

За някои особености на медицинското мислене
(Лекция, изнесена на IV среща на Дружеството по история на
медицината в Лвов)

Лудвиг Флек [1]

Медицинското знание, чийто обхват е толкова широк, колкото е и неговата история, доведоха до появата на специфичен стил в подхода към собствените му проблеми, специфичен начин на отношение към медицинските явления, т.е. до специфичен тип мислене. Всъщност такъв различен тип мислене не е нищо изненадващо. Моля, помислете, колко по-различно мисли натуралистът от хуманистът, дори ако темата е по същество една и съща; например как иначе, в различен стил, без възможност за пряко сравнение, психологията изглежда като естествена и философска наука. Самият обект на медицинското познание се различава по принцип от обекта на естествената наука. Докато натуралистът търси типични, нормални явления, лекарят изучава точно тези необичайни, ненормални, болестни явления. И веднага по този път той среща огромното богатство и индивидуалност на тези явления, създаващи множество без ясно разграничени единици, пълно с преходни, гранични състояния. Няма строга граница между това, което е здраво, и това, което е болно, и същата картина на болестта никога не се вижда втори път. Но това невероятно богато множество от все още различни и различни варианти трябва да бъде мисловно преодоляно, защото това е познавателната задача на медицината. По какъв начин да намерим закона за неправилните явления? – това е основният въпрос на медицинското мислене. Как да ги изразим и какви взаимоотношения между тях трябва да се приемат, за да се получи рационална област?

И така, започва търсенето на типове сред явления, които първоначално изглеждат именно атипични. Например, нормалната, типична сърдечна честота изглежда така и така. Има индивидуални различия по отношение на интензивността и продължителността на всеки компонент на това действие и по отношение на ритъма на последователността на тези компоненти. Но тези разлики са физиологично незначителни. Едва болестният сърдечен ритъм дава голямо богатство от все по-различни и различни образи. Оказва се, че е необходимо да се разширят наблюденията върху периферните съдове, капилярите, кожата, ендокринните жлези и вегетативната система, връзките в развитието и т.н.

Възниква огромно богатство от материал. Задачата на медицината е да намери в този първичен хаос някакви закони, връзки, някои видове от по-висок порядък.

По принцип това става възможно. Ние знаем от изчислението на вероятностите, че дори случайностите, дори случките без връзка по между си, могат да бъдат обобщени в определени закони, така че не е чудно, че тези ненормални, болестни явления се групират около определени типове, давайки закони от по-висок порядък, защото те са по-красиви, по-общи от нормалните вече съдържащи се в тях, които изведнъж стават по-задълбочено разбрани. Тези типове, тези идеални, измислени образи, наречени болестни единици, около които се групират такива индивидуални и променливи патологични явления, които никога не отговарят напълно на тях, създават медицинското мислене, от една страна, чрез специфично, широкообхватно абстрахиране, т.е. отхвърляне на някои наблюдавани данни, от друга страна, чрез изграждане на хипотези по също толкова специфичен начин, т.е. отгатване на ненаблюдавани връзки. В това си служим преди всичко със статистическа компилация и сравнение на много подобни явления, т.е. това, което бих нарекъл статистическо наблюдение, което позволява само да се намери тип сред много индивидуалности. Ролята на статистиката в медицината е огромна. Само многобройни, много наблюдения премахват индивидуалността на това, което е болест, а в сложни области като патология или социология, индивидуалната черта е идентична със случайността и трябва да бъде премахната. Но само статистическото наблюдение не създава основното понятие на нашето познание, което е понятието за болестна единица.

Тук в играта влизат много неуволими от страна на логиката странни неща, които ни позволяват да предвидим, в известен смисъл да предчувстваме хода на въпросите и идеите, които определят развитието на дадена мисловна област и създават стила ѝ, подходящ за епохата. Наричам този фактор един вид интуиция. Не мога повече да се задълбочавам върху въпроса за тази интуиция, защото тя става възможна само в светлината на историята на науките, но трябва да отбележа, че без понятието за нея, т.е. ако приемем, че развитието на науката е само въпрос на време, технически възможности и шанс, ние никога не бихме могли да го разберем, не бихме разбрали преди всичко защо етапите на развитие имат специфичен стил на мислене, защо явление, достъпно за всички, е било забелязано в даден момент за първи път и почти едновременно от няколко изследователи. Така възникват на определен етап на развитие определени болестни образувания и този техен генезис обяснява някои от техните специални черти: Никъде извън медицината няма толкова много термини „псевдо“ и „пара“: например тиф-паратиф; псориазис-парапсориазис; ваксина-параваксина; анемия-псевдоанемия;

псевдобулбарна парализа, псевдокруп, псевдоневрит на зрителния нерв, псевдоптоза, псевдосклероза, псевдотабес; по-нататък менингит-менингизъм; Паркинсон-Паркинсонизъм и др., и др. Тези конкретни имена съществуват в медицината, тъй като с напредването на медицинските познания за вече определения идеален тип заболяване е трябвало да се разграничат отделни подтипове, напр. тиф-паратиф, които понякога се оказват напълно несвързани: *tabes-pseudotabes*. Колкото по-напред отива медицинското познание, толкова повече такива термини, такива доказателства за отклонение от първоначалния подход, възникват и ще възникват, защото първоначалната концепция се оказва твърде абстрактна, твърде идеална.

А каква роля играе интуицията в лекарското мислене, дори при простото разпознаване на дадена болест, се вижда най-добре от там, че фактически почти никога нямаме патогномичен симптом, който сам по себе си би бил достатъчен, за да определи болестното състояние: дори микобактерията на тифа, израснала от изпражненията, не доказва, че индивидът има тиф, защото може да е носител на микроба. Само комбинацията от симптоми и преди всичко външният вид, хабитусът и целият актуален статус на пациента решават. Най-добрите диагностични най-често не могат да посочат от какво точно се ръководят при поставянето на дадена диагноза, като обясняват само, че целият външен вид е типичен за този и онзи случай на заболяването.

Тъй като медицинската мисъл вече е открила определени идеални типове в безкрайното множество на пръв поглед нетипични патологични явления, тя е изправена пред нов проблем: да ги сведе до общ знаменател, да анализира някои общи елементи, градивни елементи, тухлички, от които могат да се пресъздадат наблюдаваните явления. Така възникват елементите на анатомията и патологичната физиология. Но така постигнатите по този път комбинации от няколко непрекъснато повтарящи се мотива (възпаление, дегенерация, атрофия, хипертрофия, хипофункция, хиперфункция и др.) никога не отразяват богатството на индивидуалните характеристики на заболяването. Най-специфичните, най-характерните черти все още остават извън обхвата на подобен подход, доказвайки, че елементите на анатомията и патофизиологията са твърде общи.

Това отново е особеност на медицината. Никъде извън нея, в който и да е друг клон на знанието, видовете нямат толкова много специфични характеристики, т.е. характеристики, които не могат да бъдат анализирани, а специфичните особености на медицинското мислене водят до общи елементи. По този начин един много напреднал процес на абстракция създава понятието за вид, чиято фиктивност (фикцийност – бел. прев.) е значително по-висока, отколкото във всяка друга област на знанието и понятието

за елемент е от също толкова специфичен общ характер. В резултат на това има характерно несъответствие между теорията и практиката в медицината. Имам предвид несъответствието между книжното знание и живите наблюдения, а не разминаването между медицинските изкуство и наука, защото например и в химията има известна диспропорция между науката и приложното изкуство. Но никое наблюдение не може да бъде противоречиво или дори извън обхвата на теорията. В медицината, от друга страна, известната фраза: „In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor“ [2] може да се прилага твърде често.

На практика не може без термини като: „настинка“, „ревматични болки“ или „невралгични болки“, които нямат нищо общо с ревматизма или невралгията в теоретичен аспект. Има различни болестни състояния и комплекси от субективни симптоми, които в теоретичната медицина не са намерили досега и може би никога няма да намерят място. Това несъответствие между теорията и практиката е още по-видимо в терапията и най-добре видимо е в опитите да се обяснят действията на лечебните средства, където това води до специална псевдологика. Наскоро камфорът беше забранен да се прилага при хемоптиза [3] – и това имаше своя мотивировка. Камфорът днес се препоръчва – и това също има своята „логическа“ мотивировка. Всеки терапевтичен метод, включително хомеопатията и психоанализата, има „строга, логична, почти математическа“ мотивация, най-често колкото е по-строга, толкова по-кратък е животът му. Никъде не е по-лесно да се намери такова псевдологично обяснение, както в медицината, защото колкото по-сложно е множеството от явления, толкова по-лесно е да се намери закон, който може да бъде проверен за кратко време и толкова по-трудно е да се намери идея, която го обхваща. В медицината има едно уникално обстоятелство, че колкото по-лош е лекарят, толкова по-„логична“ е терапията му. Защото в медицината може да се симулира почти всичко, за да се докаже, че досега не сме обяснили реално нищо.

Покрай тези основни понятия за вид и елемент, медицинското мислене има и специфична концепция за връзката на болестните явления. Това невероятно сложно поле представя уникална картина от когнитивна гледна точка. Заедно с естествените науки медицинското мислене признава причинно-следствените връзки (въпреки че вече стана нещо обичайно, че лекарят винаги казва „след това“ и почти никога за „заради това“). Както в биологията, обусловеността на явленията в медицината може да бъде развиваща, корелационна, сурогатна, синергична и антагонистична. Като доста специфичен фактор, обясняващ болестните явления, в медицинското мислене се появява и концепцията за

вътрешна диспозиция и външна основа, тоест условия, които по някакъв начин *in potentia* съдържат дадено болестно явление. А освен това – епидемиологичен подход към болестните явления и в никакъв случай не на последно място – телеология. По този начин медицинските явления са свързани помежду си с голям брой взаимоотношения като резултат и компенсация за първоначалната им атипичност.

Но множеството, чиито елементи са толкова различно обусловени, когато се разглежда като цяло и последователно от една гледна точка, е ирационално. Ние признаваме причинно-следствените връзки, но следствието никога не е пропорционално на причината, дори не винаги е същото. Действието на патогенна причина е резултат от нейната интензивност и разположение, така че към причинно-следствените връзки се присъединяват несъизмерими с тях фактори от еднократни разсейващи фактори. Но дори и като вземем предвид и двете серии от действия, не можем да изведем нищо в медицината, защото винаги може да има антагонистична реакция. Например, „*dermographismus albus*“ [4] показва хиперфункция на надбъбречната жлеза според някои и (еднакво логично) според други хипофункция, дължаща се на антагонизъм на кожата и вътрешните органи. Законът за действието на стимулите на Шулц, различният ефект на малки и средни дози атропин и променливата реакция на зениците при анестезия са други примери за тази ирационалност.

Дори задълбочено познаване на анатомията и физиологията на пикочния мехур и задълбоченото познаване на туберкулозните процеси не биха предсказали интересния феномен, че туберкулозата на пикочния мехур отстъпва след отстраняване на туберкулозния бъбрек. По същия начин, от познанията по физиология на речта не може да се изведе фактът, че дори след като ларинксът е напълно отстранен, човек може да се научи да говори. Класическата теория за реакцията на Васерман предполага, че с активен серум ще получим по-голям брой отрицателни резултати, докато е вярно обратното. Медицината има своите мотиви за това, но те вече не лежат по линията на тази класическа теория, а изискват промяна на мисловната позиция.

И е така с всеки медицински проблем: непрекъснато и непрекъснато се превръща в необходимост промяната на гледната точка, да се откаже от последователната мисловна позиция. Само така светът на болестните явления става ирационален като цяло, рационален в детайлите. Така както, от една страна, само далеч отиващата дейност по абстрахиране позволява на медицинската мисъл да открие типове сред нетипичните явления, така, от друга страна, само резигнацията с последствията позволява прилагането на закона към неправилните явления. А резултат от това е

непропорционалността на идеите, произтичаща от все по-различния начин на описание на болестните явления и водеща до там, че единният поглед върху тях е невъзможен. Нито клетъчната теория, нито хуморалната теория, нито самото функционално разбиране на болестите, нито тяхната „психогенна” обусловеност сами по себе си никога няма да изчерпят цялото богатство от болестни явления.

Доколкото все пак в медицината е невъзможно да се обхване цялата идея, като атомистиката в химията или енергетиката във физиката, то въпреки това определена методична идея, определен ръководен принцип за описание на медицинските феномени все по-ясно се очертава като доминираща позиция. Това е специфичен времеви и динамичен подход към болестните явления. Обектът на медицинското мислене, болестта, не е никакво продължаващо състояние, а непрекъснато променящ се процес, който има своя произход, ход и изчезване във времето. Тази научна фикция е единица, създадена чрез абстракция, базирана на статистика и интуиция, единица, наречена болест, която е ирационална, неуловима и невъзможна за еднозначно дефиниране, когато се разбира статистически, се превръща в конкретна единица едва във времето. Никога *status praesens* [5], а само историята на болестта (*morbi*) създава болестна единица. Първият дава в най-добрия случай синдром, синдром от симптоми като синдрома на Хоумър или синдрома на Банти, който съвременното медицинско мислене разграничава точно от болестта (*morbus*). Тази историчност, темпоралността на понятието болест, е уникална. Тъй като болестта е развиваща се във времето промяна в жизнените функции, които също имат свой собствен времеви ход, така че като вид разнообразие от промени в живота е двойно зависимо от момента. Ако е разрешено сравнение от далечна област, то болестта се отнася до нормалните функции, както ускорението към скоростта. Животът като такъв има свой ход във времето. В този ход протичането на болестта се извършва донякъде независимо от него. Детето се развива по познатата схема. В същото време туберкулозата му се развива със собствено темпо и по нейни си закони. По този начин болестта получава своя двоен или всъщност четворен генезис.

И така, на първо място, патогенезата на един конкретен случай: неговото разположение, диатеза, конституция или хабитус, неговата инфекция, първичен симптом, развитие на алергия, развитие на патологични симптоми и т.н. Бих го нарекъл подробна онтогенеза на заболяването. След това общата патогенеза на единичния случай на туберкулоза, т.е., например, предразполагащите фактори и протичането на туберкулоза или тиф, или подагра в детството, юношеството, климактериума и пр. Бих го нарекъл обща онтогенеза на болестта. Трето, независима история на заболяване в

определена социална или географска среда, история на определена епидемия или определена дегенерация. Бих го нарекъл подробна филогенеза на болестта. И накрая, общата история на развитие на болестта, нейната поява в човечеството и нейната трансформация. Бих го нарекъл обща филогенеза на болестта. Не знам за друга област на научната мисъл, в която основното понятие да допуска толкова много различни генетични съображения. Ембриологията или палеонтологията, или историята, или социологията познават само едно еднопосочно развитие. В патологията се комбинират две серии на развитие: онто- и филогенетично развитие на живо същество и развитие на болест. Този исторически поглед върху понятието за болест става все по-ясен и по-ясен.

Ще обърна внимание на две напълно модерни и плодородни концепции: концепцията за хигиогенеза и латентна инфекция (*inapparente infektion* - Weil). И накрая, концепцията за латентна болест, например *lues latens* [6]. Включените процеси не попадат в старата концепция за здраве или концепцията за болест. При тяхното осветляване на здравето е определено тяхно отношение към пато- и хигиогенетичните процеси, а всяка друга връзка в каквато и да е посока, е болест. Тъй като различни органи и жлези могат да се заменят взаимно, а някои заболявания се компенсират взаимно, което води до благоприятно състояние, здравето трябва да се определя правилно последователно, макар и парадоксално, като най-полезното заболяване в даден момент. По този начин възниква специфичен динамичен подход към обекта, при който вместо постоянни причини имаме процеси, които си влияят взаимно. Отношенията между тях са различни и непропорционални, в зависимост от все още необходимата промяна на гледната точка. Ако към това добавим специфична абстрактност на понятието за болестна единица, получаваме обща картина на медицинския подход към въпроса.

Ако ми бъде позволено да използвам картинно сравнение, медицинското мислене се различава по същество от естественото мислене по това, че използва гаусовата координатна система, а естественото мислене използва системата на Декарт. Лекарското наблюдение не е точка, а малък кръг. Ние не го поставяме върху системата под постоянен ъгъл от наклонени прави координати, а върху система от всякакви пресичащи се криви, които не познаваме отблизо.

Известна корекция в тази картина се внася от обстоятелството, че, строго погледнато, множеството медицински явления могат да бъдат обхванати с известно приближение само в гаусовата система, тъй като точките ѝ не са еднозначно определени. Всъщност работата е там, че естественото мислене използва системата на Декарт за малки диапазони от явления, а тази на Гаус (теорията на относителността) за големи

диапазони. Лекарското мислене, от друга страна, използва гаусовата система за малки диапазони и като цяло не намира никакъв последователен и рационален подход към явленията.

Бележки

[1] Преводът е направен по: Fleck, L. (1927) O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego. (Rzecz wygłoszona na IV Posiedzeniu Tow. Miłośników Historji Medycyny we Lwowie). W: „*Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych*”, Ł 6, z. 1, ss. 55-64.

[2] „*In der Theorie zwar unmöglich, in der Praxis kommt es aber vor*“: „На теория е невъзможно, но на практика се случва“ – бел.прев.

[3] *хемоптиза* – състояние, характеризиращо се с бавно отделяне на малко количество кръв в храчките във вид на жилки - бел.прев.

[4] *dermographismus albus* – бял дермографизъм. Дермографизъм (от др.гръц. δέρμα – кожа и γράφω - пиша) – физиологичен феномен, при който цветът на кожата се променя там, където тя е раздразнена леко – бел.прев.

[5] *status praesens* (лат.) – сегашно състояние – бел.прев.

[6] *lues latens* – латентен сифилис – бел.прев.

Превод от полски език: проф. д-р Божидар Ивков