаване, производно на предишно (априори?) доверие и валидиране на преценките и външния вид на другите? Тук преминаваме към анализ на условията на мислене и съществуване; към социалните, културните и исторически перспективи, в които концепцията за човешко същество, неговото значение и себевъзприемане, са в този смисъл оформени от действието; неговото собствено, както и колективното (в екзистенциалната позиция), и са създадени или редактирани от обстоятелствата на външни или вътрешни фактори, като например психически или органични фактори или от действието на околната среда върху лицето (например от гледна точка на Зола). Най-новите научни изследвания в областта на психологията на развитието изглежда потвърждават връзката

между човешките (и, в по-широк смисъл, животинските) усещания и възприемането на заобикалящата среда, независимо дали вземаме предвид чисто физическата или социална среда. Хердер следва Хайдегер (и от тази гледна точка, също Хегел) при свързването на това, което казахме по-горе, с размишленията за езика и разума. В този смисъл, човек може да се отнася към света чрез езика (което го прави това, което е) и да канализира усещането си в обективизация на света около себе си, което води до саморефлексия.

Екзистенциализмът критикува материализма и чрез концепцията за човешкото царство като модел на ценности, за разлика от материалния свят. Ако няма такова нещо като човешка природа, както твърди Сартр, но има *състояние* и това състояние е универсално в епистемологичен смисъл, то ние трябва да изследваме и евентуално да предефинираме или да подложим на оспорване екзистенциалистките позиции. Освен това, тъй като говорим за медицинска философия, трябва да сме наясно с факта, че в психиатричните оценки, чувството за смисъл и цел в живота е строго свързано с това, което определяме като "положителен афект" и "пълен афект". По-конкретно, съществува взаимна връзка (ще обсъдим евентуалната връзка причина-следствие) между понятията. Разбира се, позитивното настроение като цяло се отнася до различни нива на чувството на щастие, чувството да си весел, доволен и дори удовлетворен. Освен това, има разлика между настроението и афекта (като се започне от традиционния възглед на Хипократ), но като цяло проучванията сочат, че смисълът в живота, или по-точно, вярата в него и / или усещането за съществуването на такъв смисъл, е в постоянна позитивна корелация с положителния афект. В потвърждение на тази теза, има много изследвания, които показват много силна зависимост между щастие и добро здраве, както в рамките на общностите, така и у отделните индивиди. Също така, доброто психично здраве забавя

влошаването на физическото здраве. Освен това, както отбелязват Хайнцелман и Кинг, индуцираното позитивно настроение води до по-голям смисъл в живота и дори по-дребни преживявания, които повишават положителния афект, като слушане на определена музика или четене на определена литература, могат да насърчат усещането за смисъл в живота. Изследването на Стивънсън на когнитивното използване на езика също се обсъжда в тази част на нашия труд. По-конкретно, първият анализ на модели се фокусира върху двете части на етичното заявление, това на говорителя (заявяването на отношението на говорещия) и императивът да бъде последвано по огледален начин; да се имитира, копира, отрази. От чисто антропологична гледна точка, особено в перспективата на *интерсубективността* на антропологията на междуличностните отношения, ние си задаваме въпроса: ако има различен слушател (или група от слушатели), ще се промени ли системата от ценности (и най-важното, оценката) на говорителя? Този въпрос със сигурност поражда цял нов и широк набор от съображения, по-специално относно значението и тежестта на диахронните перспективи. Освен това, ние трябва да анализираме възможността за практическо прилагане на теориите и методите близки до и извън областта на философската спекулативна мисъл. Бринтън, например, използва еволюционната теория в анализа си на индиански езици, за да докаже непълноценността на тяхната култура на базата на широко разпространената непоследователност на гласните. Франц Боас разкритикува тази позиция и така прави важен принос не само в антропологията, но и в лингвистиката. Пристрастията на етнографа, емоционалните фактори, както и онтологичните предположения (анализирани също и от Джаксън) са изследвани в трудовете на Боас. В този смисъл можем да кажем, че германско-американският антрополог прави преход от чисто антропологична лингвистика към

анализ на възприятието, следователно навлиза в областта на когнитивната психология и психологията на развитието. Това очевидно е от решаващо значение в нашия анализ на себевъзприемането и присъствието на човешките същества в света. В частност, дескриптивната лингвистика се фокусира върху начина, по който се отнасяме към тези външни фактори и ги правим свои собствени. Кантовата позиция ни учи, че всички наши преживявания са филтрирани през човешкия ум и неговото възприемане на универсалните структури, в съответствие с концепциите на времето и пространството, дадени *априори*. Затова ние като човешки същества не сме способни на пряко и непосредствено познание. Хердер взема тази гледна точка и посочва, че същите тези преживявания може да се медираат от конкретни национални и културни структури. Вилхелм фон Хумболт се опитва да преодолее пропастта между Кант и идеите на Хердер, а Уилям Греъм Съмър обобщава въздействието на културата на индивида (и ограниченията - тези външни фактори, дължащи се на околната среда, анализирани и в екзистенциалните позиции) върху възприятията на принципа на западния етноцентризъм. Изследването на човешката природа и човешката ситуация, което води до дефиницията на философската антропология като специфична област на философията в трудовете на Шелер, Плеснер и Гелен, е основата на нашия анализ. Тъй като видяхме как човекът е продукт на своята социална, културна, етническа, географска, външна среда, както и създател на собственото си възприятие и ценности, можем да анализираме нашето уравнение от две отделни, но също и взаимно повлияни перспективи. Според първата, човекът обективизира света около себе си и в себе си. Втората, която е изследвана и в концепцията за "контрол" на Джаксън, твърди, че човешките същества антропоморфизират неодушевените предмети около себе си, за да влязат в междуличностни отношения с тях. Този процес има различни

възможни интерпретации. Човекът потенциално може да се опитва да заличи, или поне да намали разстоянието между себе си и обектите, както и между себе си и това, което възприема като "аз", между две или повече части от Аза. Или, според Джаксън, човек може би използва този процес, за да се чувства така, сякаш има контрол върху ситуациите или неодушевените предмети; и този възглед може да ни отведе и в по-специфични области на езикознанието и философията на невронауката. Бихме могли например да се запитаме как ние като човешки същества и част от определена култура, етнически произход или дори традиция, определяме и разбираме разликата между предметите, особено в областта на органичната и биологичната сфера, например отношението ни към животните, растенията и не-антропичната дейност и елементи на околната среда, като езера, реки или планини, в предаването на имена и определения на тях.

b) Експериментална философия

Както дискутирахме по-горе, крайната цел на това изследване е да се инициира дискусиата и да се генерират нови въпроси, да се извлече информация от изследваните данни, както и от процеса на мислене, и по-специално отношението пациент-доставчик, научния подход и екзистенциалните съображения в основата на възприятието на пациента в диагностиката и лечението. Преди всичко, решението за включване на емпирично проучване в един философски анализ може да създаде някои недоразумения, може би дори чувство на разочарование или скептично недоверие в това, което трябва да се счита за "истинска философия" в сравнение с научните области на проучвания в реална обстановка. Въпреки това, всеки честен дебат по въпросите на медицинската философия

се нуждае, по наше мнение, от подробно проучване на възможните нови методологически комбинации и от реалистична и практическа информираност за цялата историческа парадигма и най-актуалните изследвания, както в емпиричната наука, така и във философията. Фактически, самата област на експерименталната философия се заражда в научния дебат около естествената философия в началото на 2000 г., като се фокусира по-специално в някои области от медицинските изследвания, най-вече върху психологията и психиатрията. Разбира се, има сериозни доказателства за особено влияние от страна на аналитичните философи в тези усилия, но самата сърцевина на философския дебат надхвърля (и в някои случаи е в противовес на) чисто аналитичната гледна точка. Същност, в центъра на експерименталната философия е просто използването на емпирични данни. Някои твърдят, че самото използване на емпиричен подход е в разрез с "чистата" философска методология, тъй като се разчита основно на априористична обосновка. Въпреки че традиционното разделение между аналитичната и континентална философия изглежда е в подкрепа на това твърдение, може да заявим, че позициите на диалектиката (Хегел със сигурност, но не само той), както и на постмодерната литература, не се отказват непременно от използването на емпирични данни. Данните, за които става дума, са събрани чрез проучвания и въпросници, т.е. с философски въпроси и с произход и насоченост към самата същност на човека, тъй като в основата на нашия анализ е възприятието на пациента. Освен това, самият произход на емпиричния метод във философията като комбинация от "класическа" философия и експерименталната точност на социалните науки, е свързан с психологическите изследвания. Знаем, че голяма част от класическата и съвременната психология все още се базира на когнитивната перспектива за критичното мислене, особено под формата на т.нар. Сократов метод, "истинска"

философска форма за проучване. В опита си да защитим едната страна, стояща в единия край на изследвания спектър, срещу другата, рискуваме да пропуснем възможността да се разбере "пациента в центъра на лечението" с неговата сложност, мистерия, и многопластова феноменология на възможна интерпретация.

Целта на това проучване е да се комбинират емпиричните резултати и теоретични подходи, създадени в научен и философски анализ и да се преразгледат в по-конкретно ориентирана към медицината среда, за да се осигури по-стабилна и ефективна подкрепа за диагностиката и лечението. Специално внимание се обръща на тези сфери на медицински и научни анализи, които все още са трудни от гледна точка на клиничното разбиране, а именно психология и психиатрия. Искаме да започнем епистемологическата дискусия относно приложението на термина "наука" в рамките на философското разбиране на смисъла на живота, а така става ясно и че не само събраните данни са повлияни от колебанията в отговора на пациента, на лицето, но и че тези колебания са самата основа, върху която трябва да се съсредоточим при проучването.

с) Огледалце, огледалце

Връзките между гените и околната среда са от фундаментално значение в опита да разгледаме поведението, свързано с неврогенетичната база, особено в психиатрията и психологията. Всъщност, комбинацията от изследвания на учени психолози и психиатрични генетици показва, че както генетичните, така и факторите на средата (включително образование и подкрепа) допринасят за психичните разстройства. Изследванията също показват, че все още предстои да се открие единният ген или

генетичен вариант, свързан с конкретно душевно разстройство, и че най-вероятно, всяко такова разстройство е повлияно от хиляди генетични варианти. Освен това, тези варианти често се срещат извън протеин-кодиращите човешки гени. Механизмът на генетичното влияние върху психичното здраве и общото поведение все още е много неясен и може да бъде пряк или косвен (особено в продукта на тези променливи, в случай на епистазис), както и интерактивен. Медицинското / научното разбиране на локуси на риска от психични разстройства е доста проблематично от гледна точка на взаимодействие ген-ген и ген-среда. В действителност, анализът след геномните асоциативни проучвания (GWAS) трябва да вземе предвид важни фактори като непосредствени данни (резултати / изход), тълкуването на тези данни, полигенизъм, ефекти зловредното близкородствено кръстосване / плейотропията, редки варианти, липсваща и фантомна наследственост и епигенетиката. Установяването на значението на заобикалящата среда, особено в човешкото поведенческо действие-противодействие излиза извън поетичната и естетична дискусия, въпреки че тези аспекти са тясно свързани с нашия анализ; това е чисто научно откритие, което позволява да се хвърли светлина на поетичното (този път, от гледна точка на креативни, метаморфозиращи / формиращи) аспекти на съчувствие / емпатия в нашия философски анализ. Така, огромните предизвикателства, с които се сблъсква науката при определянето на произхода на човешкото поведение, със сигурност си струват усилията, особено след открития като огледалните неврони и неврогенезата, които отвориха нови перспективи за взаимодействията ген-среда, включително нашата (човешка) способност да влияе и да бъде повлиявана от житейския ни опит. Дори бихме могли да твърдим, че великолепните аспекти на научните изследвания на взаимодействието между гените и вътрешна-външна среда са измежду най-важните части на медицинската философия, тъй

като са тясно свързани с прякото ни разбиране за това какво означава да бъдеш човек в лечебния процес, по-специално чрез разбирането, че нашето взаимодействие, тоест възприемане на света в нас и около нас има пряк ефект върху това как се чувстваме физически, умствено, емоционално и духовно.

Глава 5

Комплементарна, алтернативна и традиционна медицина

1. Поправям се, искам да доставя удоволствие; ще се поправя, ще доставя удоволствие

В центъра на тази глава е анализът на плацебо / ноцебо ефекта и свързаното значение във връзка с валидността и приложимостта на твърдения на привържениците на интегративната медицина. Епистемологията и концептуалното описание на условията се предоставят, за да се осигури солидна основа за по-нататъшно обсъждане в социалната и етична сфери. Областите на медицинската невронаука и здравната психология и конкретно на биопсихосоциалния подход, изобилстват от научни изследвания, които показват голямото значение на един по-всеобхватен анализ на тези взаимодействия, особено на неврологично ниво и с медицинско значение в областта на психоневроимунологията. Например, знаем, че емпатията, не само в перспективата на отношението пациент-доставчик, но и в по-общ и универсален (социален) смисъл, предизвиква отделянето на два важни неврохимикала, допамин и серотонин, свързани с емоционалния център на мозъка, който от своя страна е свързан със зоната на награда на мозъка. В следващите глави ще видим как това "чувство" на свързаност, особено от гледна точка на центъра на допаминергичната награда, може да се задейства / стимулира с фармакологична интервенция, въпреки че това не обяснява напълно гореспоменатата сложност на тези взаимодействия, със сигурност не и по-фините, но налични и очевидни,

результати от така наречения "механизъм за реагиране на плацебо", истински концептуален оксиморон който философията на медицината се опитва да пререструктурира и да преформулира на теоретично ниво, чрез по-нататъшно анализиране на наличните научни данни. За да сме сигурни, трябва да сме наясно, че самото използване на термин като "плацебо" е логико-концептуална заблуда, зле прикрито сциентистко бягство от все още неразбрания (в обектива на модерната западна медицинска наука) подлежащ механизъм на изцеление, философски свързан с небезизвестните *Vis medicatrix Naturae* на натуропатичната медицина. Не оспорваме факта, че основаните на доказателства изследвания трябва да се съсредоточат върху наблюдаеми данни, тъй като това е самото естество на този вид изследвания. Въпреки това, ако целта ни е да разберем човешките същества и какво означава да бъдеш човек, което е част от сърцевината на това проучване, ние трябва да разберем, че тази методология, колкото и прецизна, точна и адаптивна да е, не е достатъчна.

Както казахме по-горе, съвременното разбиране на медицинската наука и на медицината най-общо, е тясно свързано със съчетаването на точно, прецизно, безпристрастно, индивидуално (с обща клинична приложимост) наблюдение, силен теоретичен подход (който дава възможност за интелигентни хипотези) и експериментиране. По отношение на психологическата наука, много често срещана позиция на западната медицина е, че автохтонните, племенни, народни, традиционни (в смисъл на не научно-медицински), философски и религиозни позиции и съвети трябва да бъдат първо контекстуализирани чрез "уестърнизиран", основан на доказателства филтър, например като бъдат транслирани в емпирични или теоретични концепции от психологията и медицината. Подобни проблеми се срещат и при сравняването на различни

школи, подходи и методи в психологията. Всъщност, можем да твърдим, че определени мнения във връзка с мултидисциплинарния подход в сравнение със секторализацията на дисциплините, са повече извлечени от културната среда на обществото, което ги произвежда, отколкото да представляват истински усилия за напредък на научните изследвания.

2. Интегриране, допълване, изпълнение

а) Логическо изследване

Медицинската философия помага и тук да се идентифицира проблема и да се вкара в рамка дискусиата, чрез която можем да разберем валидността на твърденията на комплементарната и алтернативна медицина и в крайна сметка да ги подкрепим или отхвърлим. За да сме сигурни, нашият анализ трябва да оспори презумпциите и предразсъдъците вътре в самите алтернативни терапии, особено когато те са основани на вяра и / или вярвания. Същевременно, трябва да си припомним предишната ни дискусия за метафизичните и богословски основания относно човешката способност за постигане на разбирателство. Къде трябва да теглим чертата между това, което се смята за "съществуващо" и за "несъществуващо" в търсенето на механизми и теоретични основания за подкрепа на различните видове подходи към медицината? Мнозина твърдят, че линията е начертана от това, което се доказва чрез обектива на научните експерименти. Това са "истинските" (свързан с *Res*) доказателства, на които се основава медицината. Липсата на научни доказателства означава, че няма научни основания, т.е., не можем да

говорим за медицина. Някои твърдят, че вместо това трябва да се използва емпиричен подход, дори за проучвания извън тези в полеви научни изследвания или лабораторни такива. От тази гледна точка, "ако има резултат, има медицина; ако няма резултат, тогава не е медицина". Тоест, това означава, че няма място, нито нужда от понятия като алтернативно, допълващо, интегративно, традиционно, холистично и т.н. Нека да видим защо. Първо, няма алтернатива на терапевтичната ефективност, защото ако тя дава резултати, вече е медицина и следователно алтернативата е терапевтичен неуспех. Второ, ако медицината дава резултат и води до (пълно, макар и не категорично) излекуване, не е необходимо тя да бъде допълнена, тъй като целта вече е постигната. Трето, да се интегрира нещо означава, че в това нещо липсват някакви части, и както току-що заявихме, ако медицината е в състояние да предостави изцеление, всички достатъчни и необходими части са вече налице. Четвърто, тъй като самата същност на науката, от съвременна, «Галилеева», основана на доказателства, западна (и т.н.) перспектива, означава активно и непрекъснато да се търсят хипотези и свързани доказателства, то традицията би трябвало да е епистемологичен оксиморон. От тази гледна точка, историята, като оставим настрана съответната статистическа / епидемиологична гледна точка на проследяваните, лонгитудиялни проучвания, няма абсолютно никаква стойност. Пето, това, което казахме във връзка с допълването и интегрирането важи и за холистичния подход: медицината е вече едно цяло, няма място за нищо друго. Ние твърдим, че медицината (с главно "М") трябва да бъде в състояние да се справи с тези проблеми, за да се осигури още по-добро ниво на грижите. Медицината трябва да използва концептуални и експериментални методи, двоен контрол и двойно-сляпо проучване, рандомизация и анализ на плацебо / ноцебо ефектите, както и силен теоретичен анализ, за да се идентифицират (евентуално

скрити) механизми. Освен това, очевидно е, че други определения като "учебна медицина", най-вече използвани в доказателствената медицина, са също исторически корелирани, в смисъл, че те произхождат от една и съща културна история (с очевидни етно-географско разлики), от която са произлезли съвременните комплементарни и алтернативни методи. В действителност, гореспоменатите алтернативни практики, които сега са част от конвенционалната медицина, винаги са били част от медицинската практика, преди разделянето и на (нека използваме тези термини за сега) народна, традиционна медицина и доказателствена медицина. Съвременната медицина се отделя от недоказуемите твърдения на традиционната медицина, като по този начин изобретява своя собствена традиция, опираща се на различен вид доказателства, въз основа не само на наблюденията, но и на тестването и статистиката.

b) Ефикасност, ефективност, резултатност

Със сигурност не можем да поставим всички терапевтични методи, обичайно изброявани в комплементарната и алтернативна медицина, в една и съща категория, в една и съща група, на база на тяхната ефикасност, резултатност и ефективност. Да отбележим, че ефикасността е способността да се предизвика ефект. Въпреки това, терминът има различни специфични значения в различните области. Така например, в областта на медицината терминът е тясно свързан с терапевтичния *ефект* на интервенцията, включително физическа терапия, определено лекарство(а), медицинско изделие и / или технологии, хирургическа процедура, особено в клинични изпитвания или лабораторни изследвания (за разлика от резултатността, която е свързана със същото значение, но в

приложната клинична / медицинска практика, като по този начин означава способността за получаване на желаното впечатление, изход или резултат). Същото се отнася и за интервенциите в областта на общественото здраве и / или транслационната наука. От философска гледна точка трябва също да отбележим, че *резултатната* теория или модел се концентрира върху обяснението на определени (наблюдавани) ефекти, без претенцията, че теорията правилно моделира подлежащите (ненаблюдавани) процеси и поради това е много подобна на *феноменологична* теория или модел. И накрая, ние определяме ефективността като количеството време, усилия или разходи, използвани, за да се постигне определен резултат или изход, т.е., терминът е различен от ефикасността, в смисъл, че последната се фокусира върху гореспоменатите цели, но не в процеса на постигането им. За да се провери приложимостта на тези термини в областта на комплементарната и алтернативна медицина, сме представили и обсъдили обширен списък от техники, практики и под-области.

с) Култура и идентичност

Генерализуемостта и приложимостта са основни понятия в медицинските изследвания. Както видяхме в предишните глави, сложността на човешките същества изисква анализ на всички тези взаимно влияещи си пластове, които съставляват нашата същност. Ето защо, трябва да се отдели специално място за определена външна среда, която включва времето и пространството. Такъв е случаят с културата и идентичността, както и обществено-политическите условия. Къде е ролята на индивида в този анализ и свързаното приложение на собствената идентичност и съвест на индивида? Дали

индивидът е наистина свободен да избира или да бъде избран в тази категория, или има други елементи и влияния, които трябва да контролираме, както в клинично изпитване? От етична гледна точка, Гутман заявява, че има три принципа, върху които трябва да се съсредоточим, в този ред: 1) гражданско равенство или задължението на демокрациите да се отнасят към всички лица като равни агенти в демократичните политики и подкрепа на условията, които са необходими за равно третиране на гражданите. 2) равни свободи, задължението на демократичното правителство да зачита свободата на гражданите да живеят собствения си живот, както им е удобно в съответствие с равните свободи на другите; и най-накрая 3) базисна възможност, капацитетът на физическите лица да водят достоен живот с добра възможност да избират измежду предпочитаните от тях начини на живот. Чувството за Аз по отношение на другите, особено когато тези други са свързани със специфични професионални роли в обществото, допринася за самоличността на лицето в клинични условия. По-конкретно, има една важна разлика между себевъзприятието като *генерализиран индивид* спрямо *генерализиран пациент*. Привидният оксиморон в понятието *генерализиран индивид* е определено основна концепция в нашия анализ на връзката между доказателствената медицина, медицината, ориентирана към пациентите и доказателствено информираната медицина; и ни помага да правим разлика между изместените позиции на идентичност, когато едно лице е част (по личен избор или не) от група. Това е по-добре обяснено в настоящото изследване с разглеждането по-отблизо на програми за презаселване на бежанци и имиграционни политики по целия свят. За по-голяма сигурност, трябва да се проучи доколко тази "роден-в" идентичност, която е също и идентичност "роден-с", оформя не само себевъзприятието на индивида, но и себевъзприятието му по отношение на другите, във връзка с

възприемането му на другите и най-накрая по отношение на начина, по който другите се "себевъзприемат». Какви са практическите и социални последици от тези съображения? Гутман твърди, че самата «липса на свобода» определя този вид идентификация и предизиква критика. По-конкретно, авторът пише, че "за да се каже, че расата, полът, етническите и националните идентичности са социални конструкции, както твърди Дейвид Лейтин, не означава, че те са по-лесно променяеми от генетичното ни наследство или физиогномия". Можем ли по този начин да дефинираме проблема от гледна точка на физическото възприятие? Какво да кажем за теориите за етническо или расово превъзходство? Ако културата е наистина необходимо условие за човешката свобода, както твърди Фливберг в есето си върху фронезиса и в сравнение с Аристотеловата позиция, ние трябва да се съсредоточим върху разстоянието, от гледна точка на връзката между индивида и неговата (собствена?) култура. Ако тази връзка е много близка, индивидът може дори да развие гордост от "дадената" му култура, от гледна точка на приписаната идентичност. Тук трябва да бъдем внимателни в поставянето на приписана идентичност и близка култура в една кошница. На първо място, ако ние идентифицираме тази близост в културно отношение, с нещо, което е "предварително дадено", "предварително формиращо", то разчитаме на предположението за истинността на уравнението "генотип x среда", в концепция доста сходна с чисто нео-дарвинистките позиции, като например тази, предлагана от Докинс. Освен това, идентификацията чрез приписване често информира интерес, който може да бъде културен, социален и / или личен. Ето защо виждаме тук комбинация от вътрешни и външни физически фактори, от една страна, и вътрешни и външни културни фактори, от друга.

Ако има паралел между вътрешното и външното, трябва да обърнем повече внимание в нашия анализ и да изведем съображения за приемането на тези идентичности и тяхното дефиниране в културно отношение. Политолози като Авишай Маргалит, Моше Халбертал, Джоузеф Раз и Уил Кимлика са по-конкретни при определението на културната група като «цялостен, всеобхватен контекст, в който нейните членове да направят своя избор», и «котва за самоидентификация и безопасност на лесно и гарантирано осигуряване на принадлежност». По-конкретно, подкрепата на Кимлика на индивидуалните права е в противоречие на по-отдалечени позиции като тази на Моше Халбертал и Авишай Маргалит: "защитата на културите като произтичаща от правото на човека на култура може да приеме формата на задължение за подпомагане на култури, които не спазват правата на човека в либералното общество". Да направим друг паралел - от философска гледна точка религиозната идентичност е особена по три причини, според Гутман: 1), заради важността на публичното признаване на религиозни истини; 2) заради изключителния принос на религията за общественото благо; 3), защото съвестта е крайната сила в живота на вярващите. Освен това, самата религия не е добра или лоша от политико-социална гледна точка, особено в смисъла на (съвременната) демокрация, но най-голямата опасност идва от подкрепата (законова) на публични претенции на базата на частни истини. Аргументи, които са рационално обосновани на аргументативната сила на откровението, а не самото откровение трябва да се използват в демократичните общества, смята Гутман. Съдържанието на религиозното откровение може да бъде доказано полезно и етично добро за широката общественост (с всички възможни последствия от гледна точка на психиатричните оценки), независимо от религиозния, културен и етнически произход, но само ако съдържанието е публично обсъждано, като видяхме по-горе.

Същевременно, идентичността на лица и групи, както и на дадена държавна институция, щат или държава, трябва да вземе под внимание аспекти, които далеч надхвърлят това, което е емпирично доказано или доказуемо. Важният въпрос, повдигнат от Гутман е, че съществува връзка между съвестта, либерализма и публичната сфера, както и че "идеята за съвестта предшества модерната демокрация, но съвестта и демокрацията споделят една фундаментална предпоставка: лицата са етични субекти". Вярно е също, че съвестта е етично съгрешаща и че е налице необходимост от етичен капацитет в публичната сфера. Демокрациите не могат да работят без този етичен капацитет, тъй като всяка демократична група, щат или държава, не биха били в състояние да предивзикват уважение (като по този начин бъдат разбирани и им се подчиняват) без този капацитет.

В последната част на тази точка се анализира позицията на Хабермас, Тейлър и Апия по отношение на понятията (себе)идентификация, колективно измерение, и (чувство) за равенство пред закона. Хабермас прави разлика между първия вид култура, тази от обща перспектива, която, следователно, не трябва да се споделя от всички членове на обществото, и втори тип култура, която е и обща, и политическа; характеризира се със споделено (и взаимно) уважение на правата. Има индивидуални права на липса на дискриминация и свободно сдружаване, които следователно не гарантират оцеляването на всяка култура. Самият опит да се защитят културите от гледна точка на съхранението им, ги лишава от присъщата им жизненост. Апия е съгласен с Тейлър в тезата, че "[има] законни колективни цели, чието постигане ще изисква отказване от чистия «процедурализъм», но безкрайното културно оцеляване не е сред тези цели. Нещо повече, авторът акцентира върху задължителните очаквания на определено малцинство, независимо дали става дума за сексуално, етническо, расово, национално или друго

такова. Ние разбираме как самите елементи, оформящи чувството на принадлежност в идентичността на човека, принадлежност към определена култура, етническа принадлежност, към социални и политически организации. Социалните и етични последици от това чувство за принадлежност (и самото членство) са по-добре рамкирани и анализирани след като вземем под внимание не само вътрешните и външни фактори оформящи тези елементи, но и самия процес.

Глава 6

Отвъд границите на този свят

1. Камю, Сартр и Бог: къде сме ние сега?

Заглавието на настоящия труд е "Философия на медицината. Философски анализ на себевъзприятието на пациента в диагностиката и лечението". Ние вярваме, че изследването на човешкото себевъзприятие, особено от философска и психологическа / психиатрична гледна точка, трябва да вземе под внимание и духовното измерение. Онагледяващите причини и особености са целта на тази глава. Започваме от дискусия по конкретни екзистенциални позиции, по-специално тези на Камю и Сартр. Според Камю, основните мисли и действия, които определят живота ни, са изградени върху надеждата за утрешния ден, но «утре» е истинският враг и ни доближава до смъртта. И все пак, според Бери, общественото / културно отричане на смъртта е в центъра на проблемното разрешаване на предварителното планиране на грижи в клинични условия. Често има малко, ако има такова, място отделено в този модел за интуитивните или емоционални измерения на лекаря или пациента и поради това медицинското познание като цяло е безлично. Освен това, асоциацията с очакваните медицински резултати и непланираните, негативни последици може да допринесе за генерализирано чувство за загуба на контрол, което в някои случаи може да доведе до тежки присъди на медицината изобщо. В същото време, връзката между научния (медицински) метод и определено очакване на конкретен резултат, или набор от конкретни резултати, и самата загадка на живота, включва и

нерешения проблем на смъртта: от екзистенциална гледна точка, абсурдът е пряко следствие от отсъствието на Бог. Това отсъствие е много често в центъра на психично-здравните проблеми, свързани с депресия. Камю се заема да отговори кой според него е единственият въпрос на философията, който има значение: Осъзнаването на безсмислието и абсурдността на живота означава ли, че трябва непременно да се стигне до самоубийство? Ако аз (човек) съм продукт на действията си, какво означава "да се самоубия"? Интересното е, че Камю пише, че точно в момента, когато осъзнаваме абсурда му, животът става пълен със страст и дори по-смислен отпреди. Това, което изглежда като оксиморон, е дори по-добре обяснено от Камю чрез анализа му на възприятието на човека. Този анализ отчасти резонира думите на Рудолф Щайнер, когато той описва "плътността" като основна характеристика на човешкия живот в сферата на съществуване - състояние, на което човек е подложен на след преминаването от чисто етерно вещество в по-напреднала, вероятно несимволична форма. Тази мисъл повтаря изказаното от Йохан Волфганг фон Гьоте и Елена Петровна Блаватская, по отношение на етерното самовъзприятие на битието. Камю характеризира редица философии, които описват и се опитват да се справят с това чувство на абсурда - Хайдегер, Ясперс, Шестов, Киркегор и Хусерл. Всичко те, според него, се ангажират с "философско самоубийство" чрез достигане до заключения, които противоречат на първоначалното абсурдно положение, или чрез изоставяне на разума и обръщане към Бога, както е в случая на Киркегор или като Хусерл, който издига разума и в крайна сметка достига до вездесъщите платонически форми и един абстрактен бог. Така, да се приеме абсурдното означава да се признае противоречието между желанието на човешкия разум и неразумния свят. От гледна точка на медицинската философия, тази екзистенциална борба е свързана с проблема за смъртта,

и невъзможността за перфектно средство за лечение, с което да може да се лекуват всички болести, заболявания и разстройства. В този аспект се крие може би самата тайна на отношенията със (съществуването на) божествена сила, особено под формата на благодат, всемогъщество, и доброта. Човекът се бори, човекът страда. Следователно единственият Бог, който може да помогне на хората е страдащият Бог, един Бог, който жертва себе си (собствения си син в християнската традиция), за да изкупи, спаси, и в крайна сметка издигне и освободи човечеството. Той е *Бог в болката* на Жижек и Гунйевич. Съществуването (и същността) на това състояние на страдание, на тази борба, на абсурда е вероятно произход и причина, а може би и основанието (в смисъл на човешката нужда да намери смисъл, структура, разум, обосновка) за ритуалните и езотерични аспекти на процеса на оздравяване. Концепцията на абсурда и безсмислието, и свързаната с него "Матрица на живота" от Нейлър, Уилимън и Нейлър е обсъдена, тук за да се отговори на въпроси като: Може ли да се определи по определен начин характера, личността, която е оформена от едно (или повече) от тези понятия? Как се създават тези ценности? За Сартр, смисълът и ценностите се създават по същия начин в областта на изкуството и в морала, т.е., е чрез създаване и изобретение. За Камю, създаването на смисъл не е реална алтернатива, а логичен скок и бягане от проблема. Освен това, за мислещият човек, активната борба срещу абсурдното и чумата е начинът да разбере себе си и света около себе си. Много интересно, особено от психоаналитична гледна точка, както и от онтологична е, че чумата и абсурдът често се тълкуват като метафора на тоталитарните режими, които парадоксално би трябвало да предпазят обществото от пълното унищожение, причинено от липсата на правила, морал и от язвата на абсурда. Ето защо, според Камю, чумата / диктаторският режим могат да бъдат унищожени само посредством

солидарност и сътрудничество между човешките същества. Ако хората са обединени от положителни идеали, които те следват с решителност, воля и сила, винаги трябва да бъдат нащрек и готови. Цялата тази подготовка трябва да отчете личното (индивидуално) ниво на активност, особено по отношение на личните граници и ограничения. Означава ли това, че има елемент на индивидуалност, оттегляне, разделяне, върху които да насочим вниманието си? Нейлър, Уилимон и Нейлър твърдят, че "въпреки че е възможно да се намери смисъл в живота, смисълът често убягва на тези, които са разделени от себе си, от другите и от центъра на своето съществуване". Авторите подчертават важността на връзката между политическата, социална (дори активистка) сфери и физическото, медицинско и духовно благополучие на хората.

2. Алфа и омега. Диагноза и прогноза:

а) Нашият живот

При обсъждане на диагностиката и терапията, ние говорим за очаквания. Това са очакванията за облекчаване на болката и страданието, за познанието на (здравен) проблем, за възможните резултати. Всички тези елементи се случват във времето. И все пак, схващането на значимостта, на абсолютното значение на времето е много сложна задача, особено от човешка гледна точка, ограничена от това, което изглежда като малко по-стабилна, но все пак крайна структура, в която ние водим земното си съществуване. Разбира се, нещата започнаха да се променят след дебата около теорията на

относителността на Айнщайн, по-специално със скорошните анализи в квантовата и струнна теории и квантовата физика и механика през последните години. Учени като Мичио Каку, Джералд Шрьодер, както и други като Роджър Пенроуз и Стюарт Хамероф, хвърлиха малко повече светлина върху стремежа ни за разбиране на времето и пространството по един по-дълбок и научно-точен начин. Разбира се, че е много трудно да се направи разграничение между личното отношение и почти детската реакция в претенциите да внедрим нашия собствен мироглед, когато сме принудени да сравняваме научната версия на факта, с по-религиозната, духовна, трансцендентална, дори метафизична гледна точка. При Шрьодер например, говорим за ортодоксален еврейски филтър при анализа на някои научни теории, като например теорията на Големия взрив, за която той заключава, че щом самата Вселена е създадена *ex nihilo*, от множество сили или природни закони, които не са физически, но действат върху физическото и които предхождат (раждането на) Вселената, това е достатъчно доказателство за съществуването на Бог. Въпреки, че това твърдение не може да бъде подкрепено от хардлайнерите в агностичните и атеистични среди на научната общност, другото твърдение, според което всяка религиозна традиция служи като мракобеснически сила срещу развитието на "чистата", "истинска" наука, е погрешно, както от чисто научна, така и от по-прецизна и точна историческа гледна точка. Да разгледаме първо примера със самата теория за Големия взрив, за която с право заслугата трябва да се припише на Жорж Лъометър, който е бил католически свещеник. На второ място, много от първите (западни) университети в Италия, а след XII век и в цяла Европа, са създадени с инициативата на Църквата, като начин за напредък на културата като цяло, особено на научната теория и основаната на доказателства практика. Да се върнем към нашата дискусия относно понятието за време.

Аристотел твърди, че ние трябва да се запитаме дали времето ще съществува без душата, имайки предвид, че няма да има нищо, което да брои, ако няма кой да взема активно участие в дейността на броене. Редът на събитията, преброени от човека, е последователност и отделеност, в крайна сметка - де-визия. Тук представяме анализ на понятието за време в исторически, гносеологически и етимологичен план.

Отношението на съприкосновение между минало, настояще и бъдеще, и възможното решение на приемствеността между тях е от първостепенно значение във философската позиция на Левинас. Това съображение е в непосредствена (както от времевата / хронологична, така и от концептуална гледна точка) близост (за обхвата на този анализ, който е и сравнителен, и диалектически, но не със същата стойност) на идеята за безкрайното, вечното. Според космологията на Платон, времето е всъщност "движещ се образ на вечността". Подобна е позицията на Предсократовата философия на Парменид. Философът е смятал, че (метафизичната) същност на реалността е *ахронична*, вечна. По-конкретно, самото понятие за време е равно на мнение, тоест позиция на *Доксата*. Освен това, Парменид прилага законът на непротиворечието, за да определи "това, което съществува" (Парменид) катоечно, постоянно и непроменливо. То е неподвижно и непроменливо, защото, ако то наистина се движи, тогава щеше да бъде подложено на ставане, като по този начин то щеше да бъде сега (в този момент) и нямаше да бъде тогава (в онзи / друг момент). Това, което съществува е Едно, защото не може да има две (отделни, различни) съществувания. Всъщност, ако едно (то) е битие (това, което съществува), друго (то) не може да бъде същото като едно (то), следователно то (друго) ще бъде не-битие, несъществуващо, това, което не съществува. Това, което съществува еечно, защото не може да има момент, в който то да не е. То не може да престане да

съществува, то не може да бъде в стадий, в който то все още не е. Противоречието се състои във факта, че ако съществуваше само за ограничено (за период от) време, тогава трябва да има друго (период от) време, в което то не съществува. От това следва, че то не може да се генерира / роди и не може да умре. Също така, това, което съществува, е неделим (атом), поради невъзможното битие на небитието (несъществуващото) като разделителен (разделящ, определящ) елемент.

Аристотеловата позиция е различна и представя времето като измерване на движението от това, което е (се е случило) "преди" до това, което е (ще се случи) "след". Така, времето е свързано с промяна. А промяната е фундаментална в областта на медицината, особено в непрекъснатия танц между лечението и диагностиката / преоценката. Хайдегер представя последователността, реда и движението на времето в *Основни проблеми на феноменологията*. По-специално, самата концепция на времето е свързана, при Хайдегер с историческата същност или "историчността" на *Dasein*. Процесът, който също е прогресия, в която немският философ се фокусира върху екзистенциалните аспекти на *Dasein*, води до твърдението, според което онтологичната конституция на *Dasein* (или, по-точно казано, тоталността на *Dasein*), се открива в (и по този начин се корени, залегнала е, структурирана в) темпоралността. Човешкият живот се преживява по не-обективизиран начин, или по-скоро извън-обективизирано, тъй като обективното отношение «раз-преживява» преживяното и «раз-светява» света, който срещаме. Поради това в нашия философски анализ трябва да се съсредоточим върху екстатично-хоризонталната темпоралност на съществуването, от своя страна свързано с трансцендентността. Тази трансцендентност е и трансформация на традицията по отношение темпоралността; традиция, която е история и по този начин имплицира де-

струкцията (бихме могли да твърдим, че от тази гледна точка терминът може още да означава де-конструкция) на историята на философията. Това унищожение е темпоралното измерение на битието и неговата насоченост към смъртта. Битието *е* във времето, действа във времето, става във времето. Така, Битието не само "е", но "се вдава" в своето ставане и в ставането си във време. То *е*, и то е *ставане*. Трудностите в разбирането на по-дълбокия смисъл на хайдегерианската философия и невъзможността да се предадат тези значения по ясен и точен начин се дължат на езиковите предизвикателства, дължащи се на концептуалните термини и релативните концепции, формулирани от немския философ. Същите тези понятия, в много случаи представляващи истински неологизми, създадени от Хайдегер, са склонни да губят своя смисъл и контекстуално значение в процеса на превод, който сам по себе си е процес на традицията, и (повтаряне) на тълкуванието. Например, самата мисъл за противопоставянето-противоречието между битието на Dasein като ставане-проект и процес и смърт и насоченост към смърт, е трудно да се определи в рамките на лексикалната, синтактична и граматична области на съвременния английски език, особено в по-философски контекст, и по-специално под формата на (традиционна, западна) метафизика. Това противоречие изразява модалността на битието, когато това битие съдържа също (или става това в тоталността) понятието (което отново, е значение, означаващо значимост и не е ограничен, структуриран, затворен термин) на "да-си-мъртъв", форма на битие, което в историческа и времева перспектива на невъзможността за битие е "е-това-което-вече-не-е". Почти парадокс, и все пак абсолютно очевидно по своята същност, то често се определя от самата невъзможност да го схванете, понякога прикрито, в неосъзнаването или "екзистенциалното отлагане" в западната медицина.

b) Много и разнообразни перспективи

Някои допълнителни примери за философски гледни точки по въпроса. Нютон не смята времето и пространството за истински, чисти субстанции, но говори за абсолютно пространство и абсолютно време. Тези понятия са различни от човешкото възприятие на време / пространство или по-точно, от начина, по който хората измерват времето / пространството. Тези видове време / пространство той нарича «относително пространство» и «относително време». Важно е да се отбележи, че това е основната концепция за пространството и времето преди в XVIII век да се представи идеята за празно пространство като концептуална невъзможност. Така, пространството е абстракция, а времето е мярка за последователност, поредица, цикли на промяна в света. Освен от дебата между субстанционализма и релационизма от гледна точка на онтологията на времето и пространството, виждаме тук, че за Нютон (и за Галилео Галилей), времето не е вътрешна / интериорна интуиция на съзнанието, а обективно измерение на реалността, което (заедно с пространството) представлява измерим параметър на движението.

Може да се проследи една разлика между позицията на Нютон и на Лайбниц (не говорим за противоречивията в дебата за математиката между тях, Джон Кейл и други). Според Нютон, както видяхме по-горе, времето е "контейнер на събития" (по подобие на функцията на пространството); а според Лайбниц, времето и пространството са концептуално "средство", описващо взаимоотношенията между събитията. За Нютон съществуването (начин, структура и вид) на времето (и пространството) се налага от Божията вечност и вездесъщност, докато за Лайбниц времето има три нива. Първото ниво

е атемпоралността или вечността на Бог, подобно на това, което е кодирано в гръцкото понятие (и елинистическите божества) *Αἰών*. Второто ниво е изведено от Аристотеловата концепция за *ἐντελέχεια*, в която се описва състоянието на нещо, чиято същност е напълно актуализирана. Тук е важно да отбележим, че концепцията на Лайбниц е повече свързана с "непрекъснато иманентно себе-си-ставане" на точката, думата, идеята, представлявани от монада. И накрая, третото ниво е хронологичната структура на (последователност на) сегашните моменти, или "сегашности". От гледна точка на възприятието за време и пространство, един от най-добрите примери за идеята, че времето и промените във времето са пълна илюзия, е вероятно работата на Джон Елис Мактагарт, по-специално *Нереалността на времето*, публикувана през 1908 г. Мактагарт застава зад тезата за нереалността, защото нашите описания на времето са или затворени кръгове, или противоречиви, или недостатъчни. Връзката между субект, време и възприятие е основна в работата на Левинас. Акцентът върху субективната партикуларност е добре проучен през призмата на субекта, времето и основния елемент на философията на Левинас - "Другият». Другият е понятие (или по-скоро не-понятие), което е в центъра на търсенето на по-дълбоко разбиране на концепцията на Левинас за времето. Връзката между времето и Другия е в центъра на философското изследване на света, на живота, на битието като цяло. Нещо повече, тази връзка е самата корелация, интимна, субективна, феноменологична, и по много специфичен начин "разговорна" (в най-висшия смисъл, описваща възможността за свързване на различни нива) за субекта към Другия: "Докато първият говори, вторият слуша". Това е истинска връзка, взаимоотношение, което се движи отвъд субект-центричната теза на Кант; една връзка, която не е постижение само на субекта, а е в самата *срещ* с Другия. Във философията на Левинас «Аз не съм всичко, аз

не притежавам всичко, не всичко се движи около мен, макар че то ме тревожи и съзнанието ми не обхваща всичко.» Но това със сигурност не е липса на интерес, нито релативистки морал или безразличност. Нещо повече, това дори не е възможната способност, капацитет, стремеж към абсолютна гледна точка, концепция и интерпретация / структура / ре-структуриране на тоталността. Като човешки същества, като субекти, ние разбираме това чрез "лицето на Другия". Под всеки възможен слой на тълкуване на мисълта на Левинас, а бихме предложили тук, както и под широк спектър от историята на философските изследвания като цяло, е тази среща с (личния) Друг, който е в самия център на нашето изследване от гледна точка на диагностиката и терапията.

с) Преживявания близки до смъртта и внимателност

Трансценденталният, метафизичен и духовен аспект на нашето изследване са представени в тази подглава, с възможното им практическо приложение в терапевтични условия, особено в областта на психотерапията. Един от методологичните елементи, анализирани в този контекст, е способността на медитацията да повлиява на езика и да контролира / проверява за огледални образи, ефекти, структури, както са формулирани в това, което ние определяме, често с подвеждащия термин "вътрешен стимули". Например, ние може да проверим поведението на пациента в началото и след това да използваме статистически и епидемиологични методи за тълкуване на данните. Можем да измерим стойностите и след това да се опитаме да ги променим, прилагайки комбинация от когнитивно-бихейвиористка терапия и внимателност. Като най-общ пример, можем да се

съсредоточим върху латентността в поведението, постоянството и продължителността на определено поведение или модел на поведение. В този контекст, Айзенк определя поведенческата терапия като "опит да се променя човешкото поведение и емоции по благоприятен начин, в съответствие със законите на съвременната теория на обучение".

Взаимното съответствие между термините *поведение* и *емоция*, както от гледна точка на концептуалната връзка, така и на терапевтичната практика, е основният елемент в прилагането на медитация в клинични условия съгласно тази теория. Фокусирайки се върху медитацията в условия на терапия означава да се работи върху мнемичната / мнемонична конструкция и асоциативния процес, като (например) сме наясно относно творческия (кодифициращ, кодопроизвеждащ и йерархизиращ) процес на *централната изпълнителна система*. Перцепцията включва (концептуално активно) *действие* на идентификация, тълкуване и организация на сензорната информация, чрез включване на сигнали в нервната система. Затова перцепцията помага представяването и разбирането на заобикалящата среда. Какъв е резултатът от перцепцията, от гледна точка на въображението и творческия процес, както и от релативистичните съображения за индивидуалността и оригиналността на мисълта? Може да се съсредоточим върху определена травма (или възприемането и) в нашия анализ, може би на самото търсене на смисъл и цел във връзка с края на света, или отвъдното. При работа с концепцията за неизбежния, постмодерен образ и процес на изобразяване на Апокалипсиса, също обозначен като край на света, както знаем, Джей и Хелър говорят за реалност отвъд доброто и злото. Тази чисто апокалиптична представа може да се разбере през призмата на психоанализата, която според Джей, предоставя по-задълбочено виждане, особено в сравнение с обикновения културен анализ. Възникват въпроси: как можем като човешки

същества, пациентите и доставчиците на здравни услуги, да допринесат по положителен начин към дебата за (този тип) възприятие? Как можем да се отнасяме към нашите мисли, положителни или отрицателни, да ги разбираме, както и нашата позиция и роля във връзка с тях? Има ли определени етапи, може би някои истини (*априори*, в сравнение с емпиричните и основани на доказателства характеристики на *апостериори* методологията), достъпни директно за ума, този път също разглеждан като (индивидуален) дух, може би във връзката му с (универсалния) дух? Възможните отговори идват от дебата за "преживявания близки до смъртта" (ПБС), явления, които ни карат да преосмислим начина, по който определяме нашето възприятие по отношение на Аза си и (неговата / нашата) връзка с мисленето и свързаните с него (произведени? произвеждащи?) "състояния на ума". Самата концепция за внимателност ни принуждава да преразгледаме отношението ни към понятието "ум"¹, мислене и независимо дали нашата система от вярвания взема елементи от религиозната, духовна, агностична или атеистична перспектива, в крайна сметка ние работим с конкретно (единично, сингуларно, партикуларно) човешко същество (, а същото важи и за групови терапии) - пациент с конкретна житейска история, система от убеждения, психическо / медицинско състояние и т.н. Следователно, трябва да вземем предвид тези елементи в нашата практика, от първоначалната оценка до терапията включително. Трябва да се обърне специално внимание на внимателността. Системата от убеждения е много важна при лечението на пациента, особено от гледна точка на когнитивно-бихейвиористичната терапия и рационално-емотивната бихейвиористична терапия. Процесът в основата е този (психологически и философски) когнитивен, поведенчески, въображенчески диспут, "дебат или предизвикателство към ирационалната система от вярвания на пациента и

¹ От mind – mindfulness - игра на думи, бел. прев.

може да бъде от когнитивен, въображенчески и / или поведенчески характер". Тук се обсъждат няколко техники и стилове на този вид дебат. Моран също предлага да се комбинират термините "диспут" и "дефузиране", за да се създаде един нов, хибриден: дисфузиране. Тази концепция означава опита да се изкорени думата от нейния смисъл, като по този начин се променя формата / функцията на езика и вярата в частното, думата, изявлението, мисълта. Един от най-добрите методи за постигане на тази цел, според Моран, е практикуването на внимателност. По отношение на философския метод и способността на ума ни да открие истината, особено отнасяща се до самия анализ на собствения ни ум, Чърчланд предлага да "направим всичко възможно да се примирим с вероятността, че няма специална способност, чието упражняване дава Абсолютните, безпогрешни, отвъд-научни истини за Вселената". Предположението, че локализацията и функционалната специализация на някои психични явления, например чрез наблюдение с магнитен резонанс, според някои е едно от доказателствата и проверени / проверими примери, необходими за защитаване на редуccionистката позиция, за която няма никаква необходимост от специфична духовна, метафизична или религиозна основа, за да се определят, обяснят или оправдаят тези явления. Както видяхме в предишните глави, от гледна точка на елиминативния материализъм, така наречената "народна психология" също трябва да се подлага на това *лечение*. От другата страна на спектъра, критиките към тази позиция основават своето наблюдение на множество елементи, като например наличието на *qualia* във връзка с конкретно, или с група от психични състояния, противоречивостта във връзка с интуицията, интроспекцията, проявяването в сравнение със същността и възприятието и епистемологическото самопровержение. Отново, основният проблем е нашето епистемологично виждане за това, което (медицинската)

науката произвежда, как и къде се прилага и какво би трябвало да бъде, особено в областта на психиатрията и психологията.

Глава 7

Транслационна наука

1. Таксономични съображения

Това е последната глава на тази книга и целта и е определянето и прилагането на всички теми и въпроси, обсъдени на терена на транслационната наука. Започваме от основните дефиниции. Транслационните изследвания обикновено се делят на научни изследвания T1, които се фокусират върху така нареченото “bench-to-bedside”, от английските думи bench и bed. Това означава развитие на идея в лаборатория и пренасянето ѝ до леглото на болния; и T2 областта на изследванията, където резултатите от лабораторията се транслират в социалната им приложимост. По-конкретно, изследванията T1 транслират средствата за познание на основните науки в развитието на нови терапевтични стратегии; T2 изследванията, от своя страна, транслират събраните в клинични проучвания данни в клиничната практика. В този смисъл, ние твърдим, че медицинската философия е форма на транслационна наука, тъй като помага за преодоляване на пропастта между теоретичната фундаментална наука и приложната наука, особено, когато в центъра на научните изследвания е човешкото същество с неговата медицинска, умствена и философски комплексност. Както казахме по-рано, при лечението на психични заболявания, психиатричният / психологически подход в конвенционалната медицина понякога забравя една важна част, която е може би основното ядро на терапията, а именно чувството за смисъл и цел в живота. Медицинската

философия не се представя като нов клон на научното изследване или като под-област на една или друга терапевтична школа. Напротив, медицинската философия представлява ядрото на един философски анализ като основа за медицинската / научна практика, особено в областта на психиатрията и психологията. Разбира се, ние приветстваме и ценим високо най-новите научни изследвания в областта на невронауката и неврологията. За да бъде картината пълна, особено като се има предвид сложността на човешките същества, ние искаме да помогнем на медицината, като се уверим, че теоретичната основа на нашето разбиране за човешката природа не е забравено и се използва постоянно в извънтерапевтични усилия. Паралелът и аналогията между успехите на науката в медицински области като психиатрията трябва да ни даде възможност да оценим биологично-базираните претенции в невронауката и да осъзнаем, че липсващата част за постигане на пълно или поне приближаване до пълното разбиране на човешката природа, живот и здраве, е във философията. Медицинската философия представя една холистична картина на човека и на природата, един образ на цялостност, в който всички аспекти на съществуване и същност са обединени във всеобхващащо цяло, което се фокусира върху взаимодействието между материалните физически / органични / биохимични нива и психологическото / поведенческо възприятие, както и трансценденталните / духовни / религиозни (или не-) елементи на човека. Трябва да открием път към една по-всеобхватна форма на науката, транслационна наука, която 1) разбира границите на своите възможности и успехи и гарантира, че винаги, когато се прилага научния метод в основаната на данни практика, не е изложена на риск от псевдонаучни твърдения; и 2) не се затваря за различните форми на когнитивните процеси, които могат да доведат до различни форми на знания, особено в сфери (като смисъл и цел на живота), които все още

не са напълно изяснени чрез емпиричната западна наука. Освен това, търсенето на механизми за основни заболявания, разстройства и техния лечебен процес също подкрепят една по-отворена (и с отворено съзнание) гледна точка по отношение на възможното свързване на човешкото здраве с елементи, често възприемани като «чужди» в класическата (използвано тук в смисъл на «съвременна западна») медицина

2. Приложна медицинска философия

а) Третият начин

Медицинската философия притежава характеристиките на научно насочена приложимост, в смисъл, че тя осигурява необходимите връзки между учени, клиницисти и широката общественост, чрез проучване и популяризиране на мултидисциплинарни взаимодействия и ресурси и прилагане на теоретичния анализ в медицината като цяло. Освен това, транслационните аспекти на медицинската философия ни помагат да идентифицираме и намалим грешките в клиничната преценка, медицинската епистемология (и "научните" предположения, както и предположенията за научност) и терапевтичните методи и практики. Според Джан, Пател, Джонсън и Шортлиф, когнитивната таксономия на грешките може "(1) да категоризира основните видове медицински грешки по когнитивни измерения, (2) да асоциира всеки вид медицински грешки с определен, подлежащ когнитивен механизъм, (3) да описва как и да обяснява защо се случва конкретната грешка и (4) да генерира интервенционни стратегии за всеки

тип грешка. Тази когнитивна перспектива е особено полезна при сравнението между гледните точки на фундаменталната наука и приложните науки относно прилагането на медицината. В същото време, транслационната наука в медицинската философия продължава този анализ и буквално връща обратно въпроса за научния характер в / на медицината, като същевременно осигурява полезни ресурси за обществото и медицинската общност. Тази дейност не само спуска мост над разликите между фундаменталните и приложни науки в медицината, но отваря възможност и за трети начин, който се фокусира върху наративните аспекти на медицината. Този трети път е теоретичната основа на емпиричните изследвания в това проучване. Чрез започване на изследването на собствената гледна точка на пациента относно (неговата / нейната) диагностика и терапия, ние се стремим към самото ядро на проблема: ако медицината не е само наука, а много повече, трябва да включим тези научни основи в нашето разследване. Нашите доказателства надхвърлят конвенционално приетите доказателства от лабораторните и клинични проучвания, защото се концентрират върху тези елементи, които, поради естеството си изглеждат непрозрачни и неразбираеми за широката (конвенционалната, модерна, западна и т.н.) научна методология. Целта ни не е напълно идентична с тази на изследванията на доказателствената медицина и тя в никакъв случай не е предназначена да замени методите и практиките на съвременната медицина в области като фармакологичните изпитвания. Нашата цел е природата на човешкото същество в рамките на лечебния процес, сложна и увлекателна пътека, начертана в отношенията между индивида и заобикалящата го среда (доставчик, медицинска практика и изследвания, обществото като цяло и безкрайният списък с транслирани параметри, като

например лични убеждения , култура, етнос, традиция, философия, интерпретация и т.н.), и обратно:

Студията «Медицинска философия. Философски анализ на себевъзприятието на пациента в диагностиката и лечението» е насочена към изследване на всички тези аспекти, да се зачита и уважава медицината в цялата и и пълна сложност, (която е свързана причинно, въпреки че не в линейна прогресия, като причинно-следствената връзка), както и да се реструктурира, промени, реконструира самата и структура, въз основа на теоретичните елементи, които обсъждахме досега, за да се гарантира, че медицината е наясно с несигурността и мистерията (във възможно най-висшия смисъл на понятията, без да са свързани с редутивистки / неточни / суеверни влияния), която е залегнала в практикуването и, големия слой от тълкувания, емоции, техники и технологии. Т.е., в крайна сметка като едно изкуство, което твърде често, особено в западните географски области и най-вече в в САЩ, е подложено на институционализация и професионална ритуализация по начини, които не само отнемат от същността и, но представляват нарастващи трудности, свързани с диагностиката и терапията на широк спектър от нарушения на здравето. Всъщност, този подход не взема нищо от науката, основана на факти, но в него има по-широка теоретична основа (в този смисъл подход, подобен на този, предложен от Бунге и Панини) и наративно-тълкувателно-херменевтично измерение на диагностиката.

Това е медицинска наука, това е медицинската философия: транслационна наука, която включва всички тези елементи.

в) Намиране на баланса

Транслационният подход в медицинската философия е особено полезен, когато се обсъждат най-добрите терапевтични подходи за използването им в конкретни случаи, както и за изследване на индивидуалната реакция към тях. Както казахме по-рано, има много априористични и дори предубедени предположения относно определението, ролята, структурата, методите и приложимостта на науката в (съвременната) медицината. Тези предположения могат да бъдат разбрани по-добре през точното и прецизно око на теоретичните и транслационни изследвания, които не само биха могли да ги оспорят в областта на лабораторните изследвания, но също така и по отношение на тяхната цел и полза в ежедневната клинична практика. Един добър пример е с предизвикателствата, които съвременната фармацевтична индустрия поставя пред нуждите на пациентите, страдащи от психични разстройства. Излишно е да казвам, че в Съединените американски щати (от тази гледна точка най-добрият пример) лекарите са склонни да изписват в излишък лекарства по начин, който е не само неефективен, но и много вреден за общото благосъстояние на пациента. Това е още по-сериозно, ако разбираме баланса и директния ефект между физическото здраве и благосъстоянието на пациента в умствената, както и психологическа, философска и духовна части. Медицинската философия оспорва статуквото на модерната, хипермедикираща медицина, която се контролира от властта и парите, по-конкретно от изключително капиталистически ориентираните фармацевтични корпорации и застрахователни компании, които в крайна сметка оказват силно влияние върху процесите на вземане на решения в областта на научните / медицински изследвания

и академичните среди. Медицинската философия хвърля светлина върху взаимоотношенията между пациент и доставчик, както и между доставчика и системата като цяло и води своята битка на няколко основания: теоретично-научно-философско (с анализ на понятия, структура, метод и т.н.), социално-транслационно (включително приложимостта на констатациите в терапевтичната / клинична практика), както и етично-морално (дебата за универсално здравеопазване, правата на пациентите и доставчика и т.н.). Нещо повече, медицинската философия също така оспорва тези твърдения в доказателствената наука, за които по принцип се допуска, че са точни и верни (отново, на база на доказателства). Най-добрият пример е отново с изследванията за ефективността на психотропните медикаменти срещу плацебо ефект, чиито резултати твърде често се влияят от споменатите по-горе властимащи:

с) Изследвания и отвъд тях

Споменатите по-горе съображения ни принуждават да преразгледаме ролята на медицинската философия в транслационните изследвания и нейните научни, социални и етични резултати. Тази роля е още по-важна, като се има предвид избора ни да се съсредоточим върху тези под-области на медицината - психологията и психиатрията - в които сложността на човешкия ум е особено предизвикателство за нашите научни методи и терапевтични стратегии. Този избор не е само с теоретичен характер. Той е оправдан и от най-актуалните научните изследвания в епидемиологията и последната статистическа информация:

Проблемите на здравеопазването са взаимно свързани, от гледна точка на статистиката, и имат философски и психологически елементи, които трябва да се вземат под внимание при опита за решаването им или най-малко за тяхното облекчаване. За да има по-добри шансове за постигане на нашата цел, за която вече говорихме, ключова роля играе акцентът върху комуникацията и възприятието доставчик-пациент. Научно-изследователската дейност показва отново и отново, че положителната нагласа, процесът на позитивното мислене и позитивният вътрешен диалог са когнитивно-поведенчески оръдия за терапевтичен успех. Ако изглежда, че тези стратегии работят на индивидуално / самостоятелно актуализирано ниво, това може да не е задължително така в една по-широка, обща перспектива, особено когато доставчикът е предоставящ такива положителни разговори, както сочат някои проучвания. И тук са необходими повече изследвания, за да се идентифицират параметрите на взаимодействието и на нивото на възприятината ефективност (например когнитивното, емоционално и в крайна сметка, физическо приемане от страна на пациента, в целия разговор и върху оздравителния процес) в отношенията пациент-доставчик, но гореспоменатите съображения сочат към решение, което да взема под внимание всички тези различни сфери на изследване. Проучването на възприятието и самовъзприятието на пациента в диагностиката и терапията е теоретичната пътека, която изглежда осигурява най-добрия подход като допълнение към по-конвенционалните такива, за да се отговори на въпросите, поставени в това проучване.

Заклучение

Посредством нашите емпирични изследвания установихме, че пациентите оценяват всички аспекти на многопластовото измерение, изграждайки собственото си възприятие и взаимодействие с клиничната / медицинска среда, както и в научно-терапевтична и религиозно-духовна перспектива. Освен това, при по-голямата част от пациентите изглеждаше, че комбинацията от личната им способност да се подобрят, медицинската сила на предоставените терапии и повечето духовни / метафизични сфери на смисъла на живота и неговата цел, включително духовното измерение - тази комбинация представлява много важна ценност в техните усилия да се подобрят. В тази връзка, данните сочат също силна корелация между възприятието на пациента на причините за неговото / нейното здравословно състояние и възприятието за положителни / отрицателни резултати по отношение на здравето, както и между възприятието на пациента за смисъла на живота и неговата цел и способността му да се подобри. Нещо повече, тъй като по-голямата част от данните е съставена от най-високите резултати на нашата скала (стойности 7-8), с много по-ниски резултати на противоположната страна на спектъра (стойности 1-2 на нашата скала) - по този начин остават много малко силно различаващи

се стойности, показващи несигурност в отговора на въпроса в една или друга посока (стойности между 3 и 6, "донякъде" или "отчасти" съгласен / несъгласен). Пациентите явно демонстрираха сравнително силна вяра в отговорите, които са избрали. Затова събраните до този момент данни изглеждат в потвърждение на нашите прогнози за значението на тези елементи в усилията ни да разберем по-добре пациентите и да се осигури по-добра грижа за тях, която да взема предвид точно тези сфери на изследване, взаимодействие и възможно терапевтично действие. На този етап не целяхме да намерим пряка причинна връзка между горепосочените понятия и ефективността на терапията. Нашият фокус е върху начина, по който пациентите виждат себе си и / в рамките на заобикалящата ги среда в диагностиката и терапията, следователно, проучването бе върху връзката между пациентите и доставчиците. Проучването показва, че е намерен специален акцент на вниманието и предпочитанията на пациента в тези категории, които пряко работят в тясна връзка (комуникативна, лична и психотерапевтична) с пациентите, например терапевтични дейности, психиатри, специалисти по психичното здраве, лицензирани сестри асистенти и социални работници. Както отбелязахме по-горе, регистрираните сестри също получиха значителен брой положителни реакции, макар и в комбинация с голям брой негативни коментари (най-голям сред персонала и в двете части на отделението). Последното е може би още едно потвърждение на значението на комуникацията пациент-доставчик, която не само е в основата на всяка клинична интервенция (поне в психиатричните отделения), но се оказва и основна за терапевтичната ефективност. С други думи, резултатите от нашето изследване показват, че, за да се гарантира подобряване на нашите грижи, ние трябва да разберем и да работим по всички тези гореспоменатите слоеве, които представляват пациентите като човешки същества.

Комуникацията и разбирането (философското, и медицинско) са ключовете. На по-индивидуално ниво, разглеждайки всеки случай поотделно, много коментари сякаш следват една и съща гледна точка, в смисъл, че сякаш потвърждават значението на понятия като възприятие, чувство за смисъл, духовност и общуване-връзка в диагностиката и терапията. Както установихме, физическото ни здраве зависи от нашето чувство за свързаност с други лица, или, с други думи, нашето възприятие на (нашето) Аз по отношение на другите, включително доставчиците на здравни грижи. Емпиричните ни изследвания откриха скрито доказателство за значението на тези гледни точки, както се вижда от приложението в края на този труд. Данните показаха, че начинът, по който пациентът разбира себе си, медицинските среди и чувството за смисъл и цел в живота, играе основна роля за неговото благосъстояние. Нашето изследване е както количествено, така и качествено не само поради самата сложност на разглежданите въпроси, но и защото мислим и вярваме, че тезата ни за рационалната сила на човешките познавателни способности трябва да се разбира и да се проучи достатъчно, за да се избегнат прибързани заключения и изводи. Въздържахме се от приемането на философски позиции, които обезсърчават всеки опит за разбиране (на човешката природа) поради (възприетата, декларирана) абсолютната невъзможност за постигане на знания. Ние вярваме, че теоретичното и емпирично изследване е основополагащ принцип на експерименталната философия, в смисъла, който обсъдихме в настоящия труд. Въпреки това, подчертаваме важноста на умереността в анализиране на събраните данни. Първо и преди всичко, защото, нека да повтора още веднъж, че "цифрите не лъжат, нито казват истината". Смисъла намираме в тълкувателния, епидемиологичен анализ и във възможното прилагане на данните. Това е особено важно, когато се наблюдава връзката между

възприятието и смисъла в живота, по-специално, когато тази връзка се филтрира през обектива на духовното. Освен това, нашето изследване има и етично измерение, в смисъл, че нашата цел е чисто философска - в него не само бяха разгледани няколко теоретични позиции, хипотези, идеи и предположения, но също така бе предложена парадигма, която да включва въпроса за "това, което трябва и би трябвало да бъде ", вместо само с акцент върху "какво е". Това не е изследване на религия или духовност, но религията и духовността не могат да бъдат избегнати при обсъждането на смисъла и целта на живота, особено в рамките на медицината, поради самото и естество да се "опитва да излекува, цери, третира и облекчава (човешкото) страдание, болка и тъга". Поради всички тези причини, ние решихме да не предлагаме поредното изследване върху напр., връзките между депресията и религията или депресията и духовността. Има над 450 проучвания, извършени през последните 60 години, изследващи тези връзки. В същото време, ние признаваме важността на разбирането на тези връзки, дали чисто корелационни или причинни, в опита за описание на "себевъзприятието на пациента в диагностиката и лечението". Ето защо решихме да не правим мета-анализ на събраните данни от всички тези проучвания - нещо, което е широко достъпно в научните архиви и библиографски справки - а да включим *ново* проучване на *нови* пациенти като отправна точка, като диалог и разговор за целите на нашата философска дискусия и за изчерпателно (все още не съвършена, в смисъл, че тя непрекъснато метаморфозира) съчетание субект-обект. Това е човек, човешко същество, което се сблъсква с (чувството за) себе си, и с невероятен брой заобикалящи среди, от темпорална, през историческа и преживенческа, релационна и социална до духовна и може би дори религиозна, с Другия на Левинас някъде по средата на пътя. Освен това, "здраве" означава разбиране и (себе) познаване на идентичността и

ролята в живота, за разлика от "болестта", или загубата на (част от) самоличността. Изследването е между тези сфери на човешката дейност / взаимодействие и (ефективността / неефективността на) на лечебния процес. Медицинската философия има централна роля в предложеното съчетаване на доказателствената медицина и практиката, ориентирана към пациентите (или поне информираните пациенти), подкрепена от силна теоретична (философско-научна) основа, за да доведе до положителни резултати в клинично- терапевтични условия, по-специално диагностика, прогноза и лечение.

Основен принос

1. От концептуална гледна точка, дефинирането на медицинската философия, от нейния произход до наше време, ни помогна да разберем как всеки аспект на науката и медицината е вграден в едно философско измерение и че ако липсва силно философско разбиране на медицината, се появяват затруднения в сферите на диагностиката, прогнозата, терапевтичната ефективност, комуникацията доставчик-пациент и клиничен персонал, в епидемиологичното разбиране на лабораторни данни, както и възможността за намаляване на клиничните грешки.

2. Първоначалната хипотеза, че човешката сложност може да се изследва и разбере по-добре, ако сме готови да изследваме многопластовата структура на битието в нашата клинична оценка (диагностика) и усилията на лечение (терапия), е тествана с помощта на мултидисциплинарен подход, който се фокусира не само върху различни области като естествените (особено медицински и биологични) науки, социология, антропология и етнология, но и върху разглеждането на няколко философски позиции, със специален акцент върху континенталния принос, макар и като се вземат предвид елементи от аналитичната философия, като философия на съзнанието.

3. Изборът ни да се съсредоточим върху психиатрията и психологията се оказа успешен, в смисъл, че те предложиха солидна основа, върху която да изградим един набор от важни съображения, полезни и ефективни за всеки клон на медицинската практика. Силният акцент върху тези философски гледни точки в основата на хуманистичната и позитивна психология позволи да осъществим едно по-добре определено търсене на смисъл и цел в рамките на перспективата пациент-пациент и пациент-доставчик. По-специално, съчетаването на теоретичния дебат с огромната информация, предлагана от мета-анализа на психотерапевтичните интервенции като когнитивно-поведенческа и диалектико-поведенческа терапия, особено в сравнение с фармакологичната интервенция, показва ясно, че философията играе главна роля в осигуряването не само на по-добро разбиране на проблемите (медицински и психически, физически и духовни), които биха могли да повлияят на пациента, но и за насърчаване на предоставянето на помощ и облекчение за тези проблеми.

4. Допълнителен принос за прилагането на експерименталната философия в този контекст са емпиричните изследвания, предоставени като приложение към тази работа. Въпреки, че ние бяхме очевидно убедени в несводимостта на единичните, индивидуални и лични отговори до едно възможно, генерализирано правило; събраните данни представиха сериозни доказателства за съществуването на твърди модели, свързващи лични усилия и способности, духовни или религиозни измерения (включително дебатите около явления като необичайни състояния на съзнанието и близки до смъртта преживявания), и общата система от вярвания в терапевтичното подобрене. Следователно, доказахме, че съчетаването на количествени и качествени подходи има успех.

5. Това проучване хвърли светлина върху медицинската философия като форма на транслационната наука. Преодолявайки теоретичната пропаст между фундаменталната наука и приложната наука, медицинската философия помага комбинирането на изследователските области T1 и T2, като по този начин осигурява не само по-добро разбиране на теоретичните основи на лабораторната наука, но и с всяка стъпка следва транслацията по пътя към ежедневната клинична практика. Това има очевидни приложения в областта на обществената политика и вземането на политически решения в планирането на здравеопазването.

6. Сериозен акцент бе поставен върху насочеността към пациента от философска, (приложно) научна и медицинска (клинична, терапевтична) гледна точка. Този подход е от фундаментално значение поради две основни причини. Първият се отнася до нашите възгледи за "най-доброто лекарство", което следва да включва златните стандарти на основаната на доказателства наука и да ги съчетава с: а) силна теоретична основа, насочена към по-дълбоко разбиране на "по-голямата картина" на свързаните механизми, отвъд болестите и лечебните процеси, б) практика, насочена към пациентите и подход с информиране на пациентите. Втората причина е свързана с "по-голямата картина", както е кодирана в по-всеобхватни практики като интегративна, комплементарна и алтернативна медицина, чиито парадигми и характеристики (включващи силен акцент върху духовните, философски и психологически основни ценности и перспективи) ние анализирахме в настоящото проучване. Този подход в медицината е насочен към намиране на по-дълбоки *научни* истини в клиничните ни усилия и може би към приближаването ни до *личните истини* на всеки пациент.