

Научная статья

УДК 141.3:616-01:573.01

DOI 10.25205/2541-7517-2023-21-2-81-92

Категории здоровья и болезни в философии медицины: биомедицинская и гуманистическая модели

Ольга Сергеевна Гилязова

Уральский федеральный университет
Екатеринбург, Россия

olga_gilyazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6978-1162>

Аннотация

Осмысляются категории здоровья и болезни в проблемном поле философских теорий, вызревших в рамках биомедицинской и гуманистической моделей медицины. Вскрываются философские противоречия, которые, подпитывая дебаты между натурализмом и нормативизмом, препятствуют выработке биомедициной единого удовлетворительного понимания данных категорий. Анализируются теоретические и практические последствия таких особенностей биомедицинской модели, как патоцентризм, отождествление здоровья с полным благополучием, дихотомическое противопоставление здоровья и болезни при отсутствии четкого критерия для их разграничения. Исследуется роль гуманистических подходов в регуманизации медицины. Подчеркивается их заслуга в продвижении более сбалансированного взгляда на здоровье и болезнь, внимательного к принципиальной хрупкости и уязвимости человеческой природы.

Ключевые слова

биомедицина, болезнь, здоровье, нарративная медицина, натурализм, норма и патология, нормативизм, философия медицины, философия науки, феноменология медицины

Для цитирования

Гилязова О. С. Категории здоровья и болезни в философии медицины: биомедицинская и гуманистическая модели // Сибирский философский журнал. 2023. Т. 21, № 2. С. 81–92. DOI 10.25205/2541-7517-2023-21-2-81-92

Categories of health and disease/illness in the philosophy of medicine: biomedical and humanistic models

Olga S. Gilyazova

Ural Federal University,
Yekaterinburg, Russian Federation

olga_gilyazova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6978-1162>

© Гилязова О. С., 2023

Abstract

The categories of health and disease/illness are conceptualized from the perspective of the philosophy of medicine. Philosophical contradictions are revealed, which, fueling the debate between naturalism and normativism, prevent biomedicine from developing a single satisfactory understanding of these categories. The theoretical and practical consequences of such biomedicine features as pathocentrism, identification of health with complete well-being, dichotomy of health and disease in the absence of a clear criterion for their differentiation are analyzed. The role of humanistic approaches to the medicine rehumanization is investigated with a focus on their balanced view of health and disease/illness, attentive to the fundamental vulnerability of human nature.

Keywords

biomedicine, disease, illness, health, narrative medicine, naturalism, norm and pathology, normativism, philosophy of medicine, philosophy of science, phenomenology of medicine

For citation

Gilyazova O.S. Categories of health and disease/illness in the philosophy of medicine: biomedical and humanistic models. *Siberian Journal of Philosophy*, 2023, vol. 21, no. 2, p. 81–92. (In Russ.) DOI

В современной философии медицины сложились две основные модели, в рамках которых разворачиваются размышления о сущности здоровья и болезни: биомедицинская и гуманистическая. Выкристаллизовавшаяся во второй половине XIX – начале XX в. в качестве научно-исследовательского предприятия, культурно-символического феномена и глобального социального института [Вагонов, 2008, р. 236], биомедицинская (естественнонаучная) модель пришла на смену мистической, религиозной и натурфилософской моделям медицины и господствует до сих пор.

Однако даже в рамках этой модели не сложилось единого представления о сути болезни и здоровья. Дебаты по этому вопросу разделяют оппонентов на два лагеря [Лаврентьев, 2022, с. 170; Серебренникова, 2022, с. 40]. Натуралисты как реалисты, стремящиеся максимально полно соответствовать духу биомедицины с ее культом ценностно нейтрального, научно объективного знания, отстаивают объективное существование здоровья и болезней. Нормативисты, будучи антиреалистами, считают, что в основе этих категорий лежат не объективные биологические критерии, а культурно обусловленные ценностные суждения.

Остановимся подробнее на биостатистической теории (БСТ) Кристофера Бурса, которая как наиболее релевантная философским и методологическим основаниям биомедицины¹, является, по мнению ведущих философов медицины, самой авторитетной натуралистической теорией. Согласно ей, категория «болезнь» определяется в терминах статистически аномального функционирования определенного признака по сравнению со средним функционированием признаков того же типа у особей конкретного референтного класса (представителей одного биологического вида, пола и возраста). Таким образом, болезнь (позднее – патологическое состояние) – «это тип внутреннего состояния, которое ухудшает здоровье, т.е. снижает одну или несколько функциональных способностей ниже

¹ См.: Valles S. Philosophy of Biomedicine // E.N. Zalta (ed.) The Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020. URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/biomedicine/>> (дата обращения 20.02.2023).

типичной эффективности» [Boorse, 1977, p. 562]. Здоровье же – это просто отсутствие болезни, т.е. статистическая нормальность.

Понятие болезни Бурса имеет скорее философский, нежели медицинский смысл. Дефицит функции не является достаточным условием для определения сущности болезни, так как он зачастую характеризует не столько саму болезнь в медицинском значении этого слова, сколько ее симптоматику [Hucklenbroich, 2014, p. 610–611]. Притом БСТ подходит скорее острым заболеваниям, чем хроническим, хотя именно последние приобретают огромный удельный вес, заменяя инфекции в качестве основной причины смерти в развитых странах (что знаменует т.н. «эпидемиологический переход» по А.Р. Омрану) [Giroux, 2015, p. 178–179].

Ценностная нейтральность, которую натуралисты провозглашают главным достоинством своих теорий, подвергается сомнению. Например, Элселейн Кингма, главный критик Кристофера Бурса, доказывает, что его выбор референтных классов и целей организма был сделан под воздействием произвольно проникших в его теорию ценностных суждений [Kingma, 2014, p. 601–602].

Однако Дэвид Б. Хершенов считает ее обвинения неосновательными. Такие критерии выделения референтных классов, как возраст и пол, носят более объективный характер, чем предлагаемые ею произвольные критерии слепоты, пневмонии, синдрома Дауна, депрессии, гомосексуализма или склонности к употреблению алкоголя. Критерии Бурса, будучи универсальными детерминантами, свойственны всем организмам (кроме пола у бесполок существ), влияют на дизайн (строение) тела и состояние психики и вносят вклад в биологические цели – выживания и размножения, и, в конечном счете, в эволюцию вида. Что касается предлагаемых ею альтернативных целей (таких как противодействие изменению климата, стремление к гедонизму, достижение благополучия, эвдемонии, мудрости и/или добродетели), то они, в отличие от биологических целей Кристофера Бурса, и сами по себе не являются универсальными для всех царств живой природы, и неудачи в их достижении не становятся фатальными для организма. Даже вероятность конфликта между целями выживания и размножения (как, например, у лососей) знаменует лишь наличие функциональной иерархии в выполнении обеих целей, а не подрывает их объективную необходимость. В этом смысле, по мнению Дэвида Б. Хершенова, теория Бурса лучше, чем теория его оппонентки, отвечает таким критериям научной теории, как плодотворность, полнота и простота, и, в отличие от нормативистских теорий, не локализована лишь видом *Homo sapiens* [Hershenov, 2020, p. 86–96].

Впрочем, никакие натуралистические доводы не действуют на нормативистов, относящихся скептически к самой возможности существования ненормативной концепции здоровья и болезни. Ценностная нейтральность объявляется принципиально нереализуемой, а претензия на нее – несостоятельной.

В целом дебаты натуралистов и нормативистов насчет объективного/субъективного статуса категорий здоровья и болезни отражают философские разногласия между, соответственно, реализмом и антиреализмом (преимущественно конструктивизмом), суждениями о фактах и суждениями о ценностях.

Для согласования их позиций Джером Уэйкфилд выстраивает гибридную трактовку болезни (в его терминологии – расстройства) как вредной дисфунк-

ции (означающей неспособность производить заложенный эволюцией эффект) [Wakefield, 2017, p. 65]. Только в единстве натуралистический научный критерий «дисфункция» и нормативистский аксиологический критерий «вред» могут, по мнению Уэйкфилда, служить необходимым и достаточным условием болезни.

Проблема в том, что данные критерии (хоть в совокупности, хоть по отдельности) эффективны далеко не во всех случаях². Впрочем, возникает вопрос, так ли необходимо строгое разграничение здоровья и болезни.

Есть два варианта рассмотрения соотношения здоровья и болезни: с позиции дихотомии, по которой они являются двумя противоположными состояниями (здоровье – это отсутствие болезней), и с т.н. градуалистской позиции, по которой данные состояния составляют континуум, допускающий постепенные или ступенчатые различия [Hucklenbroich, 2014, p. 627]. Согласно второму варианту, человек может находиться далеко от оптимума здоровья, но оставаться здоровым (концепция «широты здоровья», которую разрабатывал еще Гален [Nordenfelt, 2017, p. 31]). Состояние болезни тоже может варьироваться от легкого до крайне тяжелого.

Если биомедицина отстаивает первый вариант, то гуманистическая модель медицины поддерживает второй.

Однако понятие (фактора) риска бросает вызов биомедицинскому бинарному взгляду на здоровье и болезнь как на исчерпывающие и взаимоисключающие состояния [Giroux, 2015, p. 182]. Для защиты этого взгляда есть два решения: инкорпорировать понятие фактора риска в категорию здоровья (как делает Бурс, дифференцируя разные типы здоровья – инструментальное и внутреннее [Boorse, 1977, p. 553]) или в категорию болезни (как делает Томас Ройл Добер). Второе решение приводит к оценке здоровья как состояния, идеального не только в настоящий момент времени, но и в будущем. Здоровый человек – это человек, у которого нет не только болезни, но и риска заболеть в будущем [Dawber, 1980, p. 223].

Схожей идеалистической позиции придерживается и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), давая самое известное позитивное определение здоровья как состояния «полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов»³. Таким образом, биомедицина (в лице ВОЗ) отходит от своего собственного биомедицинского принципа («биошовинизма»), по которому она «должна фокусироваться на болезнях и (только) на их биологических, химических и физических аспектах»⁴. Присущий натурализму биологический редукционизм заменяется холизмом, а универсализм – антропоцентризмом, что отчасти сближает данное понимание здоровья с гуманистическим.

² См. перечисляемые Питером Хакленбройхом, вслед за Хансом Мюллером-Экхардом, примеры факультативной патологии (или рискованного варианта нормальности); парадоксальной патологии; амбивалентности, а также нейтральности в отношении здоровья и болезни и т.п. [Hucklenbroich, 2014, p. 622].

³ <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution> (дата обращения 20.02.2023).

⁴ Valles S. Philosophy of Biomedicine // E.N. Zalta (ed.) The Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020. URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2020/entries/biomedicine/>> (дата обращения 20.02.2023).

Основная претензия к формуле ВОЗ относится к слову «полное», исключаяющее большинство, если не всех людей. Главным показателем здоровья человека объявляется его настоящее и будущее благополучие. Как следствие – недостаточно благополучные или успешные люди не могут считаться здоровыми. Чтобы уйти от этого довольно абсурдного заключения, предлагается отделить категорию здоровья от благополучия, зависящего от внешних (а не внутренних!) факторов [Nordenfelt, 2017, p. 34–35]. По сути, эта формула описывает то, что должно быть, а не то, что на самом деле есть. Происходит подмена фактического суждения нормативным. Можно заметить, что если на болезнь биомедицина смотрит натуралистически, то на здоровье – во многом нормативистски.

Сложность выработки удовлетворительной дефиниции здоровья обусловлена тем, что в его отношении медицина располагает значительно меньшим опытом, чем в деле борьбы с болезнями. Здоровье воспринимается как общефоновое состояние организма: оно не замечается, пока не нарушается. Здоровье как дорефлексивное состояние бытия сопротивляется выражению в научных (в том числе биомедицинских) терминах.

Хотя натуралистический подход защищает дихотомическую трактовку здоровья (нормы) и болезни (патологии), но своей неспособностью установить критерий, который позволил бы провести четкую демаркационную границу между ними (т.н. «проблема рисования линий», в терминологии Питера Шварца [Schwartz, 2007, p. 364]), обнаруживает свое самое слабое место. Более того, БСТ в попытке вывести этот критерий из статистики сводит типичность (качественное суждение) к статистической норме (количественное суждение), пренебрегая различием между тремя пересекающимися, но все же не совпадающими значениями понятия «нормальность»: как «нормальное распределение», как «наиболее репрезентативное в своем классе» и как «наиболее подходящее для биологической приспособленности».

Сама идея объективной, устанавливаемой с опорой на статистику, демаркационной границы между нормальным и патологическим функционированием ставится под вопрос. Показательна т.н. проблема «общей» (в терминологии Питера Шварца) или «универсальной» (в терминологии Кристофера Бурса) болезни, т.е. болезни, охватывающей статически значимую часть возрастной когорты населения. В ответ на это замечание Бурса делает оговорку насчет возрастной относительности физиологических норм и «нормальной» окружающей среды, не провоцирующей возникновение патологий [Boorse, 1977, p. 566–567].

Так как в БСТ идентификация здоровья и болезни прямо зависит от их распределения в референтном классе, то возможна следующая ситуация (или, в терминологии Дж. Дэвида Герреро, проблема ‘Cambridge change’⁵): то, что вчера было нормальным, завтра станет патологическим, а животное (в том числе человек), не успевшее за этими изменениями, будет считаться больным [Guerrero, 2010, p. 173–177]. Конечно, эта ситуация маловероятна – с точки зрения крайне медлен-

⁵ Cambridge change – это «свойство, которое индивид может приобрести или потерять не в зависимости от изменений во “внутренних” свойствах самого индивида, а в зависимости от изменений в других индивидах» [Guerrero, 2010, p. 174].

ной естественной эволюции, но вполне реалистична – с точки зрения трансгуманизма.

Для нормативистов эта «проблема рисования линий» не столь актуальна: они снимают ее признанием релятивности (социально-культурной обусловленности) самого критерия. Что мешает перерисовать границу между здоровым и патологическим в угоду новым стандартам? И заодно обратить категории здоровья и болезни в инструменты социального контроля [Исаев, 2022, р. 151–154], содействуя процессу медикализации.

Таким образом, данная проблема имеет не только чисто теоретическое (философское или медицинское) значение, но и социально-политическое. В конечном счете в основе интереса к нормальности на самом деле лежит более животрепещущий интерес к выявлению ненормальности, которая может восприниматься двояко: как отставание от нормы (сфера внимания «терапии», медицины) и как превышение нормы (сфера внимания «улучшения», трансгуманизма).

Если «терапия» нацелена на восстановление биологического функционирования до нормального уровня, то «улучшение» – на выход за пределы биологических норм. «Улучшение» не ограничивается, в отличие от «терапии», узкими рамками медицинских показаний и биоэтических принципов (прежде всего, основополагающего для медицины – «Не навреди!»), а, руководствуясь стремлением исправить хорошее ради лучшего, максимизирует слоган «Мое тело – мое дело» и стимулирует развитие косметологии, биохакинга, трансгуманизма и даже постгуманизма.

Проблема в том, что задаваемые биомедициной границы между «терапией» и «улучшением», а также между «улучшением» и ухудшением могут, как справедливо замечают нормативисты, подрываться психологическими и социальными соображениями. Отсюда исторические примеры готовности подвергаться кастрации ради социальных предпочтений, или – в современное время – хирургическому (и/или гормональному) изменению пола ради психологического комфорта, или (в пределе) – замене здоровых конечностей бионическими ради спортивных достижений.

Впрочем, по мере продвижения к персонализированной медицине концепция нормальности потеряет свою продуктивность. Успешность этого продвижения во многом зависит от развития гуманистической модели медицины с ее вниманием к уникальности каждого пациента и от дальнейшего прогрессирования биомедицинских технологий, которые позволят превратить биомедицину в т.н. точную (прецизионную) медицину.

Можно констатировать: если биомедицина строится на бинарном взгляде на соотношение здоровья и болезни, нормы и патологии, терапии и улучшения, то гуманистическая модель снимает экстремизм этой оппозиции (или/или) через введение континуума, допускающего «серую зону» принципиально не идентифицируемых случаев как поля открытых вопросов без окончательных ответов.

Философские рамки биомедицины, при всей ее сосредоточенности на болезни (патоцентризм как прямое следствие нормоцентризма), не охватывают болезнь в ее непосредственности и значимости для пациента. Как следствие – за болез-

нию не видят самого больного и пренебрегают трансформирующим потенциалом вызываемых ею страданий. Гуманистическая модель призвана исправить этот серьезный пробел. С этой целью она призывает медицину перефокусировать внимание с болезни на больного, взяв на вооружение неогиппократовскую установку «заботиться о человеке в целом, а не лечить болезнь».

Данная модель медицины объединяет те подходы, которые подчеркивают важную роль в клинической практике субъективных переживаний пациента (феноменология медицины) и «эмоционального, ментального, экзистенциального контекста взаимоотношений врач-пациент» [Синюкова, 2018, с. 150] (нарративная медицина).

Гуманистические подходы самообосновываются тем фактом, что категории здоровья и болезни выходят за рамки чисто медицинского дискурса [Аверкина, 2014, с. 103; Шуталева, 2011, с. 131–132]. Для больного болезнь – это не просто физические и психические неполадки (или, словами натурализма, биологическая дисфункция), это глобальная онтологическая и экзистенциальная угроза привычным, само собой разумеющимся отношениям между телом, Я и миром [Toombs, 2019, p. 219].

Болезнь раскалывает синтетическое здоровое единство живого тела и тела как объекта (Leib и Köpfer, в терминах Эдмунда Гуссерля) и, нарушая естественную феноменологическую установку, навязывает необходимость интенсивного вынужденного сосредоточения на теле как объекте.

Согласно Фредрику Свенеусу, радикальная и ужасающая инаковость серьезных болезней делает их главной угрозой здоровому, домашнему бытию-в-мире [Svenaesus, 2011, p. 335–338]. В работах других ведущих феноменологов медицины – Дрю Ледера, Ричарда Зейнера, С. Кей Тумбс и Хави Ханны Карел – инаковость болезни обрисовывается как чуждость, «невидимость» (самовольность) тела пациента по отношению к нему самому. Болезнь превращает тело во врага и предателя. Этим она опаснее других несчастий, других форм бездомного бытия-в-мире: от тела не спрячешься, от него не убежишь.

С. Кей Тумбс, философ, страдающая рассеянным склерозом, приводит список существенных (или «эйдетических») характеристик переживания болезни: ощущение утраты целостности, утрата уверенности, потеря контроля, потеря свободы действий и потеря знакомого мира [Toombs, 1987, p. 229]. Самой большой потерей является потеря свободы, в том числе в ее темпоральном измерении: с прогрессированием болезни постепенно, но неумолимо закрываются ранее открытые возможности. Повседневность теряет свою привычность, доступность, бездумность и становится трудоемким проектом. В то время как здоровые люди воспринимают мир в качестве арены для самовыражения, больные – в качестве набора угроз⁶. Не только тело, но и мир становится врагом.

Феноменология медицины сопряжена с нарративной медициной, так как подразумевает не просто описание личного бытия-в-мире, а разъяснение смысловых структур, общих для человеческого бытия-в-мире в целом.

⁶ Murphy D. Concepts of Disease and Health // E.N. Zalta (ed.) The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Spring Edition, 2021. URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/health-disease/>. (дата обращения 20.02.2023).

Нарративная медицина видит свое назначение в нейтрализации технологически и бюрократически отчужденного характера работы биомедиков. Как выражается Симус О'Махони, пациенты стали «проблемой, которую нужно решать на больничном конвейере; неудивительно, что они часто чувствуют, что никто, по-видимому, не отвечает и не заботится о них как о личностях» [O'Mahony, 2019, p. 330]. Врач же истолковывается как «анонимный локус определенного набора компетенций» [Blythe & Curlin, 2018, p. 442]. Обезличенность контактов (и как следствие – отсутствие предвзятости, пристрастности) как идеал веберовской бюрократии, будучи уместной в присутственных местах, не применима в отношениях между врачом и пациентом.

Нарратив – лучшая форма выражения самобытности каждого пациента (его убеждений, предпочтений, ценностей, формирующих его уникальный опыт). Нарратив формируется во время клинической встречи врача и пациента и уточняется с помощью их герменевтического диалога, а также «чтения» врачом тела пациента как текста [Аверкина, 2014, p. 105–106].

Нарратив ситуативен, конкретен, незавершен, открыт для сравнения, детализации и переинтерпретации. Он берет во внимание случайности, прецеденты, неполноту, мультикативные причины, оставляя место для непредвиденных обстоятельств и открытого исхода. Это важно для презентации опыта болезни, которая становится разломом, вынуждающим к переопределению прошлого и будущего в попытке снять или хотя бы смягчить их отчуждающий характер.

Собственный опыт серьезной болезни (рассеянный склероз, онкология) заставил таких идейных вдохновителей гуманистической модели, как С. Кей Тумбс, Хави Ханна Карел, Артур Франк, акцентировать внимание на суженном горизонте возможностей человека (в том числе в результате болезни, инвалидности, старения) и задуматься о выработке более взвешенного подхода к здоровью и болезни, чем тот, что продвигается западной культурой с ее пиететом перед молодостью, внешней привлекательностью, социальной востребованностью, успешностью, счастьем. От человека требуется всегда «твердо стоять на ногах» (в буквальном и переносном смыслах) [Toombs, 2019, p. 221]. Этот императив отчасти прослеживается и в отождествлении биомедициной человеческого здоровья с благополучием и процветанием.

Однако даже несерьезные болезни, не говоря уже об инвалидизирующих, разоблачают иллюзию личной неуязвимости, автономии, целостности, независимости, несокрушимости. Они как ничто другое демонстрируют, что способности, возможности, свобода, гармоничность и самодостаточность человека, т.е. то, с чем принято соотносить здоровье при попытках дать его позитивное определение, – являются хрупкими, ничем не гарантированными и крайне уязвимыми дарами жизни. «Мы более ограничены, чем нам хотелось бы думать», – утверждает Ханс-Георг Гадамер (цит. по [Kerdeman, 2015, p. 735]).

Такой взгляд на природу человека (без крайностей христианского умаления и светской (в духе позитивной психологии) самонадеянности⁷) прокладывает путь

⁷ Недаром критике данного самоуверенного (само)отношения (взятого на вооружение позитивной психологией), поощряющего глорификацию борцов с болезнью и виктимизацию «лузеров», не справившихся с нею, посвящены два издания книги Барбары Эренрайх, которая на себе испытала его негативные последствия: 'Bright-Sided: How the Relentless Promotion of Positive Thinking has

к более сбалансированному пониманию болезни – и как одного из главных зол жизни, серии потерь, запретов, ограничений, и как вызова и приглашения к пересмотру ценностных ориентиров и жизненных приоритетов. Здоровье же трактуется не в абсолютистском духе как полная антитеза болезни и полное благополучие, а в диалектической связи с болезнью, допускающей возможность «здоровья в болезни».

Таким образом, можно сделать вывод, что если биомедицина выражает профессиональный взгляд (врача, ученого) на болезнь (заболевание), дает ей объективную оценку и вскрывает ее сущность как объективного биологического явления, то для гуманистической модели важнее личный взгляд пациента на болезнь, ее субъективная оценка, а ее главным атрибутом считается страдание. Две модели медицины исследуют болезнь с двух разных ракурсов: с точки зрения третьего лица и с точки зрения первого лица. В англоязычной литературе это различие, позволяющее отделять болезнь как патологическое явление от ее воздействия на человека (и ее восприятие человеком) в целом, выражено терминологически – в дихотомии *disease / illness*. Что касается категории здоровья, то биомедицина и гуманистическая модель исследуют ее соотносительно с категорией болезни: отстаивая, соответственно, дихотомическую и градуалистскую позиции. Впрочем, холистический и антропоцентрический подход к категории здоровья сближает обе модели медицины.

Список литературы

- Аверкина Е. И.** Гуманитарное пространство медицинского дискурса // Философские науки. 2014. № 12. С. 103–110.
- Исаев А. В.** Ценность «естественного здоровья» и критика концепции нормализации здоровья // *НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право*. 2022. № 47(1). С. 150–154. <https://doi.org/10.52575/2712-746X-2022-47-1-150-154>.
- Лаврентьев А. В.** Философско-медицинский и теологический ракурсы осмысления феномена болезни // *Христианское чтение*. 2022. № 4. С. 167–179. https://doi.org/0.47132/1814-5574_2022_4_167.
- Серебренникова А. В.** Философия медицины: современные аспекты // Национальная ассоциация ученых (НАУ). 2022. № 79. С. 40–43. <https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2022.179.596>.
- Синюкова Н. А.** Субъективизация опыта болезни как гуманистическая парадигма современной медицины // *Сиб. филос. журн.* 2018. Т. 16. № 4. С. 147–158. <https://doi.org/10.25205/2541-7517-2018-16-4-147-158>.
- Шуталева А. В.** Интегральный подход и проблема холистического мировосприятия в медицине // *Вестн. Челяб. гос. ун-та*. 2011. № 18(233). С. 131–133.
- Baronov D.** Biomedicine: An ontological dissection // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2008. № 29. P. 235–254. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9070-4>.
- Blythe J. A., Curlin F. A.** “Just do your job”: Technology, bureaucracy, and the eclipse of conscience in contemporary medicine // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2018. № 39. P. 431–452. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9474-8>.

Undermined America’ (американское издание, 2009) и ‘Smile or Die: How Positive Thinking Fooled America and the World’ (британское издание, 2010).

- Boorse C.** Health as a theoretical concept // *Philosophy of Science*. 1977. № 44(4). P. 542–573. <https://doi.org/10.1086/288768>.
- Dawber T. R.** *The Framingham Study: The epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- Giroux É.** Epidemiology and the bio-statistical theory of disease: A challenging perspective // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2015. № 36. P. 175–195. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9327-7>.
- Guerrero J. D.** On a naturalist theory of health: A critique // *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 2010. № 41. P. 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.12.008>.
- Hershenov D. B.** A naturalist response to Kingma's critique of naturalist accounts of disease // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2020. № 41. P. 83–97. <https://doi.org/10.1007/s11017-020-09526-9>.
- Hucklenbroich P.** "Disease Entity" as the Key Theoretical Concept of Medicine // *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2014. vol. 39. is. 6. P. 609–633. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu040>.
- Kerdeman D.** Preparing Educational Researchers: The Role of Self-Doubt // *Educational Theory*. 2015. vol. 65. no. 6. p. 719–738. <https://doi.org/10.1111/edth.12144>.
- Kingma E.** Naturalism about health and disease: Adding nuance for progress // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2014. № 39. P. 590–608. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu037>.
- Nordenfelt L.** On Concepts of Positive Health // T. Schramme, S. Edwards (eds). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer, 2017. p. 29–44. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1_2.
- O'Mahony S.** After the golden age: What is medicine for? // *Lancet*. 2019. № 393(10183). p. 1798–1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30901-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30901-8).
- Schwartz P. H.** Defining dysfunction: Natural selection, design, and drawing a line // *Philosophy of Science*. 2007. № 74. P. 364–385. <https://doi.org/10.1086/521970>.
- Svenaues F.** Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2011. № 14. P. 333–343. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9301-0>.
- Toombs S. K.** The healing relationship: Edmund Pellegrino's philosophy of the physician – patient encounter // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2019. № 40. P. 217–229. <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09490-z>.
- Toombs S. K.** The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient–physician relationship // *Journal of Medicine and Philosophy*. 1987. № 12. P. 219–240.
- Wakefield J. C.** Mental Disorders as Genuine Medical Conditions // T. Schramme, S. Edwards (eds). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer, 2017. p. 65–82. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1_1.

References

- Averkina E.** Humanitarian Space of Medical Discourse // *Russian Journal of Philosophical Sciences*. 2014. № 12. p. 103–110. (In Russian)
- Baronov D.** Biomedicine: An ontological dissection // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2008. № 29. P. 235–254. <https://doi.org/10.1007/s11017-008-9070-4>.

- Blythe J. A., Curlin F. A.** “Just do your job”: Technology, bureaucracy, and the eclipse of conscience in contemporary medicine // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2018. № 39. p. 431–452. <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9474-8>
- Boorse C.** Health as a theoretical concept // *Philosophy of Science*. 1977. № 44(4). P. 542–573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- Dawber T. R.** *The Framingham Study: The epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- Giroux É.** Epidemiology and the bio-statistical theory of disease: A challenging perspective // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2015. № 36. P. 175–195. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9327-7>
- Guerrero J. D.** On a naturalist theory of health: A critique // *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 2010. № 41. P. 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.12.008>
- Hershenov D. B.** A naturalist response to Kingma’s critique of naturalist accounts of disease // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2020. № 41. p. 83–97. <https://doi.org/10.1007/s11017-020-09526-9>
- Hucklenbroich P.** “Disease Entity” as the Key Theoretical Concept of Medicine // *The Journal of Medicine and Philosophy*. 2014. vol. 39. is. 6. p. 609–633. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu040>
- Isaev A. V.** The Value of “Natural Health” and Criticism of the Concept of Normalization of Health // *NOMOTHETIKA: Philosophy. Sociology. Law*. 2022. № 47(1). p. 150–154. (in Russian). <https://doi.org/10.52575/2712-746X-2022-47-1-150-154>.
- Kerdeman D.** Preparing Educational Researchers: The Role of Self-Doubt // *Educational Theory*. 2015. vol. 65. no. 6. p. 719–738. <https://doi.org/10.1111/edth.12144>.
- Kingma E.** Naturalism about health and disease: Adding nuance for progress // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2014. № 39. p. 590–608. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu037>.
- Lavrentiev A. V.** Philosophical-Medical and Theological Perspectives of Understanding the Phenomenon of Disease // *Khristianskoye Chteniye*. 2022. № 4. p. 167–179. (in Russian). https://doi.org/10.47132/1814-5574_2022_4_167.
- Nordenfelt L.** On Concepts of Positive Health // T. Schramme, S. Edwards (eds). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer, 2017. p. 29–44. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1_2.
- O’Mahony S.** After the golden age: What is medicine for? // *Lancet*. 2019. № 393(10183). P. 1798–1799. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30901-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30901-8).
- Schwartz P. H.** Defining dysfunction: Natural selection, design, and drawing a line // *Philosophy of Science*. 2007. № 74. p. 364–385. <https://doi.org/10.1086/521970>.
- Serebrennikova A. V.** Philosophy of medicine: Modern aspects // *Natsional’naya assotsiatsiya uchenykh*. 2022. № 79(1). P. 40–43. (in Russian). <https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2022.1.79.596>.
- Shutaleva A. V.** Integral approach and the problem of a holistic world view in medicine // *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2011. № 18(233). P. 131–133. (in Russian).

- Sinyukova N. A.** Subjectivization of the illness experience as a humanistic paradigm of modern medicine // *The Siberian Journal of Philosophy*. 2018. vol. 16. no. 4. P. 147–158. (In Russian). <https://doi.org/10.25205/2541-7517-2018-16-4-147-158>.
- Svenaеus F.** Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2011. № 14. P. 333–343. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9301-0>
- Toombs S. K.** The healing relationship: Edmund Pellegrino’s philosophy of the physician–patient encounter // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2019. № 40. P. 217–229. <https://doi.org/10.1007/s11017-019-09490-z>
- Toombs S. K.** The meaning of illness: A phenomenological approach to the patient–physician relationship // *Journal of Medicine and Philosophy*. 1987. № 12. P. 219–240.
- Wakefield J. C.** Mental Disorders as Genuine Medical Conditions // T. Schramme, S. Edwards (eds). *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer, 2017. P. 65–82. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8688-1_1.

Сведения об авторе

Гилязова Ольга Сергеевна, кандидат философских наук,
доцент, центр развития универсальных компетенций, Уральский федеральный университет (Екатеринбург, Россия)

Information about the Author

Olga S. Gilyazova, PhD in Philosophy,
Associate Professor, Center for the Development of Universal Competences, Ural Federal University (Yekaterinburg, Russia)

*Статья поступила в редколлегию 20.02.2023;
одобрена после рецензирования 27.04.2023; принята к публикации 27.04.2023*
*The article was submitted 20.02.2023;
approved after reviewing 27.04.2023; accepted for publication 27.04.2023*