

Ю.К. АБАЕВ

**КУЛЬТУРА МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА**

Белорусский государственный медицинский университет

*Будьте внимательны к своим  
мыслям – они начало поступков.***Лао-цзы**

Профессиональная деятельность врача зависит от многих факторов, в том числе от качества мышления. Однако именно эта сторона мышления выпускников медицинских вузов является наиболее уязвимой. Не секрет – многие из них плохо представляют, какие требования к мышлению предъявляет избранная специальность и как его развивать. А ведь именно мышление является важнейшим инструментом врачебной деятельности, от которого зависит здоровье и жизнь пациента [1, 2, 3, 4]. Выдающиеся представители медицины хорошо понимали это. Еще Гиппократ хвалил врача, который достигает «вывода из явлений методическим путем», а К. Гален в полемике с Асклепиадом упрекал его в незнании «принципов логического мышления» [5, 6].

Основоположник ряда областей отечественной хирургии, профессор С.П. Федоров (1869–1936) подчеркивал: «Гораздо больше ценен врач мыслящий, чем доверяющий или отрицающий; врачу нужно воспитывать в себе логическое мышление, ибо такой врач принесет гораздо больше пользы больным, чем другой, знающий, может быть сотни реакций и все процентные отношения составных частей крови и мочи. Мыслящий врач не так скоро попадет на ложный путь и, даже попавши, скорее сойдет с него» [7].

Недостаточно развитое мышление приводит к некорректности рассуждений врача. Об этом свидетельствует не уменьшающееся число врачебных ошибок в диагностике и лечении [8]. Академик Е.И. Чазов писал: «Практика свидетельствует, что с годами в комплексе причин диагностических ошибок уменьшается их возможная связь с недостаточностью достоверных научных данных в медицине, недостаточностью специальных методов исследования, ошибок этих методов и возрастает значение квалификации, знаний и ответственности врача

как причины таких ошибок» [9]. Получается, принцип работы того или иного прибора, имеющего вспомогательное значение в диагностике, будущие врачи изучают более обстоятельно, чем принцип работы основного «инструмента» диагностики – мышления.

Появление новых технических методов исследования не упрощает, а усложняет мышление врача, так как он вынужден осмыслить гораздо больше информации, чем ранее. Поэтому справедливо мнение о том, что самый простой, организационно и экономически выигрышный путь повышения эффективности врачебной деятельности лежит не столько через новые методы исследования, сколько через совершенствование мышления. Диагностическая техника призывает врача, у которого нет своего мнения, тогда как думающего врача она обеспечивает лишь дополнительной информацией, делая его решение более убедительным [10, 11].

В медицинской литературе нередко подчеркивается специфика мышления врача. Однако врачебное мышление, как юридическое, педагогическое и другие его виды подчиняется общим, универсальным законам, следование которым составляет неперенное условие правильности и эффективности мышления вообще. Точнее было бы говорить не о специфике, а о применении универсальных по своей природе законов диалектики и логики в решении специфических задач врачебной деятельности [12, 13, 14, 15].

Другой распространенный предрассудок состоит в отрицании необходимости изучения философии и логики для развития врачебного мышления. При этом ссылаются на то, что многие врачи, в том числе выдающиеся, специально философию и логику не изучали и, тем не менее, становились прекрасными клиницистами. Действительно, навыки умозаключений, оперирование логическими понятиями усваиваются, как правило, стихийно, на основе практического опыта, в процессе обучения и освоения выверенных в логическом отношении учебников, руководств, монографий. Поэтому даже опытные врачи обычно не отдают отчета, какими законами и правилами они пользуются в своей мысли-

тельной деятельности и пользуются ли ими вообще. Однако отсюда вовсе не следует, что данными законами и правилами можно пренебрегать [8, 16, 17].

В последние десятилетия возможности успешной диагностики и лечения болезней существенно возросли. Однако заметными стали и негативные тенденции, нарастающие в современном врачевании. Бесспорно, вспомогательная диагностическая служба играет важную роль в работе врача. Но она приобретает все большую самостоятельность, оттесняя лечащего врача от процесса принятия решения об окончательном диагнозе и лечении. Казалось бы, нет ничего плохого в обилии разносторонней дополнительной информации о патологических отклонениях у пациента. Однако все большее распространение получает практика переоценки возможностей лабораторно-инструментальных методов исследования. Способствуют этому, во-первых, наивная вера в то, что чем современнее и технологичнее метод, тем выше его диагностические возможности. Новым методам зачастую верят на слово, не принимая во внимание пределы их чувствительности и специфичности. При этом нечеткость границ нормы обуславливает частые находки патологии у здоровых лиц [11, 18].

Во-вторых, играет роль человеческий фактор. Чем меньше опыта и квалификации у врача, тем чаще хочется обнаружить патологию. Пациент любит, когда у него находят отклонения, полагая, что знание причин позволит ему быстрее обрести утраченное здоровье. Нечеткость критериев, субъективизм, неумение аргументировать свои заключения приводят врача к лавине ложной информации о больном. В итоге, ситуация как для врача, так и для больного становится все более сложной. С одной стороны, ложная информация уводит врача от правильного диагноза, с другой – пациент, уже информированный о наличии у него целого ряда отклонений, требует лечения их всех. В результате – неадекватное лечение, способное нанести вред здоровью больного [19, 20].

Сегодня клинической медицине угрожают две опасности: 1) фетишизация техники; и 2) пренебрежение врачебным мышлением. Современная медицинская техника с ее небывало возросшими возможностями все больше нуждается

во враче-мыслителе с широким медицинским и философским кругозором. С получением новой информации обеспечить правильное мышление без применения основных принципов *материалистической диалектики* – объективности и всесторонности исследования, изучения явлений и процессов в развитии, раскрытия противоречий в самой сущности предмета, единства количественного и качественного анализа – становится практически невозможным [21, 22, 23, 24].

Диалектика, являясь важнейшей составной частью философии, состоит из ряда принципов, назначение которых состоит в познании противоречий развития. Отражая наиболее общие моменты объективной связи и развития, законы и категории диалектики ориентируют мышление врача в правильном направлении, ускоряют и сокращают путь познания истины [25, 26, 27]. Среди законов диалектики три являются основными, всеобщими: 1) *закон единства борьбы и противоположностей*; 2) *закон перехода количественных изменений в качественные*; 3) *закон отрицания отрицания*.

Ядром материалистической диалектики является *закон единства и борьбы противоположностей*. Он вскрывает и объясняет внутренний источник развития (саморазвития, самодвижения) предметов, явлений, процессов вообще и живого организма в частности. Все процессы, происходящие в организме, представляют собой наглядное либо скрытое проявление закона единства и борьбы противоположностей. Во время болезни в организме противодействуют две стороны – «полом» (патогенез) и «защита» (саногенез). Взаимопревращаемость защитных и повреждающих реакций организма следует понимать как единство противоположностей. При этом один и тот же механизм может выступать как функция защиты, так и в качестве патологического процесса. То есть защитно-приспособительные механизмы при определенной степени их нарастания превращаются в свою противоположность [26].

Например, фибринолиз можно рассматривать как защитно-приспособительный механизм, способствующий устранению отложений фибрина и восстановлению кровотока. Однако, чрезмерное усиление фибринолиза, возникающее как приспособительная реакция при распространенном внут-

рисосудистом свертывании крови ведет к афибриногенемии, и патологической кровоточивости. Так приспособительная реакция перестает быть защитной.

Нельзя забывать предостережение И.П. Павлова против одностороннего, метафизического воззрения на болезнь: «Вы должны в картине болезни отличать, что в ней есть результат повреждения и что есть результат противодействия организма данному повреждению. Эти две категории явлений спутываются. Дело науки и талантливому врачу разделить их и понять, что есть истинная болезнь и что есть физиологическая мера против болезни». Неумение применить закон единства и борьбы противоположностей в научном исследовании приводит к одностороннему взгляду на эволюцию организма лишь как на прогрессивный процесс. На самом деле эволюция является сложным и противоречивым процессом. Кроме того, прогрессивной эволюции одних организмов может противостоять регрессивная эволюция других. Даже один и тот же организм в процессе эволюции может сочетать линию прогрессивного и регрессивного развития. Нередко эволюция организма в целом сопровождается деградацией отдельных клеток, органов и т.д.

*Закон перехода количественных изменений в качественные* неразрывно связан с законом единства и борьбы противоположностей. Если первый закон вскрывает внутренний источник развития предметов, явлений и отвечает на вопрос, почему происходит развитие, то второй закон характеризует внутренний механизм этого развития и отвечает на вопрос, как происходит развитие. Врач всегда должен помнить диалектическую закономерность – количественные изменения непрерывны, а качественные прерывны. Непрерывность количественных изменений в определенный момент прерывается возникновением нового качества. Количественные изменения тех или иных физиологических процессов в сторону их увеличения или уменьшения, происходят непрерывно и, достигнув определенного уровня, порождают новое состояние организма – болезнь [6].

Между здоровьем и болезнью нередко наблюдаются многочисленные переходные и промежуточные фазы. О существовании подобных переходных стадий говорится в афоризме: «Уже не здоров, но еще не болен». Такое состояние называют субклиническим. Наличие переходных форм от физиологического к патологическому и наоборот, является глубоко диалектическим процессом. При достижении порогового уровня одна противоположность переходит в другую. Этот переход может совершаться в скоротечной, разовой или затяжной, замедленной форме. Таким образом, качественное различие всегда связано с новыми количественными характеристиками. Качество также в свою

очередь на определенном этапе переходит в количество, порождая определенные количественные сдвиги параметров жизнедеятельности организма [24, 30].

Врач всегда должен помнить диалектическую закономерность – количественные изменения непрерывны, а качественные прерывны. Непрерывность количественных изменений в определенный момент прерывается возникновением нового качества. Например, непрерывное накопление токсических соединений в организме, достигнув определенного количественного уровня, ведет к декомпенсации и развитию качественно нового клинического состояния (кома, смерть). Другими словами, количественные изменения тех или иных физиологических процессов в сторону их увеличения или уменьшения, происходят непрерывно и, достигнув определенного уровня, порождают новое состояние организма – болезнь.

*Закон отрицания отрицания* будучи тесно связан с двумя предыдущим законами отвечает на третий важный вопрос – в каком направлении идет развитие? Умелое применение данного закона способствует глубокому пониманию процессов, которые происходят в организме.

Так, согласно биогенетическому закону, любой живой организм обладает не только собственно индивидуальными свойствами, но имеет и ряд признаков своих предков, приобретенных в процессе длительного филогенетического развития. Поэтому с точки зрения закона отрицания отрицания процесс размножения нужно рассматривать не только как «воссоздание нового организма из частицы, отделившейся от старого», но и как сохранение элементов старого в новом. Каждый новый организм в процессе онтогенеза впитывает в себя, прежде всего те элементы старого, которые способствуют ему более тонко и дифференцированно приспособиться к окружающим условиям. Морфологические и функциональные свойства, наследуемые новым организмом от своих предков, служат опорной базой для дальнейшего приспособления к окружающей среде.

Не только физиологические, но и патологические процессы в связи с восхождением живых существ по ступеням эволюционной лестницы все более усложняются. Еще И.И. Мечников, говоря об усложнении воспалительного процесса в ходе эволюции животных отмечал, что если у личинки морской звезды фагоцитоз происходит без участия кровеносных сосудов и нервной системы, так как и то и другое у нее отсутствуют, то у высокоразвитых животных воспалительный процесс осуществляется при участии различных систем организма (нервная, иммунная, эндокринная)

В клинической практике врач обычно переходит от формально-абстрактного диагноза болезни к патогенетическому диагнозу. Этот переход с одной стороны представляет углубление знаний от менее глубокой сущности болезни к более глубокой сущности, с другой стороны – патогенетический ди-

агноз диалектически отрицает формально-абстрактный. Не преследуя цель вскрыть конкретные особенности болезни у данного пациента, формально-абстрактный диагноз ограничивается выявлением общих закономерностей присущих той или иной форме заболевания. При этом он дает характеристику болезни в ее статической форме, не вскрывая сложного и противоречивого характера болезни.

Патогенетический диагноз позволяет выявить индивидуальные особенности течения болезни у конкретного больного. Отрицание патогенетическим диагнозом формально-абстрактного диагноза заключается в преодолении его односторонности, абстрактности и ограниченности с удержанием и использованием положительного – установления нозологической формы заболевания. Опираясь на выявленную, на ступени формального диагноза нозологическую форму, патогенетический диагноз дополняет болезнь и индивидуальными особенностями течения патологического процесса у конкретного пациента [13].

Творческое применение законов материалистической диалектики дисциплинирует мышление врача, делает более гибким. Врач всегда должен исходить из важнейшего положения материалистической диалектики о всеобщей связи явлений и процессов. Игнорирование этого положения приводит к односторонней переоценке значения макро- или микроорганизма в возникновении болезни, клинических или лабораторных исследований в диагностике, роли отдельных систем регуляции в жизнедеятельности организма и т.д. [13, 28, 29, 30]

Основные законы диалектики являются определяющими при исследовании проблем медицины. Однако помимо основных законов, существуют так называемые *категории – опорные научные понятия, выражающие наиболее важные свойства, особенности предметов и явлений объективного мира*. Категории выявляют содержание и действие основных законов, являясь гносеологическими ступеньками на пути проникновения в причины, сущность и содержание изучаемых процессов [25, 31].

Универсальность и всеобщность категорий диалектического материализма обуславливает необходимость их применения при изучении любых процессов и явлений в медицине. Не давая конкретного ответа на вопросы, категории диалектики вооружают врача правильными методологическими принципами изучения и истолкования изучаемых процессов и явлений [32].

*Категории сущность и явление.* Сущность – это выражение внутренних связей предмета, свойства, действия и т.д., тогда как явление – лишь одно из многих обнаружений этой сущности. В повседневной деятельности врачу постоянно приходится совершать переход от доступных органам чувств явлений к скрытой от них сущности. Любая болезнь проявляется совокупностью симптомов, обусловленных сложной причинно-следственной связью и взаимозависимостью. В данном случае в роли внешних проявлений болезни выступают симптомы. Под аналогичными внешними проявлениями болезни (симптомами) могут быть скрыты разные причины заболеваний и разные болезни (сущность). В клинической практике знать сущность патологического процесса значит, во многом предусмотреть течение болезни и таким образом иметь возможность правильно построить лечение.

*Категории форма и содержание.* В медицине форма и содержание мыслятся как *структура и функция*. Возникновение противоречий между структурой и функцией часто является началом патологии. Значение для врача проблемы соотношения категорий формы и содержания можно проиллюстрировать следующим образом. На кафедре философии студента учат единству структуры и функции, а в клинике ему внушают, что существуют чисто «функциональные» болезни, не имеющие материального (структурного) субстрата. То есть теоретическое признание единства структуры и функции «мирно» уживается с уверенностью о том, что в начале болезни изменения органов и систем не выходят за рамки так называемых функциональных расстройств. И это в то время как достижения современной медицины, позволяют «уверенно отрицать суще-



ствование функциональных болезней и дают возможность находить морфологический субстрат, адекватный любому нарушению функций» (А.И. Струков).

Конечно, сами функциональные изменения могут быть обратимыми, что связано с различным характером морфологических перестроек. В организме существуют мощные генетически детерминированные механизмы, которые обеспечивают компенсацию измененных функций. Именно в связи с компенсаторными процессами функция может сохраняться при разрушении части структурных элементов, обеспечивающих ту или иную функцию [26].

*Категории необходимость и случайность.* Необходимость – это категория для отражения общего, типичного, устойчивого в явлениях и процессах действительности. Категория случайности, наоборот, отражает единичное, поверхностное, преходящее. Под необходимостью диалектический материализм понимает такое развитие процессов и явлений, когда они с неизбежностью вытекают из предшествующих событий. Эта установка должна быть для врача исходной по отношению ко всем исследуемым процессам, в том числе случайным. Необходимо помнить, что нет беспричинных случайностей. Там где на поверхности происходит игра случайности, там сама эта случайность всегда подчинена внутренним, скрытым законам. Задача состоит в том, чтобы открыть законы, лежащие в основе категорий необходимости и случайности.

Причина необходимости всегда внутренняя, то есть, заключена в ней самой, тогда как причина случайности обычно внешняя, посторонняя. Применение в медицине статистических методов исследования способствует выявлению необходимой, закономерной основы изучаемых единичных явлений, кажущихся на первый взгляд совершенно случайными. При помощи данных методов за кажущимся нагромождением случайных явлений познается их необходимая и закономерная основа [27, 33].

*Категории причина и следствие.* Под причинно-следственной связью понимается необходимая связь двух явлений, при которой одно предшествует другому и порождает его. Применительно к медицине под причиной следует

понимать то, что придает специфичность и качественное своеобразие тому или иному процессу. Только учитывая этот весьма важный и типичный признак присущий причине можно найти объективный критерий, с помощью которого возможно проведение грани между причинами заболеваний и условиями, способствовавшими возникновению болезни. Сложность причинно-следственных отношений состоит еще и в том, что действие причины по времени часто совпадает с одним из сопутствующих условий. Методологическая безоружность часто приводит к тому, что врач в своей практической деятельности отождествляет такие факторы как причина, условие, повод.

Этиология болезни – это не внешнее и не внутреннее, а их взаимодействие. Однако до сих пор в некоторых учебниках медицинских вузов причина болезни сводится к отдельному этиологическому фактору. Современное состояние медицинской науки дает право утверждать, что никакое заболевание нельзя сводить к случайному эпизоду экзогенного происхождения, к простому попаданию в организм, например, инфекционного возбудителя. Сущность болезни состоит не во внешнем воздействии, а в содержании нарушенной жизнедеятельности, что еще полвека назад утверждал патолог-философ И.В. Давыдовский (1887–1968) [13]. Причина болезни – не только внешний фактор, но и реакция организма на этот фактор. Забвение диалектического принципа органического детерминизма, устанавливающего, что внешнее воздействие специфично преломляется через внутренние особенности живых систем, демонстрирует не только философскую, но и медицинскую некомпетентность.

*Категории возможность и действительность.* Возможность – это неосуществленная действительность, состоящая из совокупности предпосылок, которые при наличии определенных условий реализуются в действительность. В организме человека постоянно происходит процесс превращения возможности в действительность. Болезнь человека содержит возможность выздоровления, а здоровый организм обладает возможностью заболевания. Так, попадание возбудителей инфекции в организм не ведет автоматически к возникновению

болезни, являясь лишь возможностью заболевания. Для превращения возможности заболевания в реальную болезнь необходимы благоприятные условия (ослабление иммунологической реактивности, вирулентность возбудителя, наличие входных ворот и др.) [6, 34].

*Категории часть и целое, местное и общее.* Под целым понимается взаимодействие, взаимосвязь и единство частей, входящих в тот или иной предмет, процесс или явление. Если в механических системах наблюдается определенная самостоятельность, некоторая независимость частей от целого, то в биологических системах, напротив, имеется тесная взаимосвязь частей и в то же время относительная независимость целого от составляющих его частей. Организм как целое – это нечто большее, чем все его части (клетки, ткани, органы) в их вещественном проявлении. Это «большее» – результат нового качества, возникшего в процессе взаимодействия составляющих организм частей в ходе длительного эволюционного развития.

Целое и часть, как и их «близнецы» – общее и местное, играют важную роль в методологическом вооружении врача. Часть и местное, целое и общее, хотя и очень близкие, родственные категории, но они не тождественны друг другу. Различие между ними, в частности, заключается в неодинаковости их объема. Часть и целое – более общие категории, отражающие определенные взаимосвязи, как в органической, так и в неорганической природе. Категории местного и общего – более узкие и характеризуют главным образом взаимосвязи явлений живой природы. Диалектическое единство местного и общего в течении болезни проявляется в том, что степень локализации патологического процесса, его относительная автономность, характер протекания зависят от состояния организма как целого.

Анализируя значение диалектического метода в медицине, нельзя не отметить, что врач, не владеющий диалектическим мышлением, каким бы хорошим специалистом он не был, в лучшем случае интуитивно сможет правильно оценить ситуацию, поставить диагноз, назначить соответствующее лечение [21,

35]. Диалектический метод, применяемый сегодня в различных областях знания, основывается, прежде всего, на *системном мышлении*. Использование системного мышления в медицине предполагает соблюдение следующих основных постулатов:

- анализировать организм как совокупность малых систем и, в свою очередь, слаженную единую систему, действующую по определенным закономерностям;
- рассматривать человека (пациента) как единство души и тела, своего рода психосоматическую систему, закономерности существования и развития которой не сводятся только к соматическим изменениям;
- стремиться к объединению разрозненных медицинских данных и формированию общей теории патологии, которая должна стать фундаментом современной медицины.

Повышению качества мышления врача, кроме использования законов и категорий диалектики помогает применение законов логики. Знание логики повышает культуру мышления, вырабатывает навык мыслить более грамотно, развивает критическое отношение к своим и чужим мыслям. Акад. П.К. Анохин (1898–1974) писал: «Логика – необходимый инструмент, освобождающий от лишних, ненужных запоминаний, помогающий найти в массе информации то ценное, что нужно человеку. Она нужна любому специалисту, будь он математик, медик, биолог». Мыслить логично – значит мыслить точно и последовательно, не допускать противоречий в своих рассуждениях, уметь вскрывать логические ошибки [36, 37, 38].

Первой предпосылкой качественного логического мышления врача служит знание основных положений материалистической философии, второй – конкретное приложение диалектической логики к вопросам здравоохранения. *Диалектическая логика* – учение о формировании знаний и применении их на практике, опирающееся на общие и специфические законы, а также принципы

материалистической диалектики. Для овладения диалектическим методом мышления в качестве предпосылки необходимо уметь мыслить в соответствии с законами и правилами формальной логики [39, 40].

*Формальная логика* – наука о законах и формах правильного мышления. Соблюдение законов и правил формальной логики – неперемutable условие правильного мышления врача. Законы и правила логики иногда кажутся столь примитивными и очевидными, что врачи иной раз даже сомневаются в полезности их изучения. О необходимости мыслить логично говорится часто, однако многие врачи не имеют должного представления о формальной логике. Самые элементарные правила мышления нарушаются чаще, чем это принято считать. Дело в том, что усваиваются они как правило, стихийно, эмпирически под воздействием жизни, образования, литературы. Однако такое овладение логикой оказывается недостаточным для контроля над правильностью мышления. Об этом свидетельствуют логические ошибки в диагностике и лечении, бесплодность многих споров, отсутствие логической стройности в некоторых статьях, докладах и даже диссертациях [15, 17, 20].

Логические законы должны применяться на всех стадиях и при всех формах мыслительных операций врача, определяя качество диагностического процесса. Без знания логических законов невозможно установить истинность врачебного мышления. Логика не может в полной мере ответить на вопрос: *как нужно мыслить* в любом конкретном случае, но она может твердо сказать: *как не нужно мыслить* [36].

Мышление врача не только по содержанию и задачам, но и по своему логическому аппарату имеет некоторые особенности, так как общие законы логики и диалектики преломляются через своеобразие объектов и задач, с которыми имеет дело врач. При этом не отменяется ни один закон логики. В медицине, как и в любой другой науке, оперирование понятиями предполагает, прежде всего, уяснение их содержания. *Понятие* – форма мысли, в которой предметы отображаются в совокупности своих существенных признаков [37, 41].

Наука требует строгой однозначности понятий и терминов. «Определяйте значения слов, и вы избавите свет от половины его заблуждений» – говорил Р. Декарт (1596–1650). «Нельзя внести точность в рассуждения, если она сначала не введена в определения», – считал Ж.А. Пуанкаре (1854–1912). В клинической медицине такая однозначность нередко отсутствует. Это проявляется не только в употреблении различных терминов для обозначения одного и того же явления, но и в многозначности содержания ряда понятий, которыми оперирует клиницис.

Часто за неопределенностью терминологии скрывается непонимание сущности или происхождения того или иного симптома или заболевания. Незнание маскируется надуманными терминами. Справедливы слова Г.А. Рейнберга: «До сих пор много нозологических форм носят в патологии и клинике такие бессодержательные определения, как «спонтанный», «аутохтонный», «идиопатический», «криптогенный» и тому подобные греческие эпитеты, что по-русски означает – неизвестного происхождения или невыясненной этиологии. Но так ли это? Вместо конкретного объяснения причин и сущности данного заболевания ...значительно легче и проще отделаться простой ссылкой на наследственность или на неизвестное происхождение. Это делается по общеизвестному принципу: где не хватает понятий и неясна сущность, там выручает удачно подобранное словечко» [42].

Каждый медицинский термин необходимо раскрыть, уяснить его смысловое значение. Достигается это посредством определения понятия – раскрытия существенных признаков самого предмета мысли.

Еще сложнее реализовать требования логики к построению *суждения* – *формы мышления, в которой утверждается или отрицается существование предмета, либо связь между предметом и его свойствами, либо отношения между предметами*. Причина ряда врачебных ошибок заключается в том, что врач в своем мышлении опирается на суждения, неверные по своему содержанию или составленные с нарушением правил логики. В формулировке сужде-

ний необходимо избегать субъективизма и поспешного обобщения. Например, в высказывании: «Проникающие ранения черепа опасны для жизни» допустимо общеутвердительное суждение. Однако в другом случае общеутвердительное суждение может оказаться ложным. Так, положение «Причиной мезоаденита является вирусная инфекция» является ложным, так как здесь необходимо суждение частноутвердительное: «Причиной мезоаденита в некоторых случаях является вирусная инфекция».

Качество суждений необходимо учитывать в логических операциях, называемых умозаключением, а также в доказательствах. Здесь от истинности одного из суждений будет зависеть истинность вывода. Качество суждений – очень важная сторона установления диагноза и его оценки. От этого зависит истинность диагностического суждения в целом [20].

Знание логики особенно необходимо при построении *умозаключения* – *формы мышления, посредством которой из суждений, содержащих в себе известное знание, выводятся суждения, несущие в себе новое знание.* Это свойство умозаключения – логическая необходимость правильного вывода из достоверных суждений – делает его важнейшим средством утверждения истинных положений, развивающих науку. Отсюда вытекает огромная познавательная роль умозаключений как более высокой формы логического мышления. Истинность выводного знания зависит от истинности посылок и логической правильности их связи. Умозаключения делятся на три группы: дедуктивные, индуктивные, по аналогии [40].

Роль *дедукции* в мышлении врача определяется тем, что рассуждения всегда включают форму дедуктивного умозаключения, когда частное явление (болезнь пациента) подводится под общее правило (нозологическая единица) или из общего положения (руководства, инструкции) делается вывод относительно состояния отдельного больного и тактики лечения. Каждый шаг в диагностике и лечении врач соотносит с общими выводами, правилами и положениями, описанными в пособиях, монографиях, справочниках и т.д. *Индуктивным* называется

ся умозаключение от знания меньшей степени общности к знанию большей степени общности, от знания фактов – к обобщениям. В дедукции истинные посылки приводят к достоверным выводам, в индуктивном умозаключении даже из верных посылок вывод часто получается вероятный, ибо истинность частного не определяет однозначно истинности общего [38].

В процессе мыслительной деятельности врача индукция и дедукция действуют всегда в неразрывной связи, они дополняют друг друга и в «чистом», изолированном виде невозможны. «Чистая» индукция без дедукции не может дать ни одного положения в качестве достоверного. Дедукция, в свою очередь, также невозможна без индукции, ибо всякая бóльшая посылка, лежащая в основе дедуктивного вывода, образуется с помощью индуктивных обобщений.

В любом акте психической деятельности, связанном с получением и осмыслением новой информации, может быть выделен этап поиска *аналогии* изучаемого объекта с другими, уже известными, на основании сопоставления наиболее существенных признаков. В клинической практике неизбежно решается задача отнесения рассматриваемого заболевания к какой-либо группе или классу, что предполагает сравнение болезни у пациента с уже описанными нозологическими формами для установления степени их сходства или различия. Дифференциальный диагноз в логическом отношении рассматривают как диагноз по аналогии. Его результатом является получение гипотетического вывода о характере данной болезни. Однако неоправданно широкое применение метода аналогии как метода познания в клинической практике приводит к стереотипности мышления врача и, как следствие, к диагностическим ошибкам [43].

Мышление, будучи субъективной деятельностью, подчиняется объективным законам, изучаемым диалектической и формальной логикой. Мышление врача должно быть: 1) *определенным*; 2) *последовательным*; 3) *доказательным*. Основные логические правила этого процесса раскрываются в законах логики.

Первый закон логики – *закон тождества требует, чтобы каждая правильная мысль или понятие о предмете были определенными и сохраняли свою*



*однозначность на протяжении всего рассуждения и вывода.* Требования закона тождества выступают в качестве самоочевидной формы правильного мышления, обязательной для выведения истинного знания. Нарушение их ведет к логической ошибке, которую можно характеризовать как потерю (подмену) предмета мысли. Она может возникнуть или произвольно, или умышленно в результате преднамеренного игнорирования закона тождества [40].

В медицинской практике этот закон требует, прежде всего, конкретности и определенности диагноза. Врачебное мышление в этом направлении чрезвычайно затрудняет использование многочисленных синонимов болезненных состояний. Например – функциональный мегаколон, синдром раздраженного кишечника, психогенный запор и т.д. Различные специалисты (хирурги, терапевты, педиатры) трактуют эти термины по-разному, хотя они являются отражением одного и того же патологического процесса. С другой стороны, клиническая определенность данного диагноза также представляется не совсем четкой.

Второй закон логики – *закон противоречия гласит: не могут быть истинными два противоположных суждения об одном и том же предмете, по крайней мере, одно из них необходимо ложно.* Суть данного закона состоит в недопустимости логического противоречия во всяком истинном высказывании. Закон, не допуская противоположных высказываний, сохраняет непротиворечивость правильного мышления, обеспечивает убедительность аргументации, определенность выводов и тем самым способствует их объективной истинности. Приписывая предмету, несовместимые свойства мы нарушаем совпадение мысли с объектом, допускаем логическую ошибку – логическое противоречие. В то же время данный закон не отменяет наличие объективного диалектического противоречия в процессах и явлениях окружающего мира [37].

Значение закона противоречия для мышления врача состоит в том, что он обеспечивает логическую стройность мысли, способствует достижению истины в решении любой задачи (диагностика, лечение, медицинская экспертиза и т.д.). Логически непротиворечивая мысль может оказаться ложной по содержанию,

но истинная мысль никогда не может быть логически противоречивой по своей структуре. Примером использования данного закона в медицине является ситуация, когда диагноз, выставленный при клиническом обследовании больного, не подтверждается лабораторно-инструментальными данными, на основании чего врач отвергает первоначальный диагноз и продолжает диагностический поиск. В данном случае целесообразно руководствоваться следующими соображениями: 1) в диагностике следует основываться, прежде всего, на клинических данных и не исключать, а искать подтверждение им другими методами исследования; 2) наличие симптома подтверждает диагноз, а отсутствие симптома его не исключает.

Из закона противоречия следует третий закон логики – *закон исключенного третьего*: *два противоречащих суждения не могут быть одновременно ложными, одно из них необходимо истинно и третьего не дано*. Закон противоречия устанавливает обязательную ложность одного из логически несовместимых суждений, однако не решает вопрос о характере другого суждения, которое может быть истинным или ложным. Закон исключенного третьего, как и закон противоречия, не указывает, какое из двух противоречащих высказываний будет истинным по своему содержанию. Решение данного вопроса осуществляется путем практики, устанавливающей соответствие или несоответствие объективной действительности. Закон только ограничивает круг исследования истины двумя взаимно исключающими альтернативами. Если вопрос поставлен правильно, логика требует определенного ответа «да» или «нет», требует рассуждать по формуле «или–или», потому, что третьего решения вопроса не существует [38]. Например: нет, и не может быть третьего решения между действиями: оперировать или не оперировать пациента.

Необходимо четко различать противоречивые и противоположные понятия. Описываемый закон не действует при анализе противоположных понятий. Они отрицают друг друга, но не исчерпывают объема родового понятия, то есть они не могут быть одновременно истинными, но могут быть одновременно

ложными. Так, противоположные общеутвердительное и общеотрицательное суждения всегда будут ложными, например: «Все болезни вызываются микробами» и «Ни одна болезнь не вызывается микробами». Истинным здесь будет частное суждение: «Некоторые болезни вызываются микробами». Наконец, закон исключенного третьего не действует при оценке истинности сопоставимых суждений. Например, два непротиворечивых единичных суждения «У данного больного пневмония» и «У этого больного бронхит» могут быть одновременно и истинными и ложными и использовать здесь закон исключенного третьего неправомерно.

Четвертый закон логики – *закон достаточного основания требует: всякое утверждение, чтобы быть истинным, должно иметь достаточное основание, то есть всякая мысль, чтобы стать достоверной, должна быть обоснована другими мыслями, истинность которых доказана или самоочевидна.* Согласно этому закону наши суждения о предмете и его свойствах должны быть не голословными, а логически вытекать из достоверных фактов и аргументов. Доказательным будет такое мышление, в котором не только утверждается истинность известного вывода, но и указываются основания, позволяющие признать это положение истинным [40]. Врач с ненаучным стилем мышления часто делает общие выводы из единичных, случайных фактов, переоценивая значение личного опыта («я видел», «я знаю» и т.п.). Закон достаточного основания лежит в основе процесса обоснования клинического диагноза.

Ни одна врачебная мысль не может быть истинной, если нарушен, хотя бы один из законов логики. Причем в каждой операции мышления все логические законы взаимосвязаны и взаимообусловлены, так как не может быть мышления врача без определенности, последовательности и доказательности.

Благодаря научному прогрессу наши возможности «заглянуть» внутрь человеческого организма сказочно увеличились. Однако с ростом информации процесс мыслительной деятельности врача усложняется, повышаются требования к логической обоснованности, правильности, точности диагностики и лече-

ния. При этом для развития и совершенствования мышления врачу недостаточно изучения специальной медицинской литературы. Необходимо знание и использование законов и категорий диалектики, законов и правил логики, без которых нельзя проверить и установить правильно ли осуществляется мыслительный процесс.

Клинической медицине сегодня угрожают две опасности: 1) фетишизация техники; и 2) пренебрежение врачебным мышлением. Современная медицинская техника с ее небывало возросшими возможностями все больше нуждается во враче-мыслителе с широким медицинским и философским кругозором. С получением новой информации обеспечить правильное мышление без применения основных принципов материалистической диалектики – объективности и всесторонности исследования, изучения явлений и процессов в развитии, раскрытия противоречий в самой сущности предмета, единства количественного и качественного анализа – становится практически невозможным. Среди фундаментальных наук именно философия и логика содействуют формированию способности к анализу и синтезу фактов, моделированию конкретной ситуации и системному мышлению. К сожалению, до сих пор эти науки, изучаемые в медицинском вузе, относятся к разряду дисциплин в сущности побочных по отношению к медицинским предметам. Это придает изучению философии и логики формальный как бы необязательный характер, что дает мало пользы. Знания, получаемые студентами в клинике с одной стороны и изучаемые на кафедре философии – с другой, часто существуют порознь без взаимного проникновения и обогащения. А ведь именно в этом состоит значение философского образования будущего врача. Оно связывает воедино скопление голых нередко разобщенных фактов, придавая им общий смысл и направляя на поиски закономерностей лежащих в их основе.

К этому можно добавить, что в ряде случаев процесс обучения на клинических кафедрах ведется схоластически путем «зазубривания» основных клинических симптомов и показателей лабораторно-инструментальных методов при

различных заболеваниях. В итоге воспитывается врач, который со студенческой скамьи учится думать и работать по инструкции – от и до. И все идет благополучно в простейших случаях, когда для работы хватает инструкции или методического письма. Но вот появляется сложная клиническая ситуация не укладывающаяся в привычную схему и такой врач показывает свою беспомощность. С сожалением приходится видеть растерянных врачей искренне стремящихся помочь больному, но не способных сделать это в силу ограниченности врачебного мышления.

Достижения научно-технического прогресса существенно изменили представление о возможностях объективизации патологических процессов в организме человека. В этом большое завоевание и как ни парадоксально – одна из проблем медицины. Обусловлено это отставанием уровня общего развития и мышления врача от достижений науки, «поклонением» медицинской технике, вере в ее непогрешимость и безграничные возможности, переоценке значимости инструментальных методов и приуменьшения важности клинических способов исследования. Справедливо мнение акад. Е.И. Чазова о том, что самый быстрый, общедоступный, организационно и экономически выигрышный путь повышения эффективности врачебной деятельности лежит не столько через новые технические методы исследования, сколько через совершенствование врачебного мышления.

Вопрос о повышении культуры мышления поднимает сама жизнь, предъявляя все более строгие требования к интеллекту, знаниям, общей культуре и профессиональной подготовке врача. Врачебную деятельность в настоящее время не могут удовлетворить ни здравый смысл, ни случайный опыт клинициста. Логико-методологические возможности мышления повышают не только качество диагностики, но и эффективность лечебно-профилактической работы. В конечном итоге, именно повышение культуры мышления в значительной степени определяют квалификацию врача и успехи его профессиональной деятельности.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. – М., 1973.
2. Боголепов Л.П. Законы и правила мышления и общая врачебная методология. – М., 1899.
3. Володин Н.Н., Шухов В.С. //Леч. врач. – 2000. – № 4. – С.68–70.
4. Пальцев М.А. //Врач. – 2000. – № 5. – С.39–41.
5. Козаченко В.И., Петленко В.П. История философии и медицина. – СПб., 1994.
6. Царегородцев Г.И. Диалектический материализм и медицина. – М., 1966.
7. Федоров С.П. //Новый хирургич. архив – 1926. – Т. 10, кн. 1–2. – С.10–23.
8. Бенедиктов И.И. Происхождение диагностических ошибок. – Свердловск, 1977.
9. Чазов Е.И. Очерки диагностики. – М., 1988.
10. Билибин А.Ф. //Терапевт. арх. – 1981. – Т. 53, № 5. – С.8–10.
11. Кассирский И.А. О врачевании (проблемы и раздумья). – М., 1979.
12. Горбач Т.В., Лягушевич М.В. Логика: учеб.-метод. пособие. – Мн., 2006.
13. Давыдовский И.В. //Арх. патологии. – 1969. – № 6. – С.3–9.
14. Долинин В.А., Петленко В.П., Попов А.С. //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1984 – Т. 132, № 6. – С.3–8.
15. Кротков Е.А. Логика врачебной диагностики: учеб. пособие. – Днепропетровск, 1990.
16. Петленко В.П. Философские вопросы теории патологии. – Л., 1968.
17. Рудницкий Н.М. Недисциплинированное врачебное мышление. – Л., 1925.
18. Попов А.С., Кондратьев В.Г. Очерки методологии клинического мышления. – Л., 1972.
19. Сырнев В.М., Чикин С.Я. Врачебное мышление и диалектика (истоки врачебных ошибок). – М., 1973.
20. Тарасов К.Е., Великов В.К., Фролова А.И. Логика и семиотика диагноза: Методологические проблемы. – М., 1989.

21. Гиляревский С.А., Тарасов К.Е. Диалектический материализм и медицинская диагностика. – М., 1973.
22. Карпин В.А. //Арх. патологии. – 2004. – № 5. – С.56–60.
23. Кедров Б.М. Единство диалектики, логики и теории познания. – М., 1963.
24. Саркисов Д.С. //Клин. мед. – 1999. – № 1. – С.17–21.
25. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия. – М., 1998.
26. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. Общая патология человека. – М., 1997.
27. Тейчман Д., Эванс К. Философия. – М., 1997.
28. Осипов И.Н., Копнин П.В. Основные вопросы теории диагноза. – Томск, 1962.
29. Философия медицины /Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., 2004.
30. Чазов Е.И., Царегородцев Г.И., Кротков Е.А. //Вопр. философии. – 1986. – № 9. – С.65–85.
31. Копнин П.В. Диалектика, логика, наука. – М., 1973.
32. Черкасов С.В. //Вопр. философии. – 1986. – № 9. – С.86–97.
33. Философский энциклопедический словарь. – М., 1983.
34. Царегородцев Г.И., Кротков Е.А., Афанасьев Ю.И. //Терапевт. арх. – 2005. – Т. 77, № 1. – С.77–79.
35. Сокольчик В.Н. //Воен. мед. – 2006. – № 1. – С.19–21.
36. Арно А., Николь П. Логика, или искусство мыслить. – М., 1991.
37. Иванов Е.А. Логика. – М., 1996.
38. Фогараши Б. Логика: Пер. с нем. – М., 1959.
39. Гетманова А.Д. Логика. – М., 1986.
40. Ивин А.А. Логика. – М., 2002.
41. Кондаков Н.И. Логический словарь. – М., 1973.
42. Рейнберг Г.А. Методика диагноза. – М., 1951.
43. Винокур В.А. //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – № 1. – С.9–12.



## Резюме

### КУЛЬТУРА МЫШЛЕНИЯ ВРАЧА

Ю.К. Абаев

В статье изложены основные законы, категории диалектики и законы логики, применение которых, повышая культуру мышления врача, содействует росту качества диагностики и эффективности лечебно-профилактической работы.

**Ключевые слова:** диалектика, логика, культура, мышление, врач.