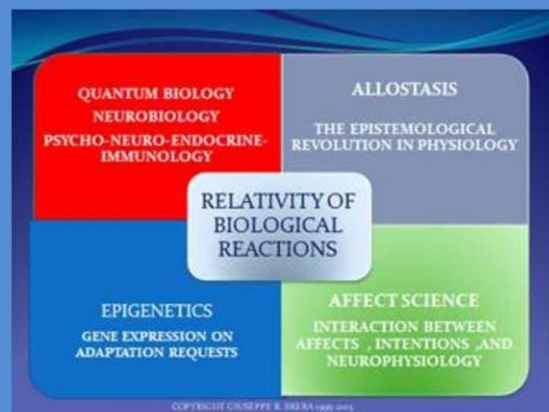


# **“THE EPISTEMOLOGICAL AND SCIENTIFIC BASIS OF PERSON-CENTERED MEDICINE”**

**INTRODUCTIVE CHAPTER OF THE BOOK**

**GIUSEPPE R. BRERA**

## **PERSON-CENTERED MEDICINE AND PERSON-CENTERED CLINICAL METHOD**



***Clinical results of the Medicine unitary paradigm teaching and  
the COVID-19 people and person-centered prevention theory***

**UNIVERSITA' AMBROSIANA EDITIONS**

**Edizioni Università Ambrosiana 2021**

**ISBN 9798726465432**

**The book is distributed worldwide by Amazon and Ambrosiana University press**  
**[editoria@editoriauniversitaambrosiana.it](mailto:editoria@editoriauniversitaambrosiana.it)**

**The book introduces the paradigm theory**  
**of the World Society of Person-Centered Medicine**  
**and it is the official textbook of**  
**the International Master in Person-Centered Medicine**  
**in**  
**Person-Centered Medicine International Program**<sup>1</sup>

**The second book of the same author published on the matter after**

**“Person-Centered Medicine and Medical Education in the third Century”**

**IEPI 2001**

---

<sup>1</sup> Info [secretariat@worldsocietypersoncenteredmedicine.org](mailto:secretariat@worldsocietypersoncenteredmedicine.org)

## INDEX

### 1 .TRANSLATION OF THE SUMMARY OF THE CHAPTER

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| ENGLISH SUMMARY OF THE CHAPTER .....        | 4  |
| ITALIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 5  |
| GREEK TRANSLATION OF THE SUMMARY.....       | 7  |
| LATIN TRANSLATION OF THE SUMMARY.....       | 8  |
| POLISH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....     | 10 |
| SPANISH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 11 |
| PORTOGUESE TRANSLATION OF THE SUMMARY.....  | 13 |
| FRENCH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....     | 15 |
| RUSSIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 16 |
| UKRAINIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY.....   | 17 |
| CHINESE TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 18 |
| JAPANESE TRANSLATION OF THE SUMMARY.....    | 19 |
| ARABIC TRANSLATION OF THE SUMMARY.....      | 20 |
| GERMAN TRANSLATION OF THE SUMMARY.....      | 22 |
| HUNGARIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY .....  | 23 |
| CZECH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....      | 25 |
| SWEDISH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 26 |
| NORWEGIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY.....   | 28 |
| DANISH TRANSLATION OF THE SUMMARY.....      | 29 |
| TURKISH TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 31 |
| KOREAN TRANSLATION OF THE SUMMARY .....     | 32 |
| PERSIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 34 |
| ICELANDIC TRANSLATION OF THE SUMMARY .....  | 35 |
| HINDI TRANSLATION OF THE SUMMARY.....       | 37 |
| URDU TRANSLATION OF THE SUMMARY .....       | 38 |
| BENGALI TRANSLATION OF THE SUMMARY.....     | 40 |
| ISRAELI TRANSLATION OF THE SUMMARY .....    | 41 |
| PALESTINIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY..... | 43 |

### ENGLISH SUMMARY OF THE CHAPTER

Giuseppe R. Brera's introduction to *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* argues for a paradigm change of medical science away from mechanistic, reductionist models toward an **interactionist, indeterministic, person-centered epistemology**. Brera situates this shift at the intersection of contemporary biological discoveries (allostasis, psycho-neuro-endocrino-immunology, epigenetics) and a long philosophical tradition that conceives the human being as a person — an ontological subject whose interpretive acts shape physiological and behavioral outcomes. He contends that health should be reconceptualized not as a mere absence of pathology but as a construct produced by the person's interpretive choices among available possibilities, which in turn drive downstream psycho-neuro-endocrine-immune allostasis and long-term adaptation.

Brera grounds his argument historically and philosophically, linking Aristotelian and Augustinian notions of personhood and later personalist thought to clinical practice. He emphasizes that the physician's role must expand from diagnosing biological dysfunctions to understanding how a patient's **meaning-making**, values, and existential choices modulate biological reactions and disease trajectories. The introduction synthesizes empirical and theoretical strands—experimental work that undermined Selye's linear stress model, the allostasis framework, and epigenetic evidence of environment–gene interactions—to support a Relativity of Biological Reactions (RBR) perspective: biological responses are contingent on the interpretive context offered to the person, not solely on fixed stimulus–response laws.

Methodologically, Brera proposes a Person-Centered Clinical Method that integrates three domains—subjectivity (psychological and existential variables), biology (molecular and physiological processes), and environment (social, cultural, and physical stimuli)—and treats the person as the active pilot of interactions among these domains. Clinically, this implies that pathogenesis is redefined as a dynamic process in which deficits in subjective and environmental resources permit dominant risk factors to produce maladaptive allostasis; therapeutically, the physician's task becomes maieutic: to elicit and reshape the patient's interpretive frameworks so as to generate healthier choices and adaptive biological states.

Finally, Brera calls for systemic changes in medical education and health governance: curricula should integrate humanities and ethical formation to prevent the reduction of clinicians to “biotechnicians,” and public health policies should recognize subjective and social determinants of health. He frames Person-Centered

Medicine as both an epistemological correction and a practical program for improving prevention, care, and the moral quality of medical practice.

**Implications for research and practice:** Brera's introduction invites empirical testing of the RBR framework (for example, studies linking measures of meaning-making and decision quality to biomarkers of allostasis), development of clinical tools to assess the person's interpretive landscape, and controlled trials to evaluate interventions that target subjective resources alongside conventional biomedical therapies.

The book also argues for changing the definition of the concept of health, which the author presented to the WHO in 2011 as “**The choice of true possibilities to be the best human person,**” thereby synthesizing the epistemological pillars of Person-Centered Medicine: interactionism and the kairological telonomy of human nature by shifting medicine and medical science from a mechanistic, deterministic paradigm founded on linear causality to an indeterministic, teleonomic paradigm grounded in interactionism: spirit (the quest for meaning), affective-emotional subjectivity, biological variables driven by allostasis, and the quality of the physical and interpersonal environment and of coping.

### ITALIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

L'introduzione di Giuseppe R. Brera a *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* sostiene un cambiamento di paradigma della scienza medica, allontanandola dai modelli meccanicistici e riduzionisti verso un'epistemologia interactionista indeterminista **centrata sulla persona**. Brera colloca questo cambiamento all'incrocio tra le scoperte biologiche contemporanee (allostasi, psico-neuro-endocrino-immunologia, epigenetica) e una lunga tradizione filosofica che concepisce l'essere umano come persona — un soggetto ontologico i cui atti interpretativi plasmano esiti fisiologici e comportamentali. Egli sostiene che la salute debba essere riconcettualizzata non come mera assenza di patologia, ma come un costrutto prodotto dalle scelte interpretative della persona tra le possibilità disponibili, le quali a loro volta guidano a valle l'allostasi psico-neuro-endocrino-immunitaria e l'adattamento a lungo termine.

Brera fonda il suo argomento su basi storiche e filosofiche, collegando le nozioni aristoteliche e agostiniane di persona e il successivo pensiero personalista alla pratica clinica. Sottolinea che il ruolo del medico deve ampliarsi: non più limitarsi a diagnosticare disfunzioni biologiche, ma comprendere come la costruzione di significato del paziente, i suoi valori e le sue scelte esistenziali modulino le reazioni biologiche e le traiettorie della malattia. L'introduzione sintetizza filoni empirici e teorici — lavori sperimentali che hanno messo in crisi il modello lineare dello stress di Selye, il quadro dell'allostasi e le evidenze epigenetiche delle interazioni

ambiente-gene — per sostenere una prospettiva di **Relatività delle Reazioni Biologiche (RBR)**: le risposte biologiche dipendono dal contesto interpretativo offerto alla persona, e non esclusivamente da leggi fisse stimolo-risposta.

Dal punto di vista metodologico, Brera propone un Metodo Clinico centrato sulla Persona che integra tre domini — soggettività (variabili psicologiche ed esistenziali), biologia (processi molecolari e fisiologici) e ambiente (stimoli sociali, culturali e fisici) — e considera la persona come pilota attivo delle interazioni tra questi domini. Clinicamente, ciò implica che la patogenesi venga ridefinita come processo dinamico in cui deficit di risorse soggettive e ambientali permettono ai fattori di rischio dominanti di produrre un'allostasi maladattiva; terapeuticamente, il compito del medico diventa maieutico: evocare e rimodellare i quadri interpretativi del paziente in modo da generare scelte più salutari e stati biologici adattativi.

Infine, Brera sollecita cambiamenti sistemici nell'educazione medica e nella governance della salute: i curricula dovrebbero integrare le discipline umanistiche e la formazione etica per evitare la riduzione del clinico a «biotecnico», e le politiche di sanità pubblica dovrebbero riconoscere i determinanti soggettivi e sociali della salute. Egli presenta la Medicina centrata sulla Persona sia come correzione epistemologica sia come programma pratico per migliorare prevenzione, cura e la qualità morale della pratica medica.

Implicazioni per ricerca e pratica: l'introduzione di Brera invita a test empirici del quadro RBR (per esempio studi che colleghino misure di costruzione di significato e qualità decisionale a biomarcatori di allostasi), allo sviluppo di strumenti clinici per valutare il paesaggio interpretativo della persona e a trial controllati per valutare interventi che mirino alle risorse soggettive insieme alle terapie biomediche convenzionali.

Il libro presenta anche la necessità del cambiamento della definizione del concetto di salute che l'autore ha presentato alla WHO nel 2011 come “ Scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana” sintetizante i pilastri epistemologici della Medicina centrata sulla persona: l'interazionismo e la telonomia kairológica della natura umana, facendo passare la medicina e la scienza medica da un paradigma meccanicista, determinista fondato sulla causalità lineare a un paradigma indeterminista, teleonomico fondato sull'interazionismo spirito (domanda di senso), soggettività affettivo-emotiva- variabili biologiche pilotate dall'allostasi e qualità dell'ambiente fisico ed interpersonale e del coping.

### GREEK TRANSLATION OF THE SUMMARY

Η εισαγωγή του Giuseppe R. Brera στο έργο *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* υποστηρίζει μια παραδειγματική αλλαγή της ιατρικής επιστήμης, απομακρύνοντάς την από μηχανιστικά, μειωτικά μοντέλα προς μια **διεπαφική, μη ντετερμινιστική επιστημολογία επικεντρωμένη στο άτομο**. Ο Brera τοποθετεί αυτή τη μετατόπιση στη διασταύρωση των σύγχρονων βιολογικών

ανακαλύψεων (αλλοστάση, ψυχο-νευρο-ενδοκρινική-ανοσολογία, επιδигενετική) και μιας μακράς φιλοσοφικής παράδοσης που αντιλαμβάνεται τον άνθρωπο ως πρόσωπο — ένα οντολογικό υποκείμενο του οποίου οι ερμηνευτικές πράξεις διαμορφώνουν τα φυσιολογικά και συμπεριφορικά αποτελέσματα. Υποστηρίζει ότι η υγεία πρέπει να επανεξεταστεί όχι ως απλή απουσία παθολογίας, αλλά ως ένα κατασκεύασμα που παράγεται από τις ερμηνευτικές επιλογές του ατόμου ανάμεσα στις διαθέσιμες δυνατότητες, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε αλλοστατικές ψυχο-νευρο-ενδοκρινικές-ανοσολογικές αντιδράσεις και σε μακροχρόνια προσαρμογή.

Ο Brega θεμελιώνει το επιχείρημά του ιστορικά και φιλοσοφικά, συνδέοντας τις αριστοτελικές και αυγουστίνιες έννοιες της προσωπικότητας και τον μεταγενέστερο προσωποκεντρικό στοχασμό με την κλινική πρακτική. Τονίζει ότι ο ρόλος του ιατρού πρέπει να επεκταθεί: από τη διάγνωση βιολογικών δυσλειτουργιών προς την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η κατασκευή νοήματος του ασθενούς, οι αξίες του και οι υπαρξιακές του επιλογές ρυθμίζουν τις βιολογικές αντιδράσεις και τις τροχιές της νόσου. Η εισαγωγή συνθέτει εμπειρικά και θεωρητικά ρεύματα — πειραματικές εργασίες που αμφισβήτησαν το γραμμικό μοντέλο του στρες του Selye, το πλαίσιο της αλλοστάσης και επιγενετικά στοιχεία για τις αλληλεπιδράσεις περιβάλλον-γόνος — για να υποστηρίξει την προοπτική της **Σχετικότητας των Βιολογικών Αντιδράσεων (RBR)**: οι βιολογικές αντιδράσεις είναι εξαρτημένες από το ερμηνευτικό πλαίσιο που προσφέρεται στο άτομο και όχι αποκλειστικά από σταθερούς νόμους ερέθισμα-απάντηση.

Μεθοδολογικά, ο Brega προτείνει μια **Κλινική Μέθοδο Επικεντρωμένη στο Άτομο** που ενσωματώνει τρεις τομείς — υποκειμενικότητα (ψυχολογικές και υπαρξιακές μεταβλητές), βιολογία (μοριακές και φυσιολογικές διεργασίες) και περιβάλλον (κοινωνικά, πολιτισμικά και φυσικά ερεθίσματα) — και θεωρεί το άτομο ως ενεργό πιλότο των αλληλεπιδράσεων μεταξύ αυτών των τομέων. Κλινικά, αυτό σημαίνει ότι η παθογένεση επαναπροσδιορίζεται ως δυναμική διαδικασία κατά την οποία ελλείψεις σε υποκειμενικούς και περιβαλλοντικούς πόρους επιτρέπουν σε κυρίαρχους παράγοντες κινδύνου να προκαλέσουν δυσπροσαρμοστική αλλοστάση· θεραπευτικά, ο ρόλος του ιατρού γίνεται μαιευτικός: να αναδεικνύει και να αναδιαμορφώνει τα ερμηνευτικά πλαίσια του ασθενούς ώστε να προκύπτουν πιο υγιείς επιλογές και προσαρμοστικές βιολογικές καταστάσεις.

Τέλος, ο Brega ζητά συστημικές αλλαγές στην ιατρική εκπαίδευση και στη διακυβέρνηση της υγείας: τα προγράμματα σπουδών θα πρέπει να ενσωματώνουν τις ανθρωπιστικές επιστήμες και την ηθική διαπαιδαγώγηση για να αποτραπεί η μείωση των κλινικών ιατρών σε «βιοτεχνικούς», και οι πολιτικές δημόσιας υγείας πρέπει να αναγνωρίζουν τους υποκειμενικούς και κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Παρουσιάζει την Ιατρική Επικεντρωμένη στο Άτομο τόσο ως επιστημολογική διόρθωση όσο και ως πρακτικό πρόγραμμα για τη βελτίωση της πρόληψης, της φροντίδας και της ηθικής ποιότητας της ιατρικής πρακτικής.

Συνέπειες για την έρευνα και την πρακτική: η εισαγωγή του Brera καλεί σε εμπειρική επαλήθευση του πλαισίου RBR (π.χ. μελέτες που συνδέουν μετρήσεις της κατασκευής νοήματος και της ποιότητας των αποφάσεων με βιοδείκτες της αλλοστάσης), στην ανάπτυξη κλινικών εργαλείων για την αξιολόγηση του ερμηνευτικού τοπίου του ατόμου και σε ελεγχόμενες δοκιμές για την αξιολόγηση παρεμβάσεων που στοχεύουν σε υποκειμενικούς πόρους παράλληλα με τις συμβατικές βιοϊατρικές θεραπείες.

Το βιβλίο παρουσιάζει επίσης την ανάγκη αλλαγής του ορισμού της έννοιας της υγείας, τον οποίο ο συγγραφέας υπέβαλε στον ΠΟΥ το 2011 ως «Επιλογή των αληθινών δυνατοτήτων για να είσαι το καλύτερο ανθρώπινο πρόσωπο», συνοψίζοντας τους επιστημολογικούς πυλώνες της Ιατρικής επικεντρωμένης στο πρόσωπο: τον διαδραστησμό και την καιρολογική τελεονομία της ανθρώπινης φύσης, κάνοντας τη μετάβαση της ιατρικής και της ιατρικής επιστήμης από ένα μηχανιστικό, ντετερμινιστικό παράδειγμα βασισμένο στη γραμμική αιτιότητα σε ένα αντετερμινιστικό, τελεονομικό παράδειγμα βασισμένο στον διαδραστησμό: το πνεύμα (ζήτηση νοήματος), η συναισθηματική υποκειμενικότητα, οι βιολογικές μεταβλητές που καθοδηγούνται από την αλλοστάση και η ποιότητα του φυσικού και διαπροσωπικού περιβάλλοντος καθώς και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης.

## **LATIN TRANSLATION OF THE SUMMARY**

Introductio Ioseppi R. Brerae ad *Person Centered Medicine* et *Person Centered Clinical Method* mutationem paradigmatis scientiae medicae proponit, eam a modis mechanisticis et reductionisticis avellens ad epistemologiam interactionisticam, indeterministicam et in persona centrātam. Brera hanc mutationem collocat in confluente inventorum biologicorum recentium (allostasis, psycho-neuro-endocrino-immunologia, epigenetica) et longa traditione philosophica quae hominem ut personam concepit — subjectum ontologicum cuius actūs interpretativī exitūs physiologicos et mores formant. Ait salutem non tamquam merae absentiae pathologiae repensari debere, sed ut constructum, a personae electionibus interpretativis inter possibilitates praesto productum, quae vicissim allostasin psycho-neuro-endocrino-immunem et adaptationem diuturnam promovent.

Brera suum argumentum historice et philosophice firmat, notionēs Aristotelicās et Augustinianās personae et posteriorem cogitationem personalisticam cum praxi clinica coniungens. Emphasizat munus medicī ampliandum esse: non solum ad diagnosin dysfunctionum biologicarum, sed ad intellegendum quomodo sensus a patientibus constructus, valori et electiones existenciales reactiones biologicas et trajectories morborum moderent. Introductio filia empirica et theoretica coniungit — opera experimentalia quae modelum linearem stressūs Selye labefecerunt, schema allostasis, et testimonia epigenetica interactionum ambitus et genorum — ut

prospiciendi rationem Relativitatis Reactionum Biologicarum (Relativity of Biological Reactions, RBR) sustineat: responsa biologica pendent a contextu interpretativo personae oblato, non solum a legibus fixis stimuli-responsi.

Methodologice Brera Methodum Clinicam Personae-Centratam proponit, quae tres regiones integrat — subjectivitatem (variabiles psychologicae et existenciales), biologiam (processus moleculares et physiologicos) et ambitum (stimuli sociales, culturales et physici) — et personam ut gubernatorem activum interactionum inter has regiones tractat. Clinice hoc significat pathogenesin redefiniendam ut processum dynamicum, in quo defectus subsidiōrum subjectivorum et environmentalium permittunt factoribus periculosis dominanti allostasim maladaptativam producere; therapeuticē autem officium medicī fit maieuticum: evocare et reformare schemata interpretativa patientis ut generentur electiones salubriora et status biologici adaptativi.

Denique Brera mutationes systematicae in educatione medica et gubernatione salutis postulat: curricula humanitates et formationem ethicam integrare debent ut clinicianorum reductio ad «biotechnicos» impediatur, et politicae sanitatis publicae determinantes subjectivos et sociales salutis agnoscant. Person-Centered Medicine tamquam correctio epistemologica et tamquam programma practicum proponitur ad meliorandam praeventionem, curam et qualitatem moralem practicae medicae.

Implicationes pro investigatione et praxis: introductio Brerae invitat ad probationes empiricas schemae RBR (exempli gratia studia quae mensuras significandi et qualitatis decisionis cum biomarkeris allostasis coniungant), ad evolutionem instrumentorum clinicorum ad aestimandam personae interpretationis landscapium, et ad experimenta controllata ad aestimandas interventiones quae subsidia subjectiva simul cum therapiae biomedicalibus conventionalibus intendunt.

Liber etiam arguit definitionem conceptūs salutis mutandam esse — quam auctor anno 2011 ad WHO proposuit ut “The choice of true possibilities to be the best human person” — ita columnas epistemologicas Person-Centered Medicine componens: interactionismum et telonomiam kairologicam naturae humanae, medicinae et scientiae medicae transfertens a paradygmate mechanistico, deterministico, in causalitate lineari fundato, ad paradygmatum indeterministicum, teleonomicum in interactionismo radicum: spiritus (quaerentia sensus), subjectivitas affectivo-emotiva, variabiles biologicae a allostasi ductae, et qualitas ambitus physici et interpersonalis et modorum tolerandi (coping).

## **POLISH TRANSLATION OF THE SUMMARY**

Wprowadzenie Giuseppe R. Brery do *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* argumentuje za zmianą paradygmatu nauk medycznych — odejściem od modeli mechanistycznych i redukcjonistycznych w kierunku interakcjonistycznej, niedeterministycznej epistemologii skoncentrowanej na osobie. Brera umiejscawia tę zmianę na przecięciu współczesnych odkryć

biologicznych (allostaza, psychoneuroendokrynologia-immunologia, epigenetyka) oraz długiej tradycji filozoficznej, która pojmuję istotę ludzką jako osobę — ontologiczny podmiot, którego akty interpretacyjne kształtują wyniki fizjologiczne i behawioralne. Twierdzi, że zdrowie powinno być rekonceptualizowane nie jako jedynie brak patologii, lecz jako konstrukt wytwarzany przez interpretacyjne wybory osoby spośród dostępnych możliwości, które z kolei napędzają dalsze procesy psychoneuroendokrynno-immunologicznej allostazy i długoterminowej adaptacji.

Brera uzasadnia swoje stanowisko historycznie i filozoficznie, łącząc arystotelesowskie i augustiańskie pojęcia osobowości oraz późniejsze myślenie personalistyczne z praktyką kliniczną. Podkreśla, że rola lekarza musi się rozszerzyć — od diagnozowania dysfunkcji biologicznych do rozumienia, w jaki sposób tworzenie znaczeń przez pacjenta, jego wartości i wybory egzystencjalne modulują reakcje biologiczne i trajektorie chorób. Wprowadzenie syntetyzuje wątki empiryczne i teoretyczne — prace eksperymentalne podważające liniowy model stresu Selye'a, ramy allostazy oraz dowody epigenetyczne na interakcje środowisko–gen — aby wesprzeć perspektywę **względności reakcji biologicznych (Relativity of Biological Reactions, RBR)**: reakcje biologiczne zależą od kontekstu interpretacyjnego oferowanego osobie, a nie wyłącznie od stałych praw bodziec–reakcja.

Metodologicznie Brera proponuje **Person-Centered Clinical Method**, która integruje trzy domeny — subiektywność (zmienne psychologiczne i egzystencjalne), biologię (procesy molekularne i fizjologiczne) oraz środowisko (bodźce społeczne, kulturowe i fizyczne) — i traktuje osobę jako aktywnego pilota interakcji między tymi domenami. Klinicznie oznacza to, że patogeneza zostaje zdefiniowana na nowo jako proces dynamiczny, w którym deficyty zasobów subiektywnych i środowiskowych umożliwiają dominującym czynnikom ryzyka wywoływanie nieadaptacyjnej allostazy; terapeutycznie zadanie lekarza staje się maieutyczne: wydobyć i przekształcić ramy interpretacyjne pacjenta tak, aby generować zdrowsze wybory i adaptacyjne stany biologiczne.

Wreszcie Brera wzywa do systemowych zmian w edukacji medycznej i zarządzaniu zdrowiem: programy nauczania powinny integrować nauki humanistyczne i kształcenie etyczne, aby zapobiec redukcji klinicystów do „biotechników”, a polityka zdrowia publicznego powinna uznawać subiektywne i społeczne determinanty zdrowia. Postrzega Person-Centered Medicine zarówno jako korektę epistemologiczną, jak i praktyczny program poprawy profilaktyki, opieki oraz moralnej jakości praktyki medycznej.

Implikacje dla badań i praktyki: wprowadzenie Brery zachęca do empirycznego testowania ram RBR (np. badań łączących miary tworzenia znaczeń i jakości decyzji z biomarkerami allostazy), do opracowania narzędzi klinicznych oceniających interpretacyjny krajobraz osoby oraz do przeprowadzenia kontrolowanych badań oceniających interwencje ukierunkowane na zasoby subiektywne równoległe z konwencjonalnymi terapiami biomedycznymi.

Książka również argumentuje za zmianą definicji pojęcia zdrowia, którą autor przedstawił WHO w 2011 roku jako „Wybór prawdziwych możliwości, by być najlepszą osobą ludzką” („The choice of true possibilities to be the best human person”), tym samym syntetyzując epistemologiczne filary Person-Centered Medicine: interakcjonizm i kairologiczną teleonomię ludzkiej natury poprzez przesunięcie medycyny i nauk medycznych z mechanistycznego, deterministycznego paradygmatu opartego na liniowej przyczynowości ku paradygmatowi niedeterministycznemu, teleonomicznemu, ugruntowanemu w interakcjonizmie: duch (poszukiwanie sensu), afektywno-emocjonalna subiektywność, zmienne biologiczne napędzane allostazą oraz jakość środowiska fizycznego i interpersonalnego oraz mechanizmów radzenia sobie (coping).

## SPANISH TRANSLATION OF THE SUMMARY

La introducción de Giuseppe R. Brera en *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* aboga por un cambio paradigmático de la ciencia médica, alejándola de modelos mecanicistas y reduccionistas hacia una epistemología interactionista, indeterminista y **centrada en la persona**. Brera sitúa este desplazamiento en la intersección entre los descubrimientos biológicos contemporáneos (alostasis, psiconeuroendocrinoinmunología, epigenética) y una larga tradición filosófica que concibe al ser humano como persona —un sujeto ontológico cuyos actos interpretativos moldean los resultados fisiológicos y conductuales. Sostiene que la salud debe reconceptualizarse no como mera ausencia de patología, sino como un constructo producido por las elecciones interpretativas de la persona entre las posibilidades disponibles, las cuales a su vez impulsan a valle la alostasis psico-neuro-endocrino-inmunitaria y la adaptación a largo plazo.

Brera fundamenta su argumento en bases históricas y filosóficas, vinculando las nociones aristotélicas y agustinianas de persona y el posterior pensamiento personalista con la práctica clínica. Enfatiza que el papel del médico debe ampliarse: dejar de limitarse a diagnosticar disfunciones biológicas y pasar a comprender cómo la construcción de significado del paciente, sus valores y sus elecciones existenciales modulan las reacciones biológicas y las trayectorias de la enfermedad. La introducción sintetiza hilos empíricos y teóricos —trabajos experimentales que socavaron el modelo lineal del estrés de Selye, el marco de la alostasis y la evidencia epigenética de las interacciones ambiente-gen— para sostener una perspectiva de **Relatividad de las Reacciones Biológicas (RBR)**: las respuestas biológicas son contingentes al contexto interpretativo ofrecido a la persona, y no exclusivamente a leyes fijas de estímulo-respuesta.

Metodológicamente, Brera propone un **Método Clínico Centrado en la Persona** que integra tres dominios —sujetividad (variables psicológicas y

existenciales), biología (procesos moleculares y fisiológicos) y ambiente (estímulos sociales, culturales y físicos)— y considera a la persona como piloto activo de las interacciones entre estos dominios. Clínicamente, ello implica que la patogenia se redefine como un proceso dinámico en el que déficits en recursos subjetivos y ambientales permiten que factores de riesgo dominantes produzcan una alostasis maladaptativa; terapéuticamente, la tarea del médico se vuelve mayéutica: evocar y remodelar los marcos interpretativos del paciente para generar elecciones más saludables y estados biológicos adaptativos.

Finalmente, Brera reclama cambios sistémicos en la educación médica y en la gobernanza de la salud: los planes de estudio deberían integrar las humanidades y la formación ética para evitar la reducción del clínico a un «biotecnólogo», y las políticas de salud pública deberían reconocer los determinantes subjetivos y sociales de la salud. Presenta la Medicina Centrada en la Persona tanto como una corrección epistemológica como un programa práctico para mejorar la prevención, la atención y la calidad moral de la práctica médica.

**Implicaciones para la investigación y la práctica:** la introducción de Brera invita a la comprobación empírica del marco RBR (por ejemplo, estudios que vinculen medidas de construcción de significado y calidad decisional con biomarcadores de alostasis), al desarrollo de herramientas clínicas para evaluar el paisaje interpretativo de la persona y a ensayos controlados que evalúen intervenciones dirigidas a los recursos subjetivos junto con las terapias biomédicas convencionales.

El libro también plantea la necesidad de cambiar la definición del concepto de salud que el autor presentó a la OMS en 2011 como «Elección de las posibilidades verdaderas para ser la mejor persona humana», sintetizando los pilares epistemológicos de la Medicina centrada en la persona: el interaccionismo y la telonomía kairológica de la naturaleza humana, haciendo pasar la medicina y la ciencia médica de un paradigma mecanicista y determinista, fundado en la causalidad lineal, a un paradigma indeterminista y teleonómico, fundado en el interaccionismo: el espíritu (búsqueda de sentido), la subjetividad afectivo-emocional, las variables biológicas pilotadas por la alostasis y la calidad del entorno físico e interpersonal y del afrontamiento (coping)

## PORTOGUESE TRANSLATION OF THE SUMMARY

A introdução de Giuseppe R. Brera a *Person Centered Medicine* e ao *Person Centered Clinical Method* defende uma mudança de paradigma na ciência médica, afastando-a de modelos mecanicistas e reducionistas em direção a uma epistemologia interacionista, indeterminista e centrada na pessoa. Brera situa essa mudança na interseção entre descobertas biológicas contemporâneas (alostase, psico-neuro-endócrino-imunologia, epigenética) e uma longa tradição filosófica que

concebe o ser humano como **pessoa** — um sujeito ontológico cujos atos interpretativos moldam desfechos fisiológicos e comportamentais. Ele sustenta que a saúde deve ser reconceitualizada não como mera ausência de patologia, mas como um constructo produzido pelas escolhas interpretativas da pessoa entre as possibilidades disponíveis, escolhas que por sua vez impulsionam a allostase psico-neuro-endócrino-imune e a adaptação a longo prazo.

Brera fundamenta seu argumento historicamente e filosoficamente, vinculando noções aristotélicas e agostinianas de pessoa e o pensamento personalista posterior à prática clínica. Ele enfatiza que o papel do médico deve expandir-se do diagnóstico de disfunções biológicas para a compreensão de como a construção de sentido, os valores e as escolhas existenciais do paciente modulam reações biológicas e trajetórias de doença. A introdução sintetiza vertentes empíricas e teóricas — trabalhos experimentais que abalam o modelo linear de estresse de Selye, o quadro da allostase e evidências epigenéticas de interações ambiente-gene — para apoiar uma perspectiva de **Relatividade das Reações Biológicas** (Relativity of Biological Reactions, RBR): as respostas biológicas são contingentes ao contexto interpretativo oferecido à pessoa, e não apenas a leis fixas de estímulo-resposta.

Do ponto de vista metodológico, Brera propõe um Person-Centered Clinical Method que integra três domínios — subjetividade (variáveis psicológicas e existenciais), biologia (processos moleculares e fisiológicos) e ambiente (estímulos sociais, culturais e físicos) — e trata a pessoa como o piloto ativo das interações entre esses domínios. Clinicamente, isso implica que a patogênese é redefinida como um processo dinâmico no qual déficits em recursos subjetivos e ambientais permitem que fatores de risco dominantes produzam allostase maladaptativa; terapeuticamente, a tarefa do médico torna-se maiêutica: elicitare e remodelar os quadros interpretativos do paciente para gerar escolhas mais saudáveis e estados biológicos adaptativos.

Por fim, Brera clama por mudanças sistêmicas na educação médica e na governança da saúde: os currículos devem integrar humanidades e formação ética para evitar a redução dos clínicos a “biotécnicos”, e as políticas de saúde pública devem reconhecer os determinantes subjetivos e sociais da saúde. Ele enquadra a Person-Centered Medicine tanto como uma correção epistemológica quanto como um programa prático para melhorar prevenção, cuidado e a qualidade moral da prática médica.

**Implicações para pesquisa e prática:** a introdução de Brera convida ao teste empírico do quadro RBR (por exemplo, estudos que relacionem medidas de construção de sentido e qualidade de decisão a biomarcadores de allostase), ao desenvolvimento de ferramentas clínicas para avaliar a paisagem interpretativa da pessoa e à realização de ensaios controlados para avaliar intervenções que visem recursos subjetivos paralelamente às terapias biomédicas convencionais.

O livro também defende a mudança da definição do conceito de saúde, que o autor apresentou à OMS em 2011 como “The choice of true possibilities to be the best human person”, sintetizando assim os pilares epistemológicos da Person-Centered

Medicine: o interacionismo e a teleonomia kairológica da natureza humana, ao deslocar a medicina e a ciência médica de um paradigma mecanicista e determinista fundado na causalidade linear para um paradigma indeterminista e teleonômico enraizado no interacionismo: espírito (a busca de sentido), subjetividade afetivo-emocional, variáveis biológicas impulsionadas pela allostase, e a qualidade do ambiente físico e interpessoal e do **enfrentamento (coping)**.

## FRENCH TRANSLATION OF THE SUMMARY

L'introduction de Giuseppe R. Brera dans *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* plaide pour un changement paradigmatique de la science médicale, l'éloignant des modèles mécanistes et réductionnistes au profit d'une **épistémologie interactionniste, indéterministe et centrée sur la personne**. Brera situe ce déplacement à l'intersection des découvertes biologiques contemporaines (allostase, psychoneuroendocrino-immunologie, épigénétique) et d'une longue tradition philosophique qui conçoit l'être humain comme une personne — un sujet ontologique dont les actes interprétatifs façonnent les résultats physiologiques et comportementaux. Il soutient que la santé doit être reconceptualisée non comme une simple absence de pathologie, mais comme un construit produit par les choix interprétatifs de la personne parmi les possibilités disponibles, lesquels entraînent à leur tour une allostase psycho-neuro-endocrino-immunitaire en aval et une adaptation à long terme.

Brera fonde son argumentation sur des bases historiques et philosophiques, reliant les notions aristotéliennes et augustinienes de la personne et le courant personaliste ultérieur à la pratique clinique. Il insiste sur le fait que le rôle du médecin doit s'élargir : passer du simple diagnostic des dysfonctions biologiques à la compréhension de la manière dont la construction de sens du patient, ses valeurs et ses choix existentiels modulent les réactions biologiques et les trajectoires de la maladie. L'introduction synthétise des courants empiriques et théoriques — travaux expérimentaux ayant remis en cause le modèle linéaire du stress de Selye, le cadre de l'allostase et les preuves épigénétiques des interactions environnement-gène — pour soutenir une perspective de **Relativité des Réactions Biologiques (RBR)** : les réponses biologiques sont contingentes au contexte interprétatif offert à la personne, et non uniquement soumises à des lois fixes stimulus-réponse.

Sur le plan méthodologique, Brera propose une **Méthode Clinique centrée sur la Personne** qui intègre trois domaines — la subjectivité (variables psychologiques et existentielles), la biologie (processus moléculaires et physiologiques) et l'environnement (stimuli sociaux, culturels et physiques) — et considère la personne comme le pilote actif des interactions entre ces domaines. Cliniquement, cela implique que la pathogenèse soit redéfinie comme un processus dynamique dans

lequel des déficits de ressources subjectives et environnementales permettent à des facteurs de risque dominants de produire une allostase maladaptative ; thérapeutiquement, la tâche du médecin devient maïeutique : faire émerger et remodeler les cadres interprétatifs du patient afin de générer des choix plus sains et des états biologiques adaptatifs.

Enfin, Brera appelle à des changements systémiques dans l'éducation médicale et la gouvernance de la santé : les programmes devraient intégrer les humanités et la formation éthique pour éviter la réduction du clinicien au statut de « biotechnicien », et les politiques de santé publique devraient reconnaître les déterminants subjectifs et sociaux de la santé. Il présente la Médecine centrée sur la personne à la fois comme une correction épistémologique et comme un programme pratique visant à améliorer la prévention, les soins et la qualité morale de la pratique médicale.

Implications pour la recherche et la pratique : l'introduction de Brera invite à des tests empiriques du cadre RBR (par exemple, des études reliant des mesures de construction de sens et de qualité décisionnelle à des biomarqueurs d'allostase), au développement d'outils cliniques pour évaluer le paysage interprétatif de la personne et à des essais contrôlés évaluant des interventions ciblant les ressources subjectives parallèlement aux thérapies biomédicales conventionnelles.

Le livre présente également la nécessité de changer la définition du concept de santé que l'auteur a présentée à l'OMS en 2011 comme « Choix des possibilités vraies pour être la meilleure personne humaine », synthétisant les piliers épistémologiques de la Médecine centrée sur la personne : l'interactionnisme et la téléonomie kairologique de la nature humaine, faisant passer la médecine et la science médicale d'un paradigme mécaniste, déterministe fondé sur la causalité linéaire à un paradigme indéterministe, téléonomique fondé sur l'interactionnisme : l'esprit (quête de sens), la subjectivité affectivo-émotive, les variables biologiques pilotées par l'allostase et la qualité de l'environnement physique et interpersonnel ainsi que du coping.

## RUSSIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

Введение Джузеппе Р. Брэры к книге *Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method* аргументирует необходимость парадигмального сдвига в медицинской науке — от механистических, редукционистских моделей к **интеракционистской, индетерминистской эпистемологии, ориентированной на человека**. Брэра помещает этот сдвиг на пересечении современных биологических открытий (аллостаз, психонейроэндокринно-иммунология, эпигенетика) и долгой философской традиции, рассматривающей человека как личность — онтологическое субъективное начало, чьи интерпретативные акты формируют физиологические и поведенческие исходы. Он утверждает, что здоровье следует

реконцептуализировать не как простое отсутствие патологии, а как конструкт, порождаемый интерпретативными выборами человека среди доступных возможностей, которые, в свою очередь, определяют последующие психонейроэндокринно-иммунные аллостатические процессы и долгосрочную адаптацию.

Брёра обосновывает своё положение исторически и философски, связывая аристотелевские и августи́нские представления о личности и последующую персоналистскую мысль с клинической практикой. Он подчёркивает, что роль врача должна расширяться: от диагностики биологических дисфункций к пониманию того, как смысловое творчество пациента, его ценности и экзистенциальные выборы модулируют биологические реакции и траектории болезни. Введение синтезирует эмпирические и теоретические направления — экспериментальные работы, подорвавшие линейную модель стресса Селье, концепцию аллостаза и эпигенетические свидетельства взаимодействий «окружение-ген» — в поддержку перспективы **Относительности биологических реакций (RBR)**: биологические ответы зависят от интерпретативного контекста, предоставленного человеку, а не исключительно от фиксированных законов «стимул-реакция».

Методологически Брёра предлагает **Клинический метод, ориентированный на человека**, который интегрирует три области — субъективность (психологические и экзистенциальные переменные), биологию (молекулярные и физиологические процессы) и окружение (социальные, культурные и физические стимулы) — и рассматривает человека как активного пилота взаимодействий между этими областями. С клинической точки зрения это означает, что патогенез переопределяется как динамический процесс, в котором дефициты субъективных и экологических ресурсов позволяют доминирующим факторам риска вызывать маладаптивный аллостаз; терапевтическая задача врача становится маевтической: выявлять и перестраивать интерпретативные рамки пациента с целью порождения более здоровых выборов и адаптивных биологических состояний.

Наконец, Брёра призывает к системным изменениям в медицинском образовании и управлении здравоохранением: учебные программы должны интегрировать гуманитарные дисциплины и этическую подготовку, чтобы предотвратить редукцию клиницистов до «биотехников», а политика общественного здравоохранения должна признавать субъективные и социальные детерминанты здоровья. Он рассматривает Медицину, ориентированную на человека, как одновременно эпистемологическую коррекцию и практическую программу для улучшения профилактики, ухода и морального качества медицинской практики.

Последствия для исследований и практики: введение Брёры побуждает к эмпирической проверке рамки RBR (например, исследования, связывающие показатели смысловое творчество и качества принятия решений с биомаркерами

аллостаза), к разработке клинических инструментов для оценки интерпретативного ландшафта человека и к контролируемым испытаниям для оценки вмешательств, нацеленных на субъективные ресурсы наряду с традиционными биомедицинскими терапиями.

Книга также настаивает на необходимости изменить определение понятия «здоровье», которое автор представил ВОЗ в 2011 году как «выбор истинных возможностей, чтобы быть наилучшей человеческой личностью», тем самым синтезируя эпистемологические столпы Медицины, ориентированной на человека: интеракционизм и кайрологическую теленомию человеческой природы, переводя медицину и медицинскую науку от механистической, детерминистской парадигмы, основанной на линейной причинности, к индетерминистской, телеономической парадигме, основанной на интеракционизме: дух (поиск смысла), аффективно-эмоциональная субъективность, биологические переменные, управляемые аллостазом, и качество физической и межличностной среды, а также механизмы совладания (копинг).

## UKRAINIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

Вступ Джузеппе Р. Брера до Person Centered Medicine та Person Centered Clinical Method обґрунтовує необхідність парадигмальної зміни в медичній науці — від механістичних, редукціоністських моделей до інтеракціоністської, індетерміністської, персонологічної епістемології. Брера розміщує цю зміну на перетині сучасних біологічних відкриттів (алостаз, психонейроендокриноімуннологія, епігенетика) та тривалої філософської традиції, яка розглядає людську істоту як особу — онтологічний суб'єкт, чий інтерпретативні акти формують фізіологічні та поведінкові результати. Він стверджує, що здоров'я слід переосмислити не як просту відсутність патології, а як конструкт, що виникає з інтерпретативних виборів особи серед доступних можливостей, які, у свою чергу, визначають подальший психонейроендокриноімунний алостаз і довготривалу адаптацію.

Брера історично та філософськи обґрунтовує свою аргументацію, пов'язуючи аристотелівські й августинівські уявлення про особу та пізнішу персоналістичну думку з клінічною практикою. Він наголошує, що роль лікаря має розширитися: від діагностики біологічних дисфункцій до розуміння того, як смислотворення пацієнта, його цінності та екзистенційні вибори модулюють біологічні реакції та траєкторії хвороби. Вступ синтезує емпіричні та теоретичні напрями — експериментальні дослідження, що спростували лінійну модель стресу Сельє, концепцію алостазу та епігенетичні докази взаємодії

середовища й генів — щоб підтримати перспективу Relativity of Biological Reactions (RBR): біологічні реакції залежать від інтерпретативного контексту, який пропонується особі, а не лише від фіксованих законів стимул–реакція.

Методологічно Брера пропонує Person Centered Clinical Method, що інтегрує три домени — суб'єктивність (психологічні та екзистенційні змінні), біологію (молекулярні та фізіологічні процеси) та середовище (соціальні, культурні й фізичні стимули) — і розглядає особу як активного керманіча взаємодій між цими доменами. Клінічно це означає, що патогенез переосмислюється як динамічний процес, у якому дефіцити суб'єктивних і середовищних ресурсів дозволяють домінантним чинникам ризику спричиняти неадаптивний алостаз; терапевтично завдання лікаря стає майєвтичним: викликати та переоформлювати інтерпретативні рамки пацієнта, щоб генерувати здоровіші вибори та адаптивні біологічні стани.

Нарешті, Брера закликає до системних змін у медичній освіті та управлінні охороною здоров'я: навчальні програми повинні інтегрувати гуманітарні науки та етичне формування, щоб запобігти редукції клініцистів до «біотехніків», а політика громадського здоров'я має визнавати суб'єктивні та соціальні детермінанти здоров'я. Він розглядає Person Centered Medicine як одночасно епістемологічну корекцію та практичну програму для покращення профілактики, догляду та моральної якості медичної практики.

Наслідки для досліджень і практики: вступ Брери закликає до емпіричного тестування рамки RBR (наприклад, дослідження, що пов'язують показники смислотворення та якості рішень із біомаркерами алостазу), розробки клінічних інструментів для оцінки інтерпретативного ландшафту особи та контрольованих випробувань для оцінки інтервенцій, які спрямовані на суб'єктивні ресурси поряд із традиційними біомедичними терапіями.

Книга також обґрунтовує необхідність зміни визначення поняття здоров'я, яке автор представив ВООЗ у 2011 році як: «Вибір істинних можливостей бути найкращою людською особою», синтезуючи епістемологічні засади Person Centered Medicine: інтеракціонізм і кайрологічну теломію людської природи, здійснюючи перехід медицини та медичної науки від механістичної, детерміністської парадигми, заснованої на лінійній причинності, до індетерміністської, телеономічної парадигми, що ґрунтується на інтеракціонізмі: дух (пошук сенсу), афективно-емоційна суб'єктивність, біологічні змінні, керовані алостазом, а також якість фізичного та міжособистісного середовища й копіngu.

## CHINESE TRANSLATION OF THE SUMMARY

朱塞佩·R·布雷拉 (Giuseppe R. Brera) 在《以人为本的医学与以人为本的临床方法》一书的导言中主张医学科学应发生范式转变，从机械论、还原论的模型转向一种**以人为中心的互动主义、非决定论的认识论**。布雷拉将这一转变置于当代生物学发现（异稳态、精神—神经—内分泌—免疫学、表观遗传学）与将人视为“人格”——**即其解释性行为塑造生理与行为结果的本体论主体——的悠久哲学传统的交汇处**。他认为，应当重新构想“健康”的概念，**不应仅被视为病理的缺失，而应被视为由个体在可用可能性中所作解释性选择所生成的建构**，这些选择反过来驱动下游的精神—神经—内分泌—免疫异稳态及长期适应。

布雷拉从历史与哲学层面奠定其论证，将亚里士多德与奥古斯丁关于人格的观念以及后来的个人主义思想与临床实践相连结。他强调，医师的角色必须从诊断生物学功能失调扩展到理解患者的意义建构、价值观与存在性选择如何调节生物反应与疾病轨迹。导言综合了经验与理论脉络——**那些动摇塞利耶 (Selye) 线性应激模型的实验研究、异稳态框架以及环境—基因相互作用的表观遗传证据——以支持一种生物反应相对性 (RBR) 的观点**：生物学反应取决于提供给个体的解释性语境，而非仅仅服从固定的刺激—反应法则。

在方法论上，布雷拉提出了一种**以人为本的临床方法，整合三大领域——主观性（心理与存在性变量）、生物学（分子与生理过程）与环境（社会、文化与物理刺激）——并将个体视为这些领域间相互作用的主动驾驶者**。在临床上，这意味着病因发生学被重新定义为一种动态过程：当主观与环境资源不足时，主导的风险因素得以产生不适应性的异稳态；在治疗上，医师的任务变为助产式 (maieutic)：**引出并重塑患者的解释框架，以促成更健康的选择与适应性的生物状态**。

最后，布雷拉呼吁在医学教育与卫生治理中进行系统性变革：课程应整合人文与伦理培养，以防止将临床医师简化为“生物技术员”；公共卫生政策应承认主观与社会的健康决定因素。他将以人为本的医学既视为一种认识论上的修正，也视为改善预防、护理及医学实践道德质量的实务性方案。

对研究与实践的启示：布雷拉的导言呼吁对**RBR框架**进行实证检验（例如，将意义建构与决策质量的测量与异稳态生物标志物相联系的研究）、开发用于评估个体解释性景观的临床工具，以及开展对照试验以评估在常规生物医学治疗之外同时针对主观资源的干预效果。

书中还主张改变“健康”概念的定义——作者于2011年向世界卫生组织提出将其定义为“选择真实的可能性以成为最好的人的选择”（“The choice of true possibilities to be the best human person”），由此综合了以人为本医学的认识论支柱：**互动主义与人性之凯罗斯式目的论 (kairological telonomy)**，**并通过将医学与医学科学从基于线性因果关系的机械论、决定论范式转向基于互动主义的非决定论、目的论范式来实现这一点**：强调精神（对意义的追求）、情感-情绪的主观性、由异稳态驱动的生物变量，以及物理与人际环境质量与应对 (coping) 机制的重要性。

## JAPANESE TRANSLATION OF THE SUMMARY

ジュゼッペ・R・ブレラの『Person-centered Medicine and the Person-centered Clinical Method』の序文は、医学を機械論的・還元主義的モデルから、相互作用主義的で非決定論的、かつ人間を中心に据えた認識論へと転換すべきだと主張している。ブレラはこの転換を、現代の生物学的発見（アロスタシス、精神—神経—内分泌—免疫学、エピジェネティクス）と、人間を「人格」として捉え、その解釈行為が生理学的・行動的結果を形作る本体論的主体とみなす長い哲学的伝統との交差点に位置づける。彼は、健康は単に病理の不在としてではなく、利用可能な可能性の中から個人が行う解釈的選択によって生み出される構成物として再概念化されるべきであり、これらの選択が下流での精神—神経—内分泌—免疫的アロスタシスや長期的適応を駆動すると論じる。

ブレラは自身の議論を歴史的かつ哲学的に根拠づけ、アリストテレスやアウグスティヌスの人格概念およびその後のパーソナリズムの思潮を臨床実践に結びつける。彼は、医師の役割は生物学的機能不全の診断にとどまらず、患者の意味づけ、価値観、存在に関わる選択がどのように生物学的反応や疾病の軌跡を調節するかを理解する方向へ拡大しなければならないと強調する。序文は、セリエの線形ストレスモデルを揺るがした実験的研究、アロスタシスの枠組み、環境と遺伝子の相互作用に関するエピジェネティックな証拠といった経験的・理論の流れを総合し、「生物学的反応の相対性（Relativity of Biological Reactions, RBR）」という視点を支持する：生物学的反応は、固定的な刺激—反応の法則だけでなく、個人に提示される解釈的文脈に依存するというのである。

方法論的には、ブレラは三つの領域——主観性（心理的・存在論的変数）、生物学（分子および生理学的プロセス）、環境（社会的・文化的・物理的刺激）——を統合し、これらの領域間の相互作用の能動的な操縦者として個人を扱う「人間中心の臨床法」を提案する。臨床的には、これにより病因論は再定義され、主観的および環境的資源の欠如が支配的なリスク要因により不適応的なアロスタシスを生じさせることを許す動的プロセスとみなされる。治療的には、医師の役割はマイエウティック（助産的）なものとなり、患者の解釈的枠組みを引き出し再形成することで、より健康的な選択と適応的な生物学的状態を生み出すことが求められる。

最後に、ブレラは医学教育と保健ガバナンスにおける体系的変革を訴える。カリキュラムには人文科学と倫理教育を統合し、臨床医を「バイオテクニシャン」に還元することを防ぐべきであり、公衆衛生政策は健康の主観的・社会的決定要因を認識すべきだとする。彼は、人間中心の医学を認識論的な是正であると同時に、予防・ケア・医療実践の道徳的質を向上させるための実践的プログラムとして位置づける。

研究と実践への含意として、ブレラの序文はRBRフレームワークの実証的検証（例えば、意味づけや意思決定の質の指標をアロスタシスのバイオマーカーと結びつける研究）、個人の解釈的ランドスケープを評価する臨床ツールの開発、そして主観的資源を標的とする介入を従来の生物医学的治療と並行して評価する対照試験の実施を促している。

また本書は、著者が2011年にWHOに提示した「最良の人間であるための真の可能性の選択（The choice of true possibilities to be the best human person）」という健康概念の定義変更の必要性を論じており、これにより人間中心医学の認識論的柱である相互作用主義と人間性のカイロスのテレオノミーを総合し、医学と医学科学を線形因果に基づく機械論

的・決定論的パラダイムから、相互作用主義に根ざした非決定論的・テレオノミックなパラダイムへと移行させることを提唱している。これには、精神（意味探求）、情動的・感情的主観性、アロスタシスに駆動される生物学的変数、そして物理的・対人環境の質やコーピングの重要性が含まれる。

## ARABIC TRANSLATION OF THE SUMMARY

مقدمة جوزيبي ر. بريرا في كتاب الطب المرتكز على الشخص والطريقة السريرية المرتكزة على الشخص تدافع عن ضرورة تغيير نموذج العلم الطبي، والانتقال من نماذج ميكانيكية وتقليدية إلى إستمولوجيا تفاعلية وغير حتمية تضع الشخص في المركز. يضع بريرا هذا التحول عند تقاطع الاكتشافات البيولوجية ، علم النفس-العصب-الغدد-المناعة، علم التخلق فوق allostasis المعاصرة (التوازن التكيفي/ال-الجيني/الإبيجينيتكس) مع تقليد فلسفي طويل يعتبر الإنسان شخصاً — موضوعاً وجودياً تشكل أفعاله التفسيرية النتائج الفسيولوجية والسلوكية. ويؤكد أن الصحة ينبغي إعادة تصورها ليس كمجرد غياب للمرض، بل كتركيب ينتج اختيار الشخص التفسيري من بين الإمكانيات المتاحة، والتي بدورها تحرك عمليات التوازن التكيفي النفسية-العصبية-الغددية-المناعية والتكيف طويل الأمد.

يؤسس بريرا حجته تاريخياً وفلسفياً، رابطاً بين مفاهيم الأرسطية والأوغسطينية للذات/الشخصية والفكر الشخصاني اللاحق والممارسة السريرية. ويشدد على أن دور الطبيب يجب أن يتسع من تشخيص الخل البيولوجي إلى فهم كيفية أن صناعة المعنى لدى المريض وقيمه وخياراته الوجودية تعدل التفاعلات البيولوجية ومسارات المرض. تُجمع المقدمة خيوطاً تجريبية ونظرية — أعمال تجريبية نقضت نموذج الإجهاد الخطي ، ودلائل إبيجينية على تفاعلات البيئة-الجين — لدعم منظور نسبية allostasis لسلي، وإطار عمل ال-فالتجوابات البيولوجية مرهونة بالسياق التفسيري المقدم للشخص، لا تقتصر (RBR) التفاعلات البيولوجية على قوانين ثابتة من نوع المنبه-الاستجابة.

منهجياً، يقترح بريرا طريقة سريرية مرتكزة على الشخص تدمج ثلاثة مجالات — الذاتية (المتغيرات النفسية والوجودية)، والبيولوجيا (العمليات الجزيئية والفسيولوجية)، والبيئة (المثيرات الاجتماعية والثقافية والفيزيائية) — وتتعامل مع الشخص كقائد فاعل لتفاعلات هذه المجالات. سريرياً، يعني ذلك إعادة تعريف التَّسبُّب المرضي كعملية ديناميكية حيث تسمح نواقص الموارد الذاتية والبيئية للعوامل الخطرة المهيمنة بإحداث توازن تكيفي غير ملائم؛ وعلاجياً، يصبح دور الطبيب ماعوتيقياً: استجلاء وإعادة تشكيل أطر تفسير المريض. بهدف توليد اختيارات أكثر صحة وحالات بيولوجية تكيفية.

أخيراً، يدعو بريرا إلى تغييرات نظامية في التعليم الطبي وحوكمة الصحة: ينبغي أن تدمج المناهج الإنسانية والتكوينية الأخلاقي لمنع اختزال الممارسين إلى «فنيي حيوية»، كما يجب أن تعترف سياسات الصحة العامة بالمحددات الذاتية والاجتماعية للصحة. ويعرض الطب المرتكز على الشخص كتصحيح إستمولوجي وبرنامج عملي لتحسين الوقاية والرعاية والنوعية الأخلاقية للممارسة الطبية.

مثل دراسات (RBR) آثار ذلك على البحث والممارسة: تدعو مقدمة بريرا إلى اختبار تجريبي لإطار ، وتطوير أدوات سريرية لتقييم (allostasis) تربط مقاييس صناعة المعنى وجودة القرار بمؤشرات حيوية للمشهد التفسيري للشخص، وإجراء تجارب محكمة لتقييم تدخلات تستهدف الموارد الذاتية إلى جانب العلاجات البيوميديكالية التقليدية.

كما يجادل الكتاب بضرورة تغيير تعريف مفهوم الصحة، الذي عرضه المؤلف على منظمة الصحة العالمية عام 2011 كـ «اختيار الإمكانيات الحقيقية لتكون أفضل إنسان»؛ وبذلك يلخص الركائز الإستمولوجية للطب المرتكز على الشخص: التفاعلية والتليونومية الكايرولوجية للطبيعة البشرية، من خلال نقل الطب والعلوم الطبية من نموذج ميكانيكي حتمي قائم على السببية الخطية إلى نموذج غير حتمي تليونومي قائم على التفاعلية:

،allostasis الروح (السعي عن المعنى)، والذاتية العاطفية-الوجدانية، والمتغيرات البيولوجية المدفوعة بالوجود البيئية الفيزيائية والتفاعلات بين الأشخاص وآليات المواجهة.

## GERMAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Brera's Einführung in *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* plädiert für einen Paradigmenwechsel der medizinischen Wissenschaft weg von mechanistischen, reduktionistischen Modellen hin zu einer interaktionistischen, indeterministischen, personenorientierten Epistemologie. Brera verortet diesen Wandel im Schnittpunkt zeitgenössischer biologischer Entdeckungen (Allostase, Psychoneuroendokrinologie-Immunologie, Epigenetik) und einer langen philosophischen Tradition, die den Menschen als Person begreift — ein ontologisches Subjekt, dessen interpretative Handlungen physiologische und verhaltensbezogene Ergebnisse formen. Er vertritt die Auffassung, dass Gesundheit nicht bloß als Abwesenheit von Pathologie neu zu definieren ist, sondern als ein Konstrukt, das durch die interpretativen Entscheidungen der Person unter den verfügbaren Möglichkeiten erzeugt wird und das wiederum nachgelagerte psychoneuroendokrine-immunologische Allostase und langfristige Anpassung antreibt.

Brera untermauert sein Argument historisch und philosophisch, indem er aristotelische und augustinische Vorstellungen von Personsein sowie spätere personalistische Gedanken mit der klinischen Praxis verknüpft. Er betont, dass die Rolle des Arztes sich erweitern muss: vom Diagnostizieren biologischer Dysfunktionen hin zum Verstehen, wie die Sinnstiftung, Werte und existenziellen Entscheidungen eines Patienten biologische Reaktionen und Krankheitsverläufe modulieren. Die Einleitung synthetisiert empirische und theoretische Stränge — experimentelle Arbeiten, die Selyes lineares Stressmodell in Frage stellten, den Allostase-Rahmen und epigenetische Belege für Umwelt-Gen-Interaktionen — zur Unterstützung einer Perspektive der **Relativität biologischer Reaktionen (RBR)**: Biologische Reaktionen sind abhängig vom interpretativen Kontext, der der Person angeboten wird, und nicht allein von festen Reiz-Antwort-Gesetzen.

Methodisch schlägt Brera eine **personenorientierte klinische Methode** vor, die drei Bereiche integriert — Subjektivität (psychologische und existentielle Variablen), Biologie (molekulare und physiologische Prozesse) und Umwelt (soziale, kulturelle und physische Stimuli) — und die Person als aktiven Piloten der Interaktionen zwischen diesen Bereichen behandelt. Klinisch impliziert dies, dass Pathogenese neu definiert wird als ein dynamischer Prozess, in dem Defizite an subjektiven und Umwelt-Ressourcen dominanten Risikofaktoren erlauben, maladaptive Allostase zu erzeugen; therapeutisch wird die Aufgabe des Arztes

maieutisch: die interpretativen Rahmen des Patienten hervorzubringen und umzugestalten, um gesündere Entscheidungen und adaptive biologische Zustände zu erzeugen.

Schließlich fordert Brera systemische Veränderungen in der medizinischen Ausbildung und Gesundheits-Governance: Curricula sollten Geisteswissenschaften und ethische Bildung integrieren, um die Reduktion von Klinikern und Klinikern zu „Biotechnikern“ zu verhindern, und die Gesundheitspolitik sollte subjektive und soziale Determinanten von Gesundheit anerkennen. Er rahmt die personenorientierte Medizin sowohl als epistemologische Korrektur als auch als praktisches Programm zur Verbesserung von Prävention, Versorgung und der moralischen Qualität medizinischer Praxis.

Folgen für Forschung und Praxis: Breras Einleitung lädt zu empirischen Prüfungen des RBR-Rahmens ein (z. B. Studien, die Maße der Sinnstiftung und Entscheidungsqualität mit Biomarkern der Allostase verknüpfen), zur Entwicklung klinischer Instrumente zur Bewertung der interpretativen Landschaft der Person und zu kontrollierten Studien zur Evaluierung von Interventionen, die subjektive Ressourcen neben konventionellen biomedizinischen Therapien ansprechen.

Das Buch plädiert außerdem für eine Änderung der Definition des Gesundheitsbegriffs, die der Autor 2011 der WHO vorstellte als „die Wahl der wahren Möglichkeiten, die beste menschliche Person zu sein“ — wodurch die epistemologischen Säulen der personenorientierten Medizin zusammengefasst werden: Interaktionismus und die kairologische Teleonomie der menschlichen Natur — indem Medizin und medizinische Wissenschaft von einem mechanistischen, deterministischen Paradigma, das auf linearer Kausalität beruht, zu einem indeterministischen, teleonomischen Paradigma überführt werden, das auf Interaktionismus gründet: Geist (die Suche nach Sinn), affektiv-emotionale Subjektivität, durch Allostase gesteuerte biologische Variablen sowie die Qualität der physischen und interpersonalen Umwelt und des Copings.

## HUNGARIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

A Giuseppe R. Brera bevezetője a *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* című műhöz a paradigmaváltás szükségességét érvelve veti fel: el kell mozdulni a mechanisztikus, redukcionista modellektől egy interakcionista, indeterminisztikus, személyközpontú episztemológia felé. Brera ezt az elmozdulást a kortárs biológiai felfedezések (allostázis, pszichoneuroendokrin immunológia, epigenetika) és egy hosszú filozófiai hagyomány metszéspontjába helyezi, amely az embert személyként — egy olyan ontológiai alanyként — szemléli, akinek értelmező cselekvései alakítják a fiziológiai és viselkedéses kimeneteket. Azt állítja, hogy az egészséget nem pusztán a patológia hiányaként kell újragondolni, hanem olyan konstrukcióként, amelyet az egyén az elérhető lehetőségek közül hozott

értelmező választásai hoznak létre; ezek a választások viszont tovább hajtják a pszichoneuroendokrin immun allosztázist és a hosszú távú adaptációt.

Brera érvelését történetileg és filozófiailag is megalapozza, összekapcsolva az arisztotelészi és augustinuszi személyfogalmakat, valamint a későbbi personalista gondolkodást a klinikai gyakorlattal. Kiemeli, hogy az orvos szerepének ki kell terjednie a biológiai diszfunkciók diagnosztizálásán túlra: meg kell érteni, miként modulálják a beteg jelentésalkotása, értékei és egzisztenciális választásai a biológiai reakciókat és a betegség pályáit. A bevezető empirikus és elméleti szálakat egyesít — kísérleti munkákat, amelyek aláásták Selye lineáris stresszmodelljét, az allosztázis keretrendszerét és az epigenetikai bizonyítékokat a környezet–gén kölcsönhatásokról —, hogy alátámassza a **biológiai reakciók relativitása (Relativity of Biological Reactions, RBR)** nézőpontját: a biológiai válaszok függnak az egyén számára adott értelmező kontextustól, nem csupán a rögzített inger–válasz törvényektől.

Módszertanilag Brera egy **személyközpontú klinikai módszert** javasol, amely három domaint integrál — szubjektivitás (pszichológiai és egzisztenciális változók), biológia (molekuláris és fiziológiai folyamatok) és környezet (társadalmi, kulturális és fizikai ingerek) —, és az egyént ezek közötti interakciók aktív pilótájaként kezeli. Klinikai szempontból ez azt jelenti, hogy a patogenezis újradefiniálódik mint dinamikus folyamat, amelyben a szubjektív és környezeti erőforrások hiánya lehetővé teszi, hogy a domináns kockázati tényezők maladaptív allosztázist idézzenek elő; terápiás értelemben az orvos feladata maieutikus jellegűvé válik: előhívni és átalakítani a beteg értelmező kereteit, hogy egészségesebb döntéseket és adaptív biológiai állapotokat generáljanak.

Végül Brera rendszerszintű változásokat követel az orvosi oktatásban és az egészségügyi kormányzásban: a tanterveknek integrálniuk kell a bölcsészettudományokat és az etikai képzést, hogy megakadályozzák a klinikusok „biotechnikusokká” redukálását, és a közegészségügyi politikáknak el kell ismerniük az egészség szubjektív és társadalmi meghatározóit. A személyközpontú orvostudományt egyszerre episztemológiai korrekcióként és gyakorlati programként fogja fel a megelőzés, az ellátás és az orvosi gyakorlat erkölcsi minőségének javítása érdekében.

A kutatásra és gyakorlatra gyakorolt következmények: Brera bevezetője empirikus tesztelésre hívja fel az RBR keretrendszert (például olyan vizsgálatokra, amelyek a jelentésalkotás és döntésmínőség méréseit összekapcsolják az allosztázis biomarkereivel), klinikai eszközök fejlesztésére az egyén értelmező tájképének felméréséhez, valamint kontrollált vizsgálatokra az olyan beavatkozások értékelésére, amelyek a szubjektív erőforrásokat célozzák meg a hagyományos biomedikális terápiák mellett.

A könyv továbbá a „egészség” fogalmának újradefiniálását is szorgalmazza — amelyet a szerző 2011-ben a WHO-nak úgy mutatott be, mint „az igaz lehetőségek választását, hogy a legjobb emberi személy legyél” („The choice of true possibilities to be the best human person”) —, ezáltal szintetizálva a személyközpontú orvoslás

episztemologické problémy: az interakcionizmus és az emberi természet kairológus teleonómiáját, azzal, hogy a medicinát és az orvostudományt a lineáris okságon alapuló mechanisztikus, determinisztikus paradigmából egy interakcionizmusra épülő, indeterminisztikus, teleonomikus paradigma felé fordítja: a szellem (a jelentés keresése), az affektív-emocionális szubjektivitás, az allostázis által vezérelt biológiai változók, valamint a fizikai és interperszonális környezet és a megküzdés minősége.

## CZECH TRANSLATION OF THE SUMMARY

Úvod Giuseppe R. Brera k dílu *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* obhajuje změnu paradigmaty v lékařské vědě — od mechanistických, redukcionistických modelů směrem k interakcionistické, indeterministické epistemologii zaměřené na osobu. Brera tento posun umísťuje na průsečíku současných biologických objevů (allostáza, psychoneuroendokrinní imunologie, epigenetika) a dlouhé filozofické tradice, která chápe lidskou bytost jako osobu — ontologický subjekt, jehož interpretační akty formují fyziologické a behaviorální výsledky. Tvrdí, že zdraví by mělo být rekonceptualizováno nikoli jako pouhá absence patologie, ale jako konstrukt vytvářený interpretačními volbami osoby mezi dostupnými možnostmi, které následně ovlivňují psychoneuroendokrinně-imunitní allostázu a dlouhodobou adaptaci.

Brera své tvrzení historicky a filozoficky podkládá, spojujíc aristotelské a augustinánské pojetí osobnosti a pozdější personalistické myšlení s klinickou praxí. Zdůrazňuje, že role lékaře se musí rozšířit od diagnostiky biologických dysfunkcí k porozumění tomu, jak pacientovo vytváření významu, hodnoty a existenční volby modulují biologické reakce a trajektorie onemocnění. Úvod syntetizuje empirické a teoretické proudy — experimentální práce, které podlomily Selyeho lineární model stresu, rámec allostázy a epigenetické důkazy interakcí prostředí a genů — aby podpořil perspektivu **relativity biologických reakcí (Relativity of Biological Reactions, RBR)**: biologické reakce závisí na interpretačním kontextu, který je osobě nabídnut, nikoli pouze na pevných zákonech podnět-reakce.

Metodologicky Brera navrhuje **klinickou metodu zaměřenou na osobu**, která integruje tři oblasti — subjektivitu (psychologické a existenční proměnné), biologii (molekulární a fyziologické procesy) a prostředí (sociální, kulturní a fyzické podněty) — a považuje osobu za aktivního pilota interakcí mezi těmito oblastmi. Klinicky to znamená, že patogeneze je redefinována jako dynamický proces, v němž deficitní subjektivních a environmentálních zdrojů umožňují dominantním rizikovým faktorům vyvolat maladaptivní allostázu; terapeuticky se úloha lékaře stává maieutickou: vyvolat a přetvořit interpretační rámce pacienta tak, aby generovaly zdravější volby a adaptivní biologické stavy.

Nakonec Brera volá po systémových změnách ve vzdělávání lékařů a ve zdravotním řízení: kurikula by měla integrovat humanitní obory a etickou výchovu, aby se zabránilo redukci kliniků na „biotechniky“, a veřejné zdravotní politiky by měly uznávat subjektivní a sociální determinanty zdraví. Person-Centered Medicine rámuje jako epistemologickou korekci i praktický program pro zlepšení prevence, péče a morální kvality lékařské praxe.

Důsledky pro výzkum a praxi: Brerův úvod vyzývá k empirickému testování rámce RBR (například studie spojující měření vytváření významu a kvality rozhodování s biomarkery allostázy), k vývoji klinických nástrojů pro hodnocení interpretační krajiny osoby a k provedení kontrolovaných studií k vyhodnocení intervencí, které cílí na subjektivní zdroje vedle konvenčních biomedicínských terapií.

Kniha také argumentuje pro změnu definice pojmu zdraví, kterou autor v roce 2011 předložil WHO jako „Volbu pravých možností být nejlepší lidskou osobou“ („The choice of true possibilities to be the best human person“), čímž syntetizuje epistemologické pilíře Person-Centered Medicine: interakcionismus a kairologickou teleonomii lidské přirozenosti — přesunem medicíny a medicínské vědy z mechanistického, deterministického paradigmatu založeného na lineární kauzalitě k indeterministickému, teleonomickému paradigmatu založenému na interakcionismu: duch (hledání smyslu), afektivně-emocionální subjektivita, biologické proměnné řízené allostázou a kvalita fyzického a interpersonálního prostředí a zvládacích mechanismů.

## SWEDISH TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Breras introduktion till *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* argumenterar för ett paradigmskifte inom medicinsk vetenskap — bort från mekanistiska, reduktionistiska modeller och mot en interaktionistisk, icke-deterministisk, personcentrerad epistemologi. Brera placerar denna förskjutning i skärningspunkten mellan samtida biologiska upptäckter (allostas, psyko-neuro-endokrin-immunologi, epigenetik) och en lång filosofisk tradition som uppfattar människan som en person — ett ontologiskt subjekt vars interpretativa handlingar formar fysiologiska och beteendemässiga utfall. Han hävdar att hälsa bör rekonceptualiseras inte som blott frånvaro av patologi utan som ett konstruktionellt resultat av personens interpretativa val bland tillgängliga möjligheter, vilka i sin tur driver efterföljande psyko-neuro-endokrina-immunologiska allostatiska processer och långsiktig anpassning.

Brera förankrar sitt argument historiskt och filosofiskt genom att koppla aristoteliska och augustinska föreställningar om personhood samt senare personalistiskt tänkande till klinisk praktik. Han betonar att läkarens roll måste utvidgas från att enbart diagnostisera biologiska dysfunktioner till att förstå hur en patients meningsskapande,

värderingar och existentiella val modulerar biologiska reaktioner och sjukdomstrajektorier. Introduktionen syntetiserar empiriska och teoretiska trådar — experimentellt arbete som undergrävde Selyes linjära stressmodell, allostasramverket och epigenetiska bevis för miljö–gen-interaktioner — för att stödja ett perspektiv av **biologiska reaktioners relativitet (Relativity of Biological Reactions, RBR)**: biologiska svar är beroende av den interpretativa kontext som erbjuds personen, inte enbart av fasta stimulus–respons-lagar.

Metodologiskt föreslår Brera en **personcentrerad klinisk metod** som integrerar tre domäner — subjektivitet (psykologiska och existentiella variabler), biologi (molekylära och fysiologiska processer) och miljö (sociala, kulturella och fysiska stimuli) — och betraktar personen som den aktiva piloten i interaktionerna mellan dessa domäner. Kliniskt innebär detta att patogenes omdefinieras som en dynamisk process där brister i subjektiva och miljömässiga resurser tillåter dominerande riskfaktorer att framkalla maladaptiv allostas; terapeutiskt blir läkarens uppgift maieutisk: att framkalla och omforma patientens interpretativa ramar för att generera hälsosammare val och adaptiva biologiska tillstånd.

Slutligen förespråkar Brera systemiska förändringar i medicinsk utbildning och hälso-styrning: läroplaner bör integrera humaniora och etisk utbildning för att förhindra att kliniker reduceras till ”biotekniker”, och folkhälsopolitik bör erkänna subjektiva och sociala determinanter för hälsa. Han ramar in Person-Centered Medicine både som en epistemologisk korrigerings och som ett praktiskt program för att förbättra prevention, vård och den moraliska kvaliteten i medicinsk praktik.

Konsekvenser för forskning och praktik: Breras introduktion inbjuder till empirisk prövning av RBR-ramverket (till exempel studier som kopplar mått på meningsskapande och besluts kvalitet till biomarkörer för allostas), utveckling av kliniska verktyg för att bedöma personens interpretativa landskap samt kontrollerade prövningar för att utvärdera interventioner som riktar sig mot subjektiva resurser parallellt med konventionella biomedicinska terapier.

Boken argumenterar också för att omdefiniera begreppet hälsa, vilket författaren presenterade för WHO 2011 som “The choice of true possibilities to be the best human person”, och därigenom syntetiserar de epistemologiska pelarna i Person-Centered Medicine: interaktionism och den kairologiska teleonomin i människans natur genom att flytta medicin och medicinsk vetenskap från ett mekanistiskt, deterministiskt paradigm grundat på linjär kausalitet till ett icke-deterministiskt, teleonomiskt paradigm förankrat i interaktionism: ande (sökandet efter mening), affektiv-emotionell subjektivitet, biologiska variabler drivna av allostas samt kvaliteten på den fysiska och interpersonella miljön och på coping-mekanismer.

## NORWEGIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Breras innledning til *Person-Centered Medicine and the Person-Centered Clinical Method* argumenterer for et paradigmeskifte i medisinsk vitenskap — bort fra mekanistiske, reduksjonistiske modeller og mot en interaksjonistisk, ikke-deterministisk, personsentrert epistemologi. Brera plasserer dette skiftet i skjæringspunktet mellom samtidige biologiske oppdagelser (**allostase, psyko-nevro-endokrin-immunologi, epigenetikk**) og en lang filosofisk tradisjon som oppfatter mennesket som en person — et ontologisk subjekt hvis tolkende handlinger former fysiologiske og atferdsmessige utfall. Han hevder at helse bør rekonseptualiseres ikke som bare fravær av patologi, men som et konstrukt produsert av personens tolkende valg blant tilgjengelige muligheter, som igjen driver etterfølgende psyko-nevro-endokrine-immunologiske allostatisk prosesser og langsiktig tilpasning.

Brera forankrer sitt argument historisk og filosofisk ved å knytte aristoteliske og augustinske forestillinger om personlighet og senere personalistisk tenkning til klinisk praksis. Han understreker at legens rolle må utvides fra å diagnostisere biologiske dysfunksjoner til å forstå hvordan en pasients meningsdannelse, verdier og eksistensielle valg modulerer biologiske reaksjoner og sykdomsforløp. Innledningen syntetiserer empiriske og teoretiske tråder — eksperimentelt arbeid som undergravde Selyes lineære stressmodell, allostasens rammeverk og epigenetiske bevis for miljø–gen-interaksjoner — for å støtte et perspektiv om **Relativitet av biologiske reaksjoner (RBR)**: biologiske responser er avhengige av den tolkende konteksten som tilbys personen, ikke utelukkende av faste stimulus–respons-lover.

Metodisk foreslår Brera en **personsentrert klinisk metode** som integrerer tre domener — subjektivitet (psykologiske og eksistensielle variabler), biologi (molekylære og fysiologiske prosesser) og miljø (sosiale, kulturelle og fysiske stimuli) — og behandler personen som den aktive piloten i samspillet mellom disse domenene. Klinisk innebærer dette at patogenese omdefineres som en dynamisk prosess der underskudd i subjektive og miljømessige ressurser tillater dominerende risikofaktorer å fremkalle maladaptiv allostase; terapeutisk blir legens oppgave maieutisk: å fremkalle og omforme pasientens tolkende rammeverk for å generere sunnere valg og adaptive biologiske tilstander.

Til slutt etterlyser Brera systemiske endringer i medisinsk utdanning og helseforvaltning: læreplaner bør integrere humaniora og etisk opplæring for å forhindre at klinikere reduseres til «bioteknikere», og folkehelsepolitikk bør anerkjenne subjektive og sosiale determinanter for helse. Han rammer inn Person-Centered Medicine både som en epistemologisk korreksjon og som et praktisk program for å forbedre forebygging, omsorg og den moralske kvaliteten i medisinsk praksis.

**Implikasjoner for forskning og praksis:** Breras innledning inviterer til empirisk testing av RBR-rammeverket (for eksempel studier som kobler mål på meningsdannelse og beslutningskvalitet til biomarkører for allostase), utvikling av kliniske verktøy for å vurdere personens tolkende landskap, og kontrollerte studier

for å evaluere intervensjoner som retter seg mot subjektive ressurser parallelt med konvensjonelle biomedisinske terapier.

Boken argumenterer også for å endre definisjonen av begrepet helse, som forfatteren presenterte for WHO i 2011 som «The choice of true possibilities to be the best human person», og slik syntetiserer de epistemologiske søylene i Person-Centered Medicine: interaksjonisme og den kairologiske teleonomien i menneskets natur — ved å flytte medisin og medisinsk vitenskap fra et mekanistisk, deterministisk paradigme basert på lineær kausalitet til et ikke-deterministisk, teleonomisk paradigme forankret i interaksjonisme: ånd (søken etter mening), affektiv-emosjonell subjektivitet, biologiske variabler drevet av allostase, samt kvaliteten på det fysiske og mellommenneskelige miljøet og mestrings-/coping-mekanismer.

## DANISH TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Breras introduktion til *Person Centered Medicine* og *the Person Centered Clinical Method* argumenterer for et paradigmeskifte inden for medicinsk videnskab væk fra mekanistiske, reduktionistiske modeller og hen imod en interaktionistisk, indeterministisk, personcentreret epistemologi. Brera placerer dette skift i krydsfeltet mellem moderne biologiske opdagelser (allostase, psyko-neuro-endokrin-immunologi, epigenetik) og en lang filosofisk tradition, der opfatter mennesket som en person — et ontologisk subjekt hvis fortolkende handlinger former fysiologiske og adfærdsmæssige udfald. Han hævder, at sundhed bør rekonceptualiseres ikke blot som fravær af patologi, men som et konstrukt produceret af personens fortolkende valg blandt tilgængelige muligheder, som igen driver efterfølgende psyko-neuro-endokrine-immune allostatisk processer og langsigtet tilpasning.

Brera forankrer sit argument historisk og filosofisk ved at knytte aristoteliske og augustinske forestillinger om personhood samt senere personalistisk tænkning til klinisk praksis. Han understreger, at lægens rolle må udvides fra at diagnosticere biologiske dysfunktioner til at forstå, hvordan en patients meningsskabelse, værdier og eksistentielle valg modulerer biologiske reaktioner og sygdomsforløb. Introduktionen syntetiserer empiriske og teoretiske tråde — eksperimentelt arbejde, der underminerede Selyes lineære stressmodel, allostaserapporten og epigenetiske beviser for miljø-gen-interaktioner — for at støtte et perspektiv om Relativitet af Biologiske Reaktioner (RBR): biologiske responser er betingede af det fortolkningsmæssige kontekst, der tilbydes personen, ikke udelukkende af faste stimulus-respons-love.

Metodisk foreslår Brera en Person Centered Clinical Method, der integrerer tre domæner — subjektivitet (psykologiske og eksistentielle variable), biologi (molekylære og fysiologiske processer) og miljø (sociale, kulturelle og fysiske

stimuli) — og behandler personen som den aktive pilot i interaktionerne mellem disse domæner. Klinisk indebærer dette, at patogenese omdefineres som en dynamisk proces, hvor mangler i subjektive og miljømæssige ressourcer tillader dominerende risikofaktorer at fremkalde maladaptiv allostase; terapeutisk bliver lægens opgave maieutisk: at fremkalde og omforme patientens fortolkningsrammer for at generere sundere valg og adaptive biologiske tilstande.

Endelig opfordrer Brera til systemiske ændringer i medicinsk uddannelse og sundhedsstyring: pensum bør integrere humaniora og etisk dannelse for at forhindre, at klinikere reduceres til "bioteknikere", og folkesundhedspolitikker bør anerkende subjektive og sociale determinanter for sundhed. Han rammesætter Person Centered Medicine både som en epistemologisk korrektion og som et praktisk program til forbedring af forebyggelse, behandling og den moralske kvalitet af medicinsk praksis.

**Implikationer for forskning og praksis:** Breras introduktion opfordrer til empirisk testning af RBR-rammen (for eksempel studier, der forbinder målinger af meningsskabelse og beslutningskvalitet med biomarkører for allostase), udvikling af kliniske værktøjer til at vurdere personens fortolkningslandskab og gennemførelse af kontrollerede forsøg for at evaluere interventioner, der målretter subjektive ressourcer parallelt med konventionelle biomedicinske behandlinger.

Bogen argumenterer også for at ændre definitionen af begrebet sundhed, som forfatteren præsenterede for WHO i 2011 som «The choice of true possibilities to be the best human person», og derved syntetiserer de epistemologiske søjler i Person Centered Medicine: interaktionisme og den kairologiske teleonomi i menneskets natur ved at flytte medicin og medicinsk videnskab fra et mekanistisk, deterministisk paradigme baseret på lineær kausalitet til et indeterministisk, teleonomisk paradigme forankret i interaktionisme: ånd (søgen efter mening), affektiv-emotionel subjektivitet, biologiske variable drevet af allostase, samt kvaliteten af det fysiske og interpersonelle miljø og af mestring (coping).

## TURKISH TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Brera'nın *Person Centered Medicine* ve *Person Centered Clinical Method* için yazdığı giriş, tıbbî bilimin mekanistik, indirgemeci modellerinden etkileşimci, indeterministik, kişi merkezli bir epistemolojiye doğru paradigma değişikliğini savunuyor. Brera, bu kaymayı çağdaş biyolojik keşiflerin (allostaz, psiko-nöro-endokrin-immünoloji, epigenetik) ve insanı bir kişi olarak kavrayan uzun bir felsefi geleneğin kesişim noktasına yerleştiriyor — yorumlayıcı eylemleri fizyolojik ve davranışsal sonuçları şekillendiren ontolojik bir özne olarak. Sağlığın yalnızca patolojinin yokluğu olarak değil, kişinin mevcut olasılıklar arasından yaptığı yorumlayıcı seçimler tarafından üretilen bir yapı olarak yeniden kavramsallaştırılması

gerektiğini; bu seçimlerin ise dolaylı olarak psiko-nöro-endokrin-immün allostazı ve uzun vadeli adaptasyonu yönlendirdiğini savunuyor.

Brera, argümanını tarihsel ve felsefi olarak temellendiriyor; Aristotelesçi ve Augustinusçu kişi kavramlarını ve sonraki personalist düşünceyi klinik uygulamayla ilişkilendiriyor. Hekimin rolünün biyolojik disfonksiyonları teşhis etmekten, bir hastanın anlam üretiminin, değerlerinin ve varoluşsal seçimlerinin biyolojik tepkileri ve hastalık seyirlerini nasıl modüle ettiğini anlamaya doğru genişlemesi gerektiğini vurguluyor. Giriş, Selye'nin lineer stres modelini sarsan deneysel çalışmalar, allostaz çerçevesi ve çevre-gen etkileşimlerine dair epigenetik kanıtlar gibi ampirik ve teorik iplikleri sentezleyerek Biyolojik Tepkilerin Göreceliliği (RBR) perspektifini destekliyor: biyolojik yanıtlar, yalnızca sabit uyarıcı-yanıt yasalarına değil, kişiye sunulan yorumlayıcı bağlama bağlıdır.

Metodolojik olarak Brera, üç alanı bütünleştiren bir Kişi Merkezli Klinik Yöntem öneriyor — öznellik (psikolojik ve varoluşsal değişkenler), biyoloji (moleküler ve fizyolojik süreçler) ve çevre (sosyal, kültürel ve fiziksel uyaranlar) — ve kişiyi bu alanlar arasındaki etkileşimlerin aktif pilotu olarak ele alıyor. Klinik açıdan bu, patogenezinin; öznel ve çevresel kaynaklardaki eksikliklerin baskın risk faktörlerinin maladaptif allostaz üretmesine izin verdiği dinamik bir süreç olarak yeniden tanımlanmasını ima ediyor; terapötik olarak ise hekimin görevi maieutik hale geliyor: hastanın yorumlayıcı çerçevelerini ortaya çıkarmak ve yeniden şekillendirerek daha sağlıklı seçimler ve adaptif biyolojik durumlar üretmek.

Son olarak Brera, tıp eğitimi ve sağlık yönetiminde sistemik değişiklikler çağrısında bulunuyor: müfredatlar, klinisyenlerin “biyotekniklere” indirgenmesini önlemek için beşeri bilimleri ve etik eğitimi bütünleştirmeli ve halk sağlığı politikaları, sağlığın öznel ve sosyal belirleyicilerini tanımalı. Kişi Merkezli Tıbbı hem epistemolojik bir düzeltme hem de koruma, bakım ve tıbbi uygulamanın ahlaki kalitesini iyileştirmeye yönelik pratik bir program olarak çerçevelendiriyor.

Araştırma ve uygulama için çıkarımlar: Brera'nın girişi, RBR çerçevesinin ampirik olarak test edilmesini (örneğin, anlam üretimi ve karar kalitesi ölçümlerini allostaz biyobelirteçleriyle ilişkilendiren çalışmalar), kişinin yorumlayıcı manzarasını değerlendirecek klinik araçların geliştirilmesini ve öznel kaynakları hedefleyen müdahalelerin geleneksel biyomedikal tedavilerle paralel olarak değerlendirilmesi için kontrollü denemelerin yürütülmesini teşvik ediyor.

Kitap ayrıca, yazarın 2011'de DSÖ'ye sunduğu “The choice of true possibilities to be the best human person” (en iyi insan olmak için gerçek olasılıkların seçimi) ifadesiyle sunduğu sağlık kavramı tanımının değiştirilmesi gerektiğini savunuyor; böylece Kişi Merkezli Tıbbın epistemolojik sütunlarını sentezliyor: etkileşimcilik ve insan doğasının kairolojik teleonomisi — tıp ve tıbbi bilimi lineer nedenselliğe dayalı mekanistik, deterministik bir paradigmadan etkileşimciliğe dayanan indeterministik, teleonomik bir paradigmaya kaydırarak: ruh (anlam arayışı), duygusal-affektif öznellik, allostaz tarafından yönlendirilen biyolojik değişkenler ve fiziksel ile kişilerarası çevrenin kalitesi ve başa çıkma (coping).

## KOREAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Brera의 *Person Centered Medicine* 및 *Person Centered Clinical Method* 서문은 의학 과학이 기계론적·환원주의적 모델에서 상호작용주의적이고 비결정론적이며 사람 중심의 인식론으로의 패러다임 전환을 주장한다. Brera는 이 변화를 현대 생물학적 발견들(allostasis, 정신-신경-내분비-면역학, 후생유전학)과 인간을 해석적 행위를 통해 생리적·행동적 결과를 형성하는 존재론적 주체로 보는 오랜 철학적 전통의 교차점에 위치시킨다. 그는 건강을 단순한 병리의 부재로 보지 말고, 이용 가능한 가능성들 가운데 개인이 하는 해석적 선택들에 의해 생성되는 구성물로 재개념화해야 하며, 이러한 선택들이 결과적으로 정신-신경-내분비-면역적(allostasis) 반응과 장기적 적응을 촉발한다고 주장한다.

Brera는 자신의 주장을 역사적·철학적으로 뒷받침하며 아리스토텔레스적·아우구스티누스적 인격 개념과 이후의 개인주의적 사상을 임상 실천과 연결한다. 그는 의사의 역할이 생물학적 기능장애를 진단하는 것에서 환자의 의미 구성, 가치, 실존적 선택이 생물학적 반응과 질병 경로를 어떻게 조절하는지 이해하는 것으로 확장되어야 한다고 강조한다. 서문은 Selye의 선형적 스트레스 모델을 약화시킨 실험적 연구들, allostasis 프레임워크, 환경-유전자 상호작용에 대한 후생유전학적 증거 등 경험적·이론적 요소들을 종합하여 생물학적 반응의 상대성(Relativity of Biological Reactions, RBR) 관점을 지지한다: 생물학적 반응은 고정된 자극-반응 법칙만이 아니라 개인에게 제공되는 해석적 맥락에 좌우된다.

방법론적으로 Brera는 세 영역—주관성(심리적·실존적 변수), 생물학(분자적·생리적 과정), 환경(사회적·문화적·물리적 자극)—을 통합하고 이들 영역 간 상호작용의 능동적 조종사로서 개인을 다루는 *Person Centered Clinical Method*를 제안한다. 임상적으로 이는 병인론이 주관적·환경적 자원의 결핍이 지배적 위험요인으로 하여금 부적응적 allostasis를 초래하게 하는 역동적 과정으로 재정의된다는 것을 의미한다; 치료적으로는 의사의 과제가 산파술적(maieutic)이 되어 환자의 해석적 틀을 이끌어내고 재형성하여 더 건강한 선택과 적응적 생물학적 상태를 생성하도록 하는 것이다.

마지막으로 Brera는 의학교육과 보건 거버넌스의 체계적 변화를 촉구한다: 교육과정은 임상의학가 “생명공학 기술자(biotechnicians)”로 환원되는 것을 막기 위해 인문학과 윤리 교육을 통합해야 하며, 공중보건 정책은 건강의 주관적·사회적 결정요인들을 인정해야 한다. 그는 *Person Centered Medicine*을 인식론적 수정이자 예방·치료·의료 실천의 도덕적 질을 향상시키기 위한 실천적 프로그램으로 제시한다.

연구 및 실천에 대한 함의: Brera의 서문은 RBR 프레임워크의 실증적 검증(예: 의미 구성 및 의사결정 질의 측정치를 allostasis의 바이오마커와 연결하는 연구), 개인의 해석적 지형을 평가할 임상 도구의 개발, 그리고 주관적 자원을 표적화하는 중재를 기존의 생의학적 치료와 병행하여 평가하는 통제된 임상시험의 수행을 촉구한다.

이 책은 또한 저자가 2011년 WHO에 제시한 “The choice of true possibilities to be the best human person”이라는 표현으로 제안한 건강 개념 정의의 변경 필요성을 주장한다. 이를 통해 Person Centered Medicine의 인식론적 기둥인 상호작용주의와 인간 본성의 카이로스적 텔레오노미를 종합하여, 의학과 의학 과학을 선형적 인과성에 기반한 기계론적·결정론적 패러다임에서 상호작용주의에 뿌리를 둔 비결정론적·텔레오노믹한 패러다임으로 전환할 것을 제안한다: 정신(의미 탐색), 정서적-감정적 주관성, allostasis에 의해 구동되는 생물학적 변수들, 그리고 물리적·대인 환경의 질과 대처(대처 (coping))의 중요성.

## PERSIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

*Person Centered Medicine* و *Person Centered Clinical Method* مقدمه‌ی جوزپه آر. بررا بر کتاب‌های از لزوم تغییر پارادایم در علم پزشکی از مدل‌های مکانیکی و تقلیل‌گرایانه به سوی یک اپیستمولوژی تعاملی، غیرقطعی و انسان‌محور دفاع می‌کند. بررا این تغییر را در تقاطع کشفیات زیست‌شناختی معاصر (آلوستازی، روان‌عصب‌درون‌ریز-ایمنی، اپیژنتیک) و سنت فلسفی طولانی‌ای قرار می‌دهد که انسان را به‌عنوان یک «شخص» می‌بیند — یک سوژه‌ی هستی‌شناختی که کنش‌های تفسیرگرانه‌اش نتایج فیزیولوژیک و رفتاری را شکل می‌دهد. او معتقد است که باید سلامت را نه صرفاً به‌عنوان فقدان پاتولوژی، بلکه به‌عنوان سازه‌ای بازتعریف کرد که توسط انتخاب‌های تفسیرگرانه‌ی فرد میان امکانات موجود تولید می‌شود و این انتخاب‌ها به نوبه‌ی خود آلوستازی روان-عصب-درون‌ریز-ایمنی و سازگاری بلندمدت را هدایت می‌کنند.

بررا استدلال خود را از نظر تاریخی و فلسفی بنیان می‌نهد و مفاهیم شخص‌بودن در آرای ارسطویی و آگوستینی و اندیشه‌های پسین پرسوناالیستی را به عمل بالینی پیوند می‌دهد. او تأکید می‌کند که نقش پزشک باید از تشخیص اختلالات زیست‌شناختی فراتر رود و شامل فهم این باشد که چگونه معناسازی، ارزش‌ها و انتخاب‌های وجودی بیمار واکنش‌های زیستی و مسیرهای بیماری را تعدیل می‌کنند. این مقدمه رشته‌های تجربی و نظری را ترکیب می‌کند — کارهای تجربی که مدل خطی استرس سلیه را تضعیف کردند، چارچوب آلوستازی و شواهد اپیژنتیکی تعاملات محیط-ژن — تا دیدگاهی تحت عنوان «نسبیت واکنش‌های زیستی» (Relativity of Biological Reactions, RBR) را پیشنهاد می‌کند: واکنش‌های زیستی وابسته به زمینه‌ی تفسیرگرانه‌ای هستند که به فرد عرضه می‌شود، نه صرفاً قوانین ثابت محرک-پاسخ.

از منظر روش‌شناختی، بررا روش بالینی شخص‌محور را پیشنهاد می‌کند که سه حوزه را یکپارچه می‌سازد — ذهنیت (متغیرهای روان‌شناختی و وجودی)، زیست‌شناسی (فرایندهای مولکولی و فیزیولوژیک) و محیط (محرک‌های اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی) — و فرد را به‌عنوان خلبان فعال تعاملات میان این حوزه‌ها می‌داند. از نظر بالینی، این بدان معناست که پاتوژنز به‌عنوان فرایندی پویا بازتعریف می‌شود که در آن کمبود منابع ذهنی و محیطی اجازه می‌دهد عوامل خطر غالب آلوستازی نامناسب تولید کنند؛ از منظر درمانی، وظیفه‌ی پزشک ماهیت ماینوتیک می‌یابد: استخراج و بازشکل‌دهی چارچوب‌های تفسیرگرانه‌ی بیمار به‌منظور تولید انتخاب‌های سالم‌تر و وضعیت‌های زیستی سازگار.

در نهایت، بررا خواستار تغییرات سیستمی در آموزش پزشکی و حکمرانی سلامت است: برنامه‌های درسی باید علوم انسانی و آموزش اخلاقی را ادغام کنند تا از تقلیل بالینیست‌ها به «بیوتکنسین‌ها» جلوگیری شود و سیاست‌های بهداشت عمومی باید تعیین‌کننده‌های ذهنی و اجتماعی سلامت را به رسمیت بشناسند. او را هم به‌عنوان یک اصلاح‌اپیستمولوژیک و هم به‌عنوان برنامه‌ای عملی *Person Centered Medicine* برای بهبود پیشگیری، مراقبت و کیفیت اخلاقی عمل پزشکی چارچوب‌بندی می‌کند.

می‌کند RBR پیامدها برای پژوهش و عمل: مقدمه‌ی بررا دعوت به آزمون‌های تجربی چارچوب (برای مثال، مطالعاتی که اندازه‌گیری‌های معناسازی و کیفیت تصمیم‌گیری را به نشانگرهای زیستی آلوستازی پیوند دهند)، توسعه‌ی ابزارهای بالینی برای ارزیابی چشم‌انداز تفسیرگرانه‌ی فرد و اجرای کارآزمایی‌های کنترل‌شده برای ارزیابی مداخلاتی که منابع ذهنی را در کنار درمان‌های بیومدیکال متداول هدف می‌گیرند.

کتاب همچنین استدلال می‌کند که باید تعریف مفهوم سلامت را تغییر داد؛ تعریفی که نویسنده در سال ۲۰۱۱ به سازمان جهانی بهداشت ارائه کرد تحت عنوان «انتخاب امکانات واقعی برای بودن بهترین انسان» را ترکیب می‌کند: تعامل‌گرایی *Person Centered Medicine* — و بدین‌وسیله ستون‌های اپیستمولوژیک و تلئونومی کایرولوژیک طبیعت انسانی، با انتقال پزشکی و علوم پزشکی از پارادایم مکانیکی و تعیین‌گرایی مبتنی بر علیت خطی به پارادایم غیرتعیین‌گرایی تلئونومیک ریشه‌دار در تعامل‌گرایی: روح (جستجوی معنا)، ذهنیت عاطفی-هیجانی، متغیرهای زیستی هدایت‌شده توسط آلوستازی، و کیفیت محیط فیزیکی و بین‌فردی و مقابله (coping).

## ICELANDIC TRANSLATION OF THE SUMMARY

Giuseppe R. Brera kynnir í inngangi sínum að *Person Centered Medicine* og *Person Centered Clinical Method* nauðsyn þess að breyta viðmiðum læknisfræðinnar frá vélrænum, rýrnandi líkönum yfir í samskiptamiðaða, óákveðna og persónu-miðaða þekkingarfræði. Brera staðsetur þetta skref í skurðpunkti samtímabundinna líffræðilegra uppgötvana (allostasis, sál-taug-innkirtla-ónæmiskerfi, epigenetík) og langrar heimspekilegrar hefðar sem skilgreinir manninn sem persónu — tilvistlegan einstakling sem túlkunaraðgerðir hans móta lífeðlisfræðileg og atferlisleg áhrif. Hann heldur því fram að heilsa eigi ekki að endurskilgreinast sem einfaldlega fjarvera sjúkdóma, heldur sem bygging sem myndast af túlkunarlegum vali einstaklingsins meðal tiltækra möguleika, sem aftur stýra niðurstreymis sál-taug-innkirtla-ónæmis allostasis og langtíma aðlögun.

Brera rökstyður mál sitt sögulega og heimspekilega, tengir aristótelískar og ágústínskar hugmyndir um persónu og síðar persónuhyggju við klíníska starfsemi. Hann leggur áherslu á að hlutverk læknis verði að víkka út frá því að greina líffræðilegar truflanir yfir í að skilja hvernig merkingarsköpun, gildi og tilvistarkostir sjúklings hafa áhrif á líffræðilegar viðbragðsleiðir og sjúkdómsferla. Inngangurinn sameinar fræðilegar og reynslumiklar strands — tilraunastarf sem veikti línulega streitumódelið hjá Selye, allostasis-rammann og epigenetísk gögn um umhverfis-gen samskipti — til að styðja sjónarhorn um afstæði líffræðilegra viðbragða (Relativity of Biological Reactions, RBR): líffræðileg viðbrögð ráðast af túlkunarlegu samhengi sem boðið er einstaklingnum, ekki einungis af föstum áreitis-svörunarlögum.

Aðferðafræðilega leggur Brera til Person Centered Clinical Method sem samþættir þrjú svið — huglægni (sálfræðileg og tilvistleg breytur), líffræði (sameinda- og lífeðlisfræðileg ferli) og umhverfi (félagsleg, menningarleg og líkamleg áreiti) — og meðhöndlar einstaklinginn sem virkan flugstjóra samskipta milli þessara sviða. Klínískt þýðir þetta að orsakafræði sjúkdóma er endurskilgreind sem dýnamískt ferli þar sem skortur á huglægum og umhverfislegum auðlindum leyfir ráðandi áhættuþáttum að framkalla óaðlögualega allostasis; meðferðarsjónarmið gera læknisstarfið að mægútísku verkefni: að kalla fram og endurskapa túlkunarramma sjúklingsins til að stuðla að heilbrigðari ákvörðunum og aðlögunarhæfum líffræðilegum ástandum.

Að lokum kallar Brera eftir kerfisbreytingum í lækni menntun og heilbrigðisstjórnun: námskrár ættu að samþætta hugvísindi og siðfræðilega menntun til að koma í veg fyrir að klínískar stéttir verði afskrifaðar sem „líftækni tækna“, og lýðheilsustefnur ættu að viðurkenna huglæga og félagslega ákvarðanabætti heilsu. Hann setur Person Centered Medicine fram bæði sem epistemólógíska leiðréttingu og sem hagnýtt forrit til að bæta forvarnir, umönnun og siðfræðilega gæði læknisfræðilegrar starfsemi.

**Áhrif á rannsóknir og framkvæmd:** Inngangur Brera hvetur til tilraunalegrar prófunar á RBR-rammanum (til dæmis rannsóknir sem tengja mælingar á merkingarsköpun og ákvarðanatöku við lífmerki allostasis), þróunar klínískra tækja til að meta túlkunarlandslag einstaklingsins og stýrðra tilrauna til að meta íhlutanir sem beina sjónum að huglægum auðlindum samhliða hefðbundnum líffræðilegum meðferðum.

Bókin rökstyður einnig að breyta skilgreiningu hugtaksins heilsa, sem höfundur kynnti fyrir WHO árið 2011 sem „The choice of true possibilities to be the best human person“, og þannig sameinar epistemólógískar stoðir Person Centered Medicine: samskiptahyggju og kairólógíska teleonomíu mannlegrar náttúru með því að færa læknisfræði og læknisvísindi frá vélrænu, ákvörðunartilvikuparadígm byggðu á línulegri orsök til óákveðins, teleonomísku paradigms rótgróið í samskiptahyggju: andi (leit að merkingu), tilfinningaleg-affektív huglægni, líffræðilegar breytur knúnar af allostasis, og gæði líkamlegs og milliliðalegs umhverfis og **að takast á við (coping)**.

## HINDI TRANSLATION OF THE SUMMARY

ज्यूसेप्पे आर. ब्रेरा का *Person Centered Medicine* और *Person Centered Clinical Method* के लिए लिखा गया परिचय चिकित्सा विज्ञान में एक पैराज़ाइम परिवर्तन की वकालत करता है — यांत्रिक और

अपघटनवादी मॉडलों से हटकर एक अन्तरक्रियावादी, अनिर्धारित (indeterministic), व्यक्ति-केंद्रित एपिस्टेमोलॉजी की ओर। ब्रेरा इस परिवर्तन को समकालीन जैविक खोजों (ऑलोस्टेसिस, साइको-न्यूरो-एंडोक्राइन-इम्यूनोलॉजी, एपिजेनेटिक्स) और उस दीर्घकालिक दार्शनिक परंपरा के प्रतिच्छेदन पर स्थित करते हैं जो मानव को एक “व्यक्ति” के रूप में देखती है — एक अस्तित्व-संबंधी विषय जिसके व्याख्यात्मक कृत्य शारीरिक और व्यवहारिक परिणामों को आकार देते हैं। उनका तर्क है कि स्वास्थ्य को केवल रोग की अनुपस्थिति के रूप में नहीं, बल्कि उपलब्ध संभावनाओं में से व्यक्ति के व्याख्यात्मक विकल्पों द्वारा निर्मित एक संरचना के रूप में पुनःकल्पित किया जाना चाहिए; ये विकल्प परोक्ष रूप से साइको-न्यूरो-एंडोक्राइन-इम्यून ऑलोस्टेसिस और दीर्घकालिक अनुकूलन को प्रेरित करते हैं।

ब्रेरा अपना तर्क ऐतिहासिक और दार्शनिक रूप से आधार देते हैं, अरस्तूवादी और अगस्टीनियन व्यक्ति-धारणाओं तथा बाद की पर्सनालिस्ट परंपरा को क्लिनिकल अभ्यास से जोड़ते हुए। वे जोर देते हैं कि चिकित्सक की भूमिका केवल जैविक विकारों का निदान करने तक सीमित नहीं रहनी चाहिए, बल्कि यह समझने तक विस्तारित होनी चाहिए कि कैसे रोगी की अर्थनिर्माण प्रक्रिया, मूल्य और अस्तित्वगत विकल्प जैविक प्रतिक्रियाओं और रोग-पथों को संशोधित करते हैं। परिचय उन अनुभवजन्य और सैद्धान्तिक धारों का संश्लेषण करता है — उन प्रयोगात्मक कार्यों का जो सेली के रेखीय तनाव मॉडल को कमजोर करते हैं, ऑलोस्टेसिस फ्रेमवर्क और पर्यावरण-जीन अंतःक्रियाओं के एपिजेनेटिक प्रमाण — ताकि जैविक प्रतिक्रियाओं की सापेक्षता (Relativity of Biological Reactions, RBR) के दृष्टिकोण का समर्थन किया जा सके: जैविक प्रतिक्रियाएँ केवल स्थिर उत्तेजक-प्रतिक्रिया नियमों पर निर्भर नहीं करतीं, बल्कि उस व्याख्यात्मक संदर्भ पर भी निर्भर करती हैं जो व्यक्ति को प्रदान किया जाता है।

विधिशास्त्रीय रूप से, ब्रेरा एक Person-Centered Clinical Method प्रस्तावित करते हैं जो तीन क्षेत्रों — विषयता (मनोवैज्ञानिक और अस्तित्वगत चर), जीवविज्ञान (अणु-स्तरीय और फिजियोलॉजिकल प्रक्रियाएँ), और पर्यावरण (सामाजिक, सांस्कृतिक और भौतिक उत्तेजनाएँ) — को एकीकृत करता है और व्यक्ति को इन क्षेत्रों के बीच अन्तरक्रियाओं का सक्रिय पायलट मानता है। क्लिनिकली, इसका अर्थ यह है कि रोगजनन को एक गतिशील प्रक्रिया के रूप में पुनःपरिभाषित किया जाता है जिसमें विषयगत और पर्यावरणीय संसाधनों की कमी प्रमुख जोखिम-कारकों को अनुकूलनहीन ऑलोस्टेसिस उत्पन्न करने की अनुमति देती है; चिकित्सकीय रूप से, चिकित्सक का कार्य माएयूटिक (maieutic) बन जाता है: रोगी के व्याख्यात्मक ढाँचों को उभारना और पुनःआकार देना ताकि अधिक स्वस्थ विकल्प और अनुकूल जैविक अवस्थाएँ उत्पन्न हों।

अंततः, ब्रेरा चिकित्सा शिक्षा और स्वास्थ्य-शासन में प्रणालीगत परिवर्तनों की माँग करते हैं: पाठ्यक्रमों में मानवीय विज्ञान और नैतिक प्रशिक्षण को समेकित किया जाना चाहिए ताकि क्लिनिशियनों का अपमूल्यन “बायोटेक्नीशियनों” में न हो, और सार्वजनिक स्वास्थ्य नीतियाँ स्वास्थ्य के विषयगत और सामाजिक निर्धारकों को मान्यता दें। वे Person-Centered Medicine को एक ज्ञानमीमांसीय सुधार और साथ ही रोकथाम, देखभाल और चिकित्सकीय अभ्यास की नैतिक गुणवत्ता में सुधार के लिए एक व्यावहारिक कार्यक्रम के रूप में प्रस्तुत करते हैं।

**अनुसंधान और अभ्यास के लिए निहितार्थ:** ब्रेरा का परिचय RBR फ्रेमवर्क के अनुभवजन्य परीक्षण का आह्वान करता है (उदाहरण के लिए, ऐसे अध्ययन जो अर्थनिर्माण और निर्णय-गुणवत्ता के मापों को ऑलोस्टेसिस के बायोमार्करों से जोड़ें), व्यक्ति के व्याख्यात्मक परिदृश्य का आकलन करने वाले क्लिनिकल उपकरणों का विकास, और उन हस्तक्षेपों का मूल्यांकन करने के लिए नियंत्रित परीक्षण जो पारंपरिक बायोमेडिकल उपचारों के साथ-साथ विषयगत संसाधनों को लक्षित करते हैं।

पुस्तक यह भी तर्क देती है कि स्वास्थ्य की अवधारणा की परिभाषा बदलनी चाहिए, जिसे लेखक ने 2011 में WHO को “The choice of true possibilities to be the best human person” के रूप में प्रस्तुत किया था; इस प्रकार Person-Centered Medicine के एपिस्टेमोलॉजिक स्तंभों का संश्लेषण होता है: अन्तरक्रियावाद और मानव स्वभाव की कैगोलॉजिकल टेलीओनोमी — चिकित्सा और चिकित्सा विज्ञान को रेखीय कारण-प्रभाव पर आधारित यांत्रिक, निर्धारक पैराज़ाइम से हटाकर अन्तरक्रियावाद में निहित एक

انینرڈاریر، ٹیلیآونومیک پیراآااڈم کی اور لے آانا: آاٹما (اثر کی آوآ)، آاوناٹمک-آافیکٹو ویشاتا، آآلوسٹیسس آارا سآالیت آئیوک آر، اور آئیوتیک آا آنٹر-وآکٹیآاٹ پریاوارا کی آونوآا اور **سامنا (coping)** کی پریآیاؤں۔

## URDU TRANSLATION OF THE SUMMARY

*Person Centered Clinical* اور *Person Centered Medicine* آوزیپے آر۔ بریرا کا کے لیے آریر کرآه آعارفی آصه طبی سائنس میں آیک پیراڈائم آبڈیلی کا مطالبه کرتا ہے — *Method* میکینسٹک اور ریڈکشنسٹ ماڈلز سے ہٹ کر آیک آعامل پسند، آیر قطعی، اور فرد مرکز معرفت کی طرف۔ بریرا اس آبڈیلی کو عصری آیاتیاٹی دریاقآوں (آلوسٹاسس، epistemology) سائیو-نیورو-اینڈوکرائن-امیونولوجی، آیی آینیٹکس) اور اس طویل فلسفیانہ روایت کے سنگم پر رکھتا ہے آو انسان کو آیک "شآص" کے طور پر آصور کرتی ہے — آیک آوآی موضوع آس کے آفسیراٹی اعمال فزیولوجیکل اور روپے کے نآاآ کو آشکیل آیتے ہیں۔ وہ دلیل آیتا ہے کہ صآ کو آحض پیتھالوجی کی عدم آوآوآگی کے طور پر نہیں بلکہ آسآیاب امکانات میں سے فرد کے آفسیراٹی آنآابوں کے ذریعے پیدا ہونے والا آیک آعمیری آصور سمآھا آانا آاہیے، اور یہ آنآاب بالواسطه طور پر کو آگے بڑھاتے ہیں۔ (adaptation) سائیو-نیورو-اینڈوکرائن-امیون آلوسٹاسس اور طویل آدتی مطابقت بریرا اپنے استدلال کو تاریآی اور فلسفیانہ بنیاد فراہم کرتا ہے، ارسطو اور آگوسآین کے شآصی آصوراآ اور بعد کی پرسنلسٹ فکر کو کلینیکل عمل سے آوڑتا ہے۔ وہ زور آیتا ہے کہ معالآ کا کردار صرف آیاتیاٹی آرابیوں کی آشآیص آک آآوآ نہیں رہنا آاہیے بلکہ یہ سمآھنا آاہیے کہ مریض کی معنی سازی، آقار اور آوآی آنآاب کس طرح آیاتیاٹی رآعمل اور بیماری کے راستوں کو ماڈیولیٹ کرتے ہیں۔ آعارف آجرباآی اور نظریاآی آھاآوں کو یکآا کرتا ہے — وہ آجرباآی کام آس نے سیلیے کے آطی اسٹریس ماڈل کو کمزور کیا، آلوسٹاسس فریم ورک، اور ماحول-آین تعاملات کے آیی آینیٹک شواہڈ — کے نقطہ نظر کی (Relativity of Biological Reactions, RBR) آاکہ آیاتیاٹی رآعمل کی نسبیت آمایت کی آا سآے: آیاتیاٹی آواباآ صرف مقررہ محرک-آواب قوانین پر منحصر نہیں ہوتے بلکہ اس آفسیراٹی سیاق و سباق پر بھی منحصر ہوتے ہیں آو فرد کو فراہم کیا آاتا ہے۔

آآویز کرتا ہے *Person-Centered Clinical Method* طریقه کار کے لآاظ سے، بریرا آیک آو آین شعبوں کو یکآا کرتا ہے — موضوعیت (نفسیاآی اور آوآی آآیراآ)، آیاتیاآ (مالیکیولر اور فزیولوجیکل عمل)، اور ماحول (سماآی، ثقافتی اور جسمانی محرکات) — اور فرد کو ان شعبوں کے درمیان تعاملات کا فعال پائلٹ ماننا ہے۔ طبی طور پر، اس کا مطلب یہ ہے کہ پیتوآینیسیس کو آیک آآرک عمل کے طور پر دوباره آعریف کیا آاتا ہے آس میں موضوعی اور ماحولیآی وسائل کی کمی آالب آطرے کے عوامل کو آیر موافق آلوسٹاسس پیدا کرنے کی آآازآ آیتی ہے؛ علاآی طور پر، معالآ کا کام بن آاتا ہے: مریض کے آفسیراٹی فریم ورک کو ابھارنا اور دوباره آشکیل آینا آاکہ (maieutic) مائیوٹک صآآ آند آنآاب اور موافق آیاتیاآی آالآا پیدا ہوں۔

آر میں، بریرا طبی آعلیم اور صآآ کے آآمرانی میں نظامی آبڈیلیوں کا مطالبه کرتا ہے: نصاب میں ہیومینیٹیز اور آلاقی تربیت کو شامل کیا آانا آاہیے آاکہ کلینیشنز کو "بایوٹیکنیشن" آک آآوآ ہونے سے روکا آا سآے، اور عوامی صآآ کی پالیسیاں صآآ کے موضوعی اور سماآی آعین آنآاآان کو کو آیک معرفتی اصلاح اور ساآھ ہی روک آھا، *Person-Centered Medicine* آسلیم کریں۔ وہ نگہداشت، اور طبی عمل کے آلاقی معیار کو بہتر بنانے کے لیے آیک عملی پروآرام کے طور پر پیش کرتا ہے۔

فریم ورک کے آجرباآی آانآ کی RBR آآقیق اور عمل کے لیے مضمراآ: بریرا کا آعارف آعوت آیتا ہے (مثلاً آیسے مطالعات آو معنی سازی اور فیصله سازی کے معیار کو آلوسٹاسس کے

بایومارکرز سے جوڑیں)، فرد کے تفسیراتی منظرنامے کا اندازہ کرنے کے لیے کلینیکل آلات کی ترقی، اور کنونشنل بایومیڈیکل تھراپیز کے ساتھ موضوعی وسائل کو ہدف بنانے والی مداخلتوں کا اندازہ کرنے کے لیے کنٹرولڈ ٹرائلز۔

کتاب یہ بھی استدلال کرتی ہے کہ صحت کے تصور کی تعریف کو تبدیل کرنے کی ضرورت ہے، “The choice of true possibilities to be the best human person” — اس طرح کا Person-Centered Medicine کیسے پیش کیا تھا WHO جیسا کہ مصنف نے 2011 میں ترکیب ہوتی ہے: تعامل پسندی اور انسانی فطرت کی کائیرولوجیکل ٹیلینومی، یعنی طب اور طبی سائنس کو خطی سببیت پر مبنی میکینسٹک، ڈیٹرمنسٹک پیراڈائم سے ہٹ کر تعامل پسندی میں جڑیں رکھنے والے غیر قطعی، ٹیلیونومک پیراڈائم کی طرف منتقل کرنا: روح (معنی کی تلاش)، جذباتی-افیکٹو موضوعیت، آلوستاسس سے چلنے والے حیاتیاتی تغیرات، اور جسمانی و بین شخصی ماحول کے معیار اور مقابلہ کی کیفیت۔ (coping)

## BENGALI TRANSLATION OF THE SUMMARY

جڈیسپے آر. برورے’ر Person Centered Medicine এবং Person Centered Clinical Method-এর ভূমিকা চকিৎসা বজ্জ্ঞানে একটি প্যারাদাইম পরবর্তনরে পক্ষে যুক্তি উপস্থাপন করে — যান্ত্রিক, হ্রাসবাদী মডলে থেকে সরে এসে একটি আন্তঃক্রিয়াবাদী, অননির্ধারণিত (indeterministic), ব্যক্তি-কেন্দ্রিক জ্ঞানতত্ত্ব (epistemology) এর দিকে। বরো এই পরবর্তনকে সমসাময়িক জীববৈজ্ঞানিক আবশ্কারগুলোর (অলোস্টাসিস, সাইকো-নিউরো-এন্ডোক্রাইন-ইমিউনোলজি, এপিজেনেটিক্স) এবং সেই দীর্ঘ দর্শনশাস্ত্রগত ঐতিহ্যের ছেদবিন্দুতে অবস্থান করান যা মানবকে একটি “ব্যক্তি” হিসেবে ধারণা করে — এমন একটি অস্তিত্বতত্ত্বিক বিষয় যার ব্যাখ্যামূলক কর্মগুলো শারীরবৃত্তীয় ও আচরণগত ফলাফলগুলোকে গঠন করে। তিনি যুক্তি দেন যে, স্বাস্থ্যকে কেবল রোগের অনুপস্থিতি হিসেবে নয়, বরং উপলব্ধ সম্ভাবনাগুলোর মধ্যে ব্যক্তির ব্যাখ্যামূলক পছন্দগুলোর দ্বারা উৎপন্ন একটি নিরিমাণ হিসেবে পুনরায় ধারণা করা উচিত; এবং এই পছন্দগুলো পরোক্ষভাবে সাইকো-নিউরো-এন্ডোক্রাইন-ইমিউন অলোস্টাসিস এবং দীর্ঘময়োদ অভিজোজনকে চালিত করে।

বরো তার যুক্তিকে ঐতিহাসিক ও দার্শনিকভাবে প্রতিষ্ঠা করেন, অ্যারিস্টটলীয় ও অগাস্টিনীয় ব্যক্তিত্ব ধারণা এবং পরবর্তী পার্সোনালিস্ট চিন্তাধারাকে ক্লিনিকাল অনুশীলনরে সঙ্গে সংযুক্ত করে। তিনি জোর দেন যে চিকিৎসকের ভূমিকা কেবল জৈবিক ত্রুটির নিরূপণ থেকে বসিত হতে পারে রোগীর অর্থ-নিরিমাণ, মূল্যবোধ এবং অস্তিত্বগত পছন্দগুলো কীভাবে জৈবিক প্রতিক্রিয়া ও রোগের গতিপথকে নিয়ন্ত্রিত করে তা বোঝার দিকে প্রসারিত হওয়া উচিত। ভূমিকা অংশটি প্রায়োগিক ও তাত্ত্বিক সূত্রগুলোকে সংহত করে — সলোমোনের রথের চাপ মডেলকে দুর্বল করে এমন পরীক্ষামূলক কাজ, অলোস্টাসিস কাঠামো, এবং পরিশেষে-জনি আন্তঃক্রিয়ার এপিজেনেটিক প্রমাণ — যাতে করে জীববৈজ্ঞানিক প্রতিক্রিয়ার আপেক্ষিকতা (Relativity of Biological Reactions, RBR) দৃষ্টভঙ্গিকে সমর্থন করা যায়: জৈবিক প্রতিক্রিয়াগুলো কেবল স্থির উদ্দীপক-প্রতিক্রিয়া নিয়মের উপর নির্ভর করে না, বরং ব্যক্তিকে প্রদত্ত ব্যাখ্যামূলক প্রকোষপটের উপরও নির্ভরশীল।

পদ্ধতিগতভাবে, বরো একটি Person-Centered Clinical Method প্রস্তাব করনে যা তিনি কৃষকের একত্রিত করে — বিষয়তত্ত্ব (মানসিক ও অস্তিত্বগত ভেরিবেল), জীববজ্ঞান (অণুস্তরীয় ও শারীরবৃত্তীয় প্রক্রিয়া), এবং পরিশে (সামাজিক, সাংস্কৃতিক ও শারীরিক উদ্দীপনা) — এবং ব্যক্তিকে এই কৃষকেরগুলোর মধ্যে আন্তঃক্রিয়ার সক্রিয় পাইলট হিসেবে বিবেচনা করে। ক্লিনিক্যালভাবে, এর অর্থ হলো প্যাথোজেনেসিসকে একটি গতিশীল প্রক্রিয়া হিসেবে পুনঃসংজ্ঞায়িত করা যখন বৈয়গত ও পরিশেগত সম্পদে ঘটনা প্রধান ঝুঁকিকারককে অনুকূল নয় এমন অলোস্টাসিস উৎপাদন করতে দেয়; চিকিৎসাগতভাবে, চিকিৎসকের কাজ মাইয়টিক (maieutic) হয়ে ওঠে: রোগীর ব্যাখ্যামূলক কাঠামোগুলোকে আহ্বান করা এবং পুনর্গঠন করা যাতে করে স্বাস্থ্যকর পছন্দ এবং অভিযোজিত জৈবিক অবস্থাগুলো সৃষ্টি হয়।

অবশেষে, বরো চিকিৎসা শিক্ষা ও স্বাস্থ্য শাসনে প্রণালীগত পরিবর্তনে আহ্বান জানান: পাঠ্যক্রমে মানবিক বিষয় ও নৈতিক প্রশিক্ষণ সংযুক্ত করা উচিত যাতে ক্লিনিশিয়ানদের “বায়োটেকেনিশিয়ান” এ রূপান্তর রোধ করা যায়, এবং জনস্বাস্থ্য নীতিগুলোকে স্বীকৃতি দিতে হবে স্বাস্থ্য সম্প্রকতি বৈয়গত ও সামাজিক নির্ধারকগুলোকে। তিনি Person-Centered Medicine-কে একদিকে জ্ঞানতাত্ত্বিক সংশোধন এবং অন্যদিকে প্রত্যাখ্যান, পরিচর্যা এবং চিকিৎসা অনুশীলনের নৈতিক গুণমান উন্নত করার জন্য একটি ব্যবহারিক কর্মসূচি হিসেবে উপস্থাপন করেন।

**গবেষণা ও অনুশীলনের জন্য প্রভাব:** বরোর ভূমিকা RBR কাঠামোর প্রায়োগিক পরীক্ষার আহ্বান জানায় (উদাহরণস্বরূপ, অর্থ-নির্মাণ এবং সদিধান-গুণমানের মাপকে অলোস্টাসিসে বায়োমার্কারগুলোর সাথে সংযুক্ত করে এমন গবেষণা), ব্যক্তির ব্যাখ্যামূলক ল্যান্ডস্কেপে মূল্যায়নের জন্য ক্লিনিকাল টুলসের উন্নয়ন, এবং ঐতিহ্যবাহী বায়োমেডিক্যাল থেরাপি পাশাপাশি বৈয়গত সম্পদগুলোকে লক্ষ্য করে এমন হস্তক্ষেপগুলোর মূল্যায়নের জন্য নবিত্রি ট্রায়াল পরিচালনার প্রয়োজনীয়তা।

বইটি আরও যুক্তি দেয় যে স্বাস্থ্য ধারণার সংজ্ঞা পরিবর্তন করা উচিত, যা লেখক ২০১১ সালে WHO-কে উপস্থাপন করেছিলেন “The choice of true possibilities to be the best human person” হিসেবে; এভাবে Person-Centered Medicine-এর জ্ঞানতাত্ত্বিক স্তম্ভগুলোকে সংশ্লিষ্ট করা হয়: আন্তঃক্রিয়াবাদ এবং মানব প্রকৃতির কাইরোলজিক্যাল টেলিওনিমি — চিকিৎসা ও চিকিৎসাবিজ্ঞানকে রৈখিক কারণিকতার উপর ভিত্তি করে নির্মিত যান্ত্রিক, নির্ধারিত (deterministic) প্যারাদাইম থেকে সরিয়ে আন্তঃক্রিয়াবাদে ভিত্তিক একটি অননির্ধারিত, টেলিওনিমিক প্যারাদাইমে স্থানান্তর করা: আত্মা (অর্থ অনুসন্ধান), আবগেগত-আফেকটিভ বিষয়তত্ত্ব, অলোস্টাসিস দ্বারা চালিত জৈবিক ভেরিবেল, এবং শারীরিক ও আন্তঃব্যক্তিক পরিশে গুণমান এবং **মোকাবিলা (coping)**।

## ISRAELI TRANSLATION OF THE SUMMARY

Person Centered Medicine-এর গুরুত্ব — Person Centered Clinical Method — הסטה ממודלים מכניסטיים — טוענת בעד שינוי פרדיגמה במדעי הרפואה — בלתי-דטרמיניסטי וממוקדת-אדם. ברה

מציב שינוי זה בצומת בין תגליות ביולוגיות עכשוויות (אלוסטזיס, פסיכו-נוירו-אנדוקרינו-אימונולוגיה, אפיגנטיקה) ובין מסורת פילוסופית ארוכה הרואה את האדם כ"פרסונה" — נושא אונטולוגי אשר מעשיו הפרשניים מעצבים תוצאות פיזיולוגיות והתנהגותיות. הוא טוען כי יש להגות מחדש את המושג בריאות לא כעדר פתולוגיה בלבד, אלא כבניין הנוצר על-ידי בחירות הפרשניות של האדם בין האפשרויות העומדות לרשותו, ובחירות אלה מניעות בעקיפין את האלוסטזיס הפסיכו-נוירו-אנדוקרינו-אימוני ואת ההתאמה לטווח הארוך.

בררה מבסס את טיעונו היסטורית ופילוסופית, וקושר את רעיונות האישיות האריסטוטליים והאוגוסטיאניים ואת המחשבה הפרסונליסטית המאוחרת לפרקטיקה קלינית. הוא מדגיש כי תפקיד הרופא חייב להתרחב — לא להסתפק באבחון תפקודים ביולוגיים לקויים, אלא להבין כיצד יצירת המשמעות של המטופל, ערכיו ובחירותיו הקיומיות מווסתים תגובות ביולוגיות ומסלולי מחלה. ההקדמה מסכמת חוטים אמפיריים ותיאורטיים — עבודות ניסיוניות שהערערו את מודל הלחץ הקווי של סלי, מסגרת האלוסטזיס והראיות האפיגנטיות לאינטראקציות סביבה-גן — כדי לתמוך בפרספקטיבה של תגובות ביולוגיות: (Relativity of Biological Reactions, RBR) **יחסיות התגובות הביולוגיות**. תלויות בהקשר הפרשני המוצע לאדם, ולא רק בחוקי גירוי-תגובה קבועים.

מבחינה מתודולוגית, בררה מציע שיטה קלינית ממוקדת-אדם המשלבת שלושה תחומים — סובייקטיביות (משתנים פסיכולוגיים וקיומיים), ביולוגיה (תהליכים מולקולריים ופיזיולוגיים) וסביבה (גירויים חברתיים, תרבותיים ופיזיים) — ומתייחסת לאדם כטייס פעיל של האינטראקציות בין תחומים אלה. מבחינה קלינית, משמעות הדבר היא שהפתוגנזה מוגדרת מחדש כתהליך דינמי שבו חסרים במשאבים סובייקטיביים וסביבתיים מאפשרים לגורמי סיכון דומיננטיים לייצר אלוסטזיס לא-מותאם; לעורר ולעצב מחדש את המסגרות: (maieutic) מבחינה תרפויטית, תפקיד הרופא נעשה מאיטי הפרשניות של המטופל כדי לייצר בחירות בריאות יותר ומצבים ביולוגיים מותאמים.

לבסוף, בררה קורא לשינויים מערכתיים בחינוך הרפואי ובממשל הבריאותי: תוכניות הלימוד צריכות לשלב מדעי הרוח והכשרה אתית כדי למנוע הפחתת ערכם של קלינאים ל"ביוטכנאים", ומדיניות בריאות הציבור צריכה להכיר בקובעי הבריאות הסובייקטיביים והחברתיים. הוא מציג את הרפואה הממוקדת-אדם הן כתיקון אפיסטמולוגי והן כתוכנית מעשית לשיפור המניעה, הטיפול ואיכות המוסרית של הפרקטיקה הרפואית.

RBR השלכות למחקר ולפרקטיקה: ההקדמה של בררה מזמינה בדיקות אמפיריות של מסגרת ה- למשל מחקרים המקשרים מדדים של יצירת משמעות ואיכות החלטה לסמנים ביולוגיים של אלוסטזיס), ( פיתוח כלי קליני להערכת הנוף הפרשני של האדם וניסויים מבוקרים להערכת התערבויות המכוונות למשאבים סובייקטיביים לצד טיפולים ביומדיים קונבנציונליים.

הספר גם טוען לצורך בשינוי הגדרת מושג הבריאות, שהמחבר הציג לארגון הבריאות העולמי ובכך מסנתז את "The choice of true possibilities to be the best human person" כ-2011-ב- עמודי התווך האפיסטמולוגיים של הרפואה הממוקדת-אדם: אינטראקציוניזם וטלאונומיה קאירולוגית של טבע האדם — העברת הרפואה ומדעי הרפואה מפרדיגמה מכניסטית, דטרמיניסטית המבוססת על סיבתיות ליניארית לפרדיגמה בלתי-דטרמיניסטית, טלאונומית המושרשת באינטראקציוניזם: רוח (חיפוש משמעות), סובייקטיביות רגשית-אפקטיבית, משתנים ביולוגיים המונעים על-ידי אלוסטזיס, ואיכות coping. הסביבה הפיזית והבין-אישית ושל **התמודדות**.

## PALESTINIAN TRANSLATION OF THE SUMMARY

بندافع عن تغيير نموذج في العلم الطبي — الابتعاد عن النماذج الميكانيكية والتقليدية والتوجه نحو *Person Centered Clinical Method* و *Person Centered Medicine* مقدمة جوزيبي ر. بريرا لكتاب *إبستيمولوجيا تفاعلية*، غير حتمية، ومتمركزة حول الشخص. بريرا يبحث هالتحول عند تقاطع الاكتشافات ، علم النفس-العصب-الغدد-المناعي، الإبيجينيتكس) ومع تقليد فلسفي طويل *allostasis* البيولوجية المعاصرة (ال) بيعتبر الإنسان كشخص — موضوع وجودي اللي أفعاله التفسيرية بتشكّل النتائج الفسيولوجية والسلوكية. هو يقول إنو الصحة لازم تُعاد مفاهيمها مش بس كغياب المرض، بل كمبنى ينتجه اختيارات الشخص التفسيرية النفسي-العصبي-الغدي-المناعي والتكيف *allostasis* بين الإمكانات المتاحة، والاختيارات هاي بدورها بتدفع الـ طويل الأمد.

بريرا بيأسس حجته تاريخياً وفلسفياً، ويربط بين مفاهيم الشخص عند أرسطو وأوغسطين والفكر الشخصاني اللاحق مع الممارسة السريرية. بيشدّد إنو دور الطبيب لازم يتوسع: ما يقتصر على تشخيص الخل البيولوجي، بل لازم يفهم كيف صنع المعنى عند المريض، وقيمه، وخياراته الوجودية بتعدّل التفاعلات البيولوجية ومسارات المرض. المقدمة بتجمع خيوط تجريبية ونظرية — أعمال تجريبية اللي هزّت نموذج ، والأدلة الإبيجينية لتفاعلات البيئة-الجين — لتدعم منظور *allostasis* الضغط الخطي عند سيلي، وإطار الـ الردود البيولوجية بتعتمد (Relativity of Biological Reactions, RBR) **نسبية التفاعلات البيولوجية** على السياق التفسيري المعروف للشخص، مش بس على قوانين ثابتة منه-استجابة.

من الناحية المنهجية، بريرا يقترح **الطريقة السريرية المتمركزة حول الشخص** اللي بتدمج ثلاث مجالات — الذاتية (متغيرات نفسية ووجودية)، والبيولوجيا (عمليات جزيئية وفسيولوجية)، والبيئة (محفزات اجتماعية، ثقافية وجسدية) — وبتعامل الشخص كقائد نشط لتفاعلات هالمجالات. سريرياً، هالشّي يعني إنو يُعاد تعريفه كعملية ديناميكية حيث نقص الموارد الذاتية والبيئية يسمح (pathogenesis) التكوّن المرضي (maieutic): غير متكيّفة؛ علاجياً، مهمة الطبيب بتصير مايبوتية *allostasis* لعوامل الخطر السائدة إنها تنتج. استحضر وإعادة تشكيل أطر تفسير المريض حتى تولّد اختيارات أكثر صحة وحالات بيولوجية متكيّفة.

بالنهاية، بريرا بينادي بتغييرات نظامية في التعليم الطبي وحوكمة الصحة: المناهج لازم تدمج العلوم الإنسانية والتكوين الأخلاقي حتى ما يتحول الأطباء إلى «بيوتقنيين»، وسياسات الصحة العامة لازم تعترف بالمحددات الذاتية والاجتماعية للصحة. هو بيعرض الطب المتمركز حول الشخص كتصحيح إبستيمولوجي وكبرنامج عملي لتحسين الوقاية، والرعاية، والجودة الأخلاقية للممارسة الطبية.

مثلاً دراسات ( RBR الآثار على البحث والممارسة: مقدمة بريرا بتدعو لاختبارات تجريبية لإطار ، وتطوير أدوات سريرية لتقييم (*allostasis*) تربط مقاييس صنع المعنى وجودة القرار بمؤشرات حيوية للـ المشهد التفسيري للشخص، وتجارب محكمة لتقييم تدخلات بتستهدف الموارد الذاتية جنباً إلى جنب مع العلاجات الطبية التقليدية.

الكتاب كمان بيطلب بتغيير تعريف مفهوم الصحة، اللي المؤلف قدّمه لمنظمة الصحة العالمية سنة 2011 كـ **“The choice of true possibilities to be the best human person”** ؛ وبهالطريقة بيجمّع أعمدة إبستيمولوجيا الطب المتمركز حول الشخص: التفاعلية والتيلونومية الكايولوجية للطبيعة البشرية — بنقل الطب والعلوم الطبية من نموذج ميكانيكي، حتمي، مؤسس على السببية الخطية إلى نموذج غير حتمي، تيلونومي، متجذر في التفاعلية: الروح (السعي عن المعنى)، الذاتية العاطفية-الوجدانية، المتغيرات البيولوجية (coping) ، وجودة البيئة المادية والبيئية-شخصية وعمليات التأقلم *allostasis* المدفوعة بالـ.





---

## 1, The epistemological and scientific basis of Person-Centered Medicine

*Socrates- Well then, could we ever know what art makes the man himself better if we were ignorant of what we are ourselves?*

*Alcibiades: Impossible!*<sup>2</sup>

Plato first formulated the epistemological basis of knowledge, beginning with Socrates' lesson about the "idea" necessity for unifying fragmented perceptions.

In Medicine, one hypothetic idea about the cause of a clinical picture runs the diagnostic process, and one word assesses it, but it concerns a person. Up to the birth of Person-centered Medicine (PCM) theory, the diagnosis was dominated by linear causality reasoning. However, it was overcome by the Medicine interactionist change of the last 40 years and by the revolution in physiology determined by the "Allostasis" concept made by Peter Sterling and Joe Heyer, not known by most physicians and investigators yet.<sup>3</sup> Based on the Relativity theory of biological reactions, PCM showed the epistemological error of contemporary clinics and introduced the interactionist multidimensional health concept and the determinant Person's role in running the interaction of the multidimensional variables through the interpretation of experience possibilities according to a meaning given to internal-external information. The Person's affective and cognitive world is crucial because it is the necessary tool for perceiving and building "meaning" given to received unforeseeable possibilities, like waves of the sea, which call surfing. Kairology highlighted that "meaning" is mysteriously pre-existent in human nature and naturally reveals itself in existence as a question of truth, love, and beauty, orienting the Person to interpret possibilities according to the quality of the individual answers, to which is entrusted the individual and human survival and life. Health appears as a construct depending on an interpretation process, choices among

---

<sup>2</sup> Plato.Alcibiadesmajor<http://www.acnice.fr/philo/textes/Plato-Works/07-Alcibiades.htm>

<sup>3</sup> Sterling P.,Eyer J.Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fischer S Reason J. editors. Handbook of Life Sciences, cognition and health . New York 1988 : J.Wiley and sons;p. 629-649

possibilities according to meaning, and inducing a biologic and behavior quality drawing an individual lifestyle.

According to an existential choice, experience possibilities and the individual interpretation quality induce downstream psycho-neuro-endocrine-immunological allostasis and derived Person's adaptation changes, determining humanity's evolution quality toward life or death. If a million people believe that  $1+1 = 1$ , like pro-abortion physicians, probably humanity is damned to death. The truth is the principal meaning which makes life possible.

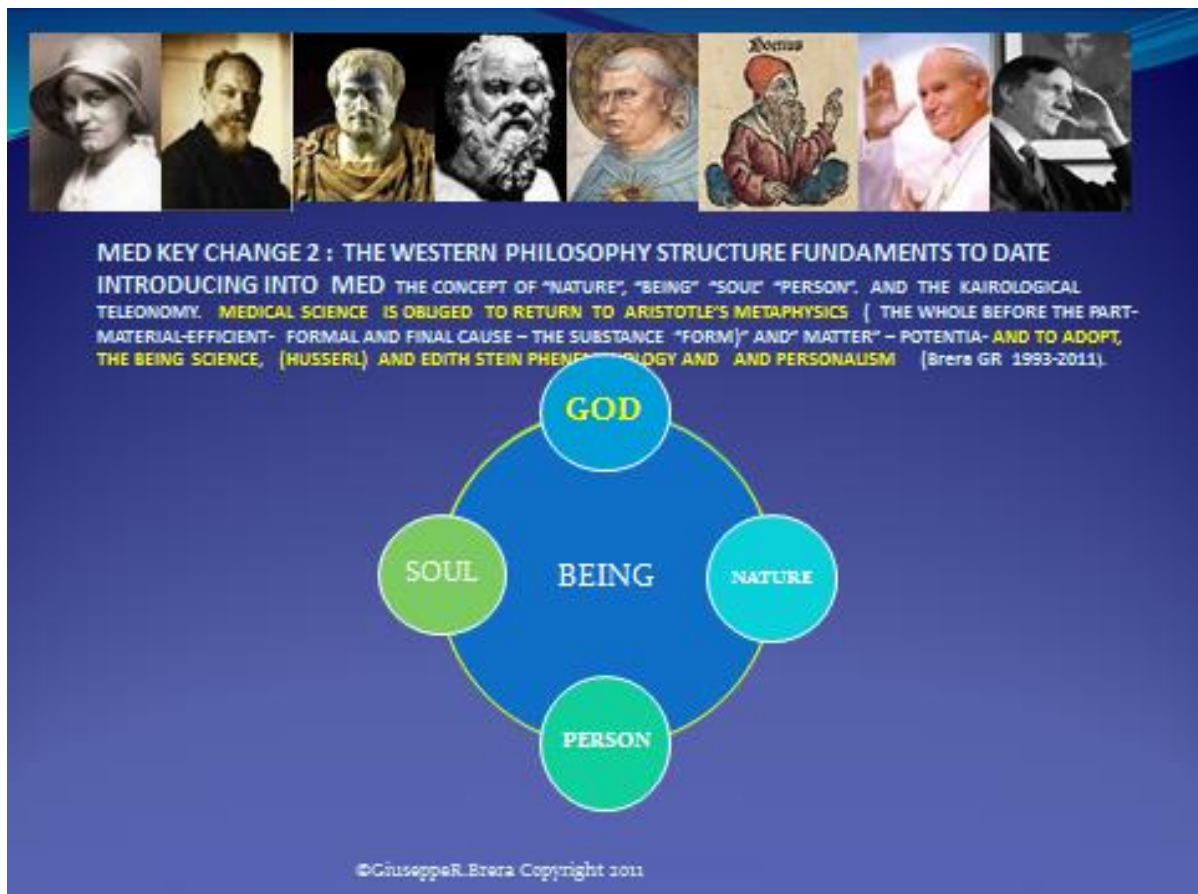
The medical science person-centered epistemological change focuses the man's role in piloting different health systems variables interaction; Medicine must be re-oriented to know how disease pathogenesis and healing processes are conditioned by the subjective interpretation of the being-person quality revealing itself through the choices among a world of possibilities. This determinism is the key to understanding the teleonomy of human nature. The wrong interpretation of disease pathogenesis results from trying to close the Person in the biological system and a biological diagnosis, but it always hides higher questions about the meaning of this event in the Person's lifestyle quality. In this light, suffering may be interpreted as pathos derived from the relationship between diseases, limits, possibilities, and the natural tendency to the truth, love, and beauty, like a meaningful-based existential compass. Thanks to these premises, Medicine is called for questioning the being-person identity, analyzing the Person's world quality: the "who," the subject, before the "What," the object. *We can know an object only if we know its nature, and men and women are subjects, not objects.* Knowledge of the being-person identity nature appears as a clinical and scientific necessity: "Who is" (the Person I am) and "Who" are you correspond to the Christian culture western revolution by interconnecting Aristotle's "being" science and the "person's" concept, resolving the existential and metaphysical question about the human nature identity, indissolubly linked to being quality in existence. This is the first question when coping with person-centered sciences like Medicine, not with molecules driven by natural laws interacting with pilots.

*"To be" a "person" is more than a biological function or structure but a statement belonging to ontology, metaphysics, and science founded on the union between ancient Greek philosophy and Christian anthropology, roots of the western culture.* The concept of being like the "Substance" of reality comes from Aristotle (Ousia). Then the Roman philosopher Boetius (475/77-524/526) assessed the concept of the Person as an "Individual substance by rational nature" before being introduced by Augustin of Hippo (St Augustin) in the 4th century. The soul's freedom (St. Augustin) and the person concept were determinants for western culture and the constitution of fundamental human rights. "Personalism" is the philosophical stream that developed Augustin-Boetius' original foundation of the idea of "person," gathering the contributions of Aristotle, St. Thomas, Kierkegaard, and empathy phenomenology founded by Edith Stein, Husserl's pupil, converted to the Christian religion and murdered in Auschwitz as a sister "Jean of Cross," because of her Hebrew birth. Emmanuel Mounier, Jacques Maritain, and Josef Seifert built the personalist philosophy; Karol Wojtila also contributed.

Philosophy and Medicine appear interconnected by the epistemology founded on Allostasis, Neurobiology, Psycho-neuro-endocrine-immunology, and Epigenetics as "Trait d'union." Since 1983 thanks to M.L. Laundeslanger, S.M. Ryan, S. F Drugan, et al. seven authors, we know that biological reactions are related to different experimental conditions offered to animals to escape or not stress with the fall of Selye's mechanistic stress theory. I interpreted "the different experimental conditions as an analogy of "Possibility," but it is not a word belonging not to medical science but philosophy. Epistemological elaboration of the investigation interconnected "Possibility" to biological reactions already to the animal level. Animals do not choose an adaptation quality, which is the limit of experimental Medicine. What happens when the person chooses the adaptation quality according to true or wrong meaning, depending on the interpretation quality of unforeseeable possibilities received? This question has been at the origin of the "Determinate and indeterminate relativity of biological reactions to coping possibilities and quality (RBR theory)".<sup>8</sup>

To date, physicians should know more about the roots of their science and mission, not closing the Person in biotechnology, only a tool, beginning from Medical education in colleges of Medicine. It could impede a progressive reduction of Medicine to biotechnology. Ignorance about Humanities and the epistemological evolution of medical science promotes only the education of bio-technicians who do not know the meaning of their acts and their moral transcendence, involving their existential choices and their affective-cognitive-spiritual maturity. To date, this spread reduction diffused in Medical education is a severe epistemological error because persons are more than biochemical machines. Therefore, students, physicians, and medical educators must share a humanistic culture and develop ethical, affective–cognitive existential maturity in medical school and knowledge. This problem poses questions and new methods for selecting educators and medical students in the light of universal humanistic roots (**fig 1**)

**Fig 1** below



**Fig.1** The cultural structure of Person-centered Medicine

Brera G.R . Person-centered Medicine and the Change of the Paradigm of Health: its implications for Medical Education and Health Governance. in WHO Symposium on Person-centered Medicine and Medical Education. Geneva 4 May 2011 ©Giuseppe R.Brera 2011

Hippocrates said: "A physician -philosopher is similar to God." The sense is that contemplation of the truth does not come only from the empirical world, but it is a meaning question possible only thanks to the mind's cognitive formal structures discovered by Jean Piaget. This means one mysterious cognitive phylogenetic – ontogenetic evolution and one mysterious pre-determined

teleonomy naturally present in human nature, also depicted by the psychosexual maturation stages discovered by Sigmund Freud.<sup>9</sup> The adult symbolic world hides human nature's teleonomy. This perspective has been omitted by the psychoanalysis founder, who considered the meaning question a disease's symptom, a conception opposed by his pupils Karl Gustav Jung and Alfred Adler. The adult symbolic world hides human nature's teleonomy, as Kaiology states. Conversely, "the Truth" appears as a human's pre-existent mysterious meaning, not a human creation that constitutes a mind's natural attractor. Such metaphysical evidence, like the sunlight, appears as a necessary condition for survival and existence, like the Physics enigma about the origin of space-time and the "Big Bang."

In epistemological and methodological studies, the concept of the Person is well suited to Medicine because its applications are the basis of the individual's health care, through clinical method and prevention, addressing a search of human suffering meaning in particular existence, hidden by a pathology.

Seven person-centered values found clinical applications:

1. an objective ethical basis of the motivation, intention, and choice to take care of a suffering person;
2. the knowledge of the human nature psychobiological laws and their variability according to Allostasis;
3. the unrepeatable and unique Person's individuality of human nature in the universe from conception to natural death;
4. the Person's natural question for the existence meaning from adolescence time;
5. the person variable health systems piloted by the Person and their interaction;
6. a clinical method to know the clinical syndrome's pathogenesis interacting with the Person's subjectivity and environment;
7. pharmacological,-biotechnological, andtherapeutical methods and tools.

Nevertheless, up to 1998, there has not been an applied theory of clinical method formulated on a theoretical-epistemological basis, addressed to a synthesis between science and the Person's individuality, starting from the question: "Who is" the Person beyond his biology or empirical symptoms. These questions about the Person's existence are interconnected in a bidirectional way with human physiology. This epistemological operation was born in 1998 with the birth of the paradigm of Person-Centered Medicine (PCM),<sup>4</sup> the first formulation of a cohesive ethical, epistemological and educational Medicine paradigm in the history of medical science.<sup>5</sup> The paradigm is epistemologically structured on a theoretical model founded on enunciations corroborated by ethics, humanities, psychobiology, and psycho-neuro-immunology. The PCM paradigm structure is based on:

- a. ***Teleonomia*** of human nature as evidenced by cognitive<sup>6</sup>, psychodynamic research<sup>7</sup>, and phenomenology. Teleonomy depicts clinics as an ethically founded relationship between two persons finalized to construct new possibilities for an individual and relational reality toward

---

<sup>4</sup> Brera G. R, The manifesto of Person-Centred Medicine. Medicine, Mind and Adolescence 1999.XIV, 1-2:7-11

<sup>5</sup> Brera Giuseppe R. Introduction to the Medical Science and Health Paradigm Change. Available on Internet: [www.healthparadigmchange.it](http://www.healthparadigmchange.it) DOI: 10.13140/RG.2.2.31541.06880

<sup>6</sup> Piaget J. The Psychology of intelligence. New York:Harcourt Brace,1947

<sup>7</sup> Fornari F. Genitalità e Cultura, Milano: Feltrinelli, 1973

*the realization of the existence of a harmonic meaning founded on objective values of cognitive (truth), affective (love), and spiritual (meaning) nature<sup>8</sup>.*

- b. ***The ethical meaning of medical science is founded on Hippocratic<sup>9</sup> and anthropological western objective values<sup>10</sup>.***
- c ***Interactionism among a three-dimensional nature of human nature variables belonging to subjectivity, biology, and environment (fig.2) according to the medical science progress in the last 40 years founding epigenetics,<sup>11 12 13 14 15 16</sup> psycho-neuro-immune-endocrinology<sup>17 18 19</sup>, neurobiology,<sup>20</sup> Allostasis theory,<sup>21</sup> quantum biology<sup>22 23</sup>, and survival studies.<sup>24</sup> "Spirit" means the quest for meaning in existence. Religion is the freedom to answer the meaning of the truth, love, and beauty natural questions in existence as human sciences and kairological hermeneutics corroborate through the trust in God. Relativity theory of biological reactions***

<sup>8</sup> Brera G. R. The kairos of existence. Mystery, Possibility and Reality in Adolescence and Human nature. Milano: CISP, 1994.

<sup>9</sup> Jouanna J. Hippocrate. Paris: Librairie Artème Fayard, 1992

<sup>10</sup> Brera G.R Creativity in medicine. Ethos, Pathos and Pietas. Medicine and Mind. 1984; Jan. 2 : 3-10.

<sup>11</sup>

<sup>12</sup> Szyf M and Meaney J.M Epigenetics, Behaviour, and Health. Allergy Asthma Clin.Immunology 2008;4(1):37-

<sup>13</sup> Strohmman Richard. Manoeuvring in the Complex Path from Genotype to Phenotype. Science. 2002; 296: 701-703

<sup>14</sup> Francis D. Biological Embedding of Social Factors: Epigenetic Processes and Health Inequalities. Paper presented at 13st APA Annual Meeting and Exposition; Proceedings of 136 Meeting; 2008 Oct. 25-29, San Diego, USA; APA; 2008

<sup>15</sup> Biava P.M Reprogramming of normal and cancer stem cells. Curr. Pharm.Biotechn. 2011Feb.1;12(2):145

<sup>16</sup> McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nat Neurosci. 2009 Mar;12(3):342-8

<sup>17</sup> Shavit, Y. Stress-induced immune modulation in animals: opiates and endogenous opioid peptides. In Ader, R., Felten, D., & Cohen, N. (eds.). Psychoneuroimmunology. Academic Press; 1991.

<sup>18</sup> Ader R. Felten, D., & Cohen, N. eds. Psychoneuroimmunology.: New York :Academic Press.; 1991

<sup>19</sup> Laudeslangers M.L., Ryan S.M., Drugan S.F.F et al. Coping and immune-suppression: inescapable but not escapable shock suppresses lymphocytes proliferation. Science. 1983; 221 :568-570

<sup>20</sup> Kandel E ,Dubai Y, Mayford MR The molecular and systems biology of memory. Cell. 2014 Mar 27;157(1): 163-doi/cell.2014.03.01

<sup>21</sup> Sterling P., Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fischer S Reason J. editors. Handbook of Life Sciences, cognition and Health . New York 1988 : J.Wiley and sons; p. 629-649

<sup>22</sup> Montagnier L., Aissa J., Del Giudice E., Lavalée C., Tedeschi A., Vitiello G. DNA waves and water. Journal of Physics: Conference Series 306 (2011) 012007 doi:10.1088/1742-6596/306/1/012007

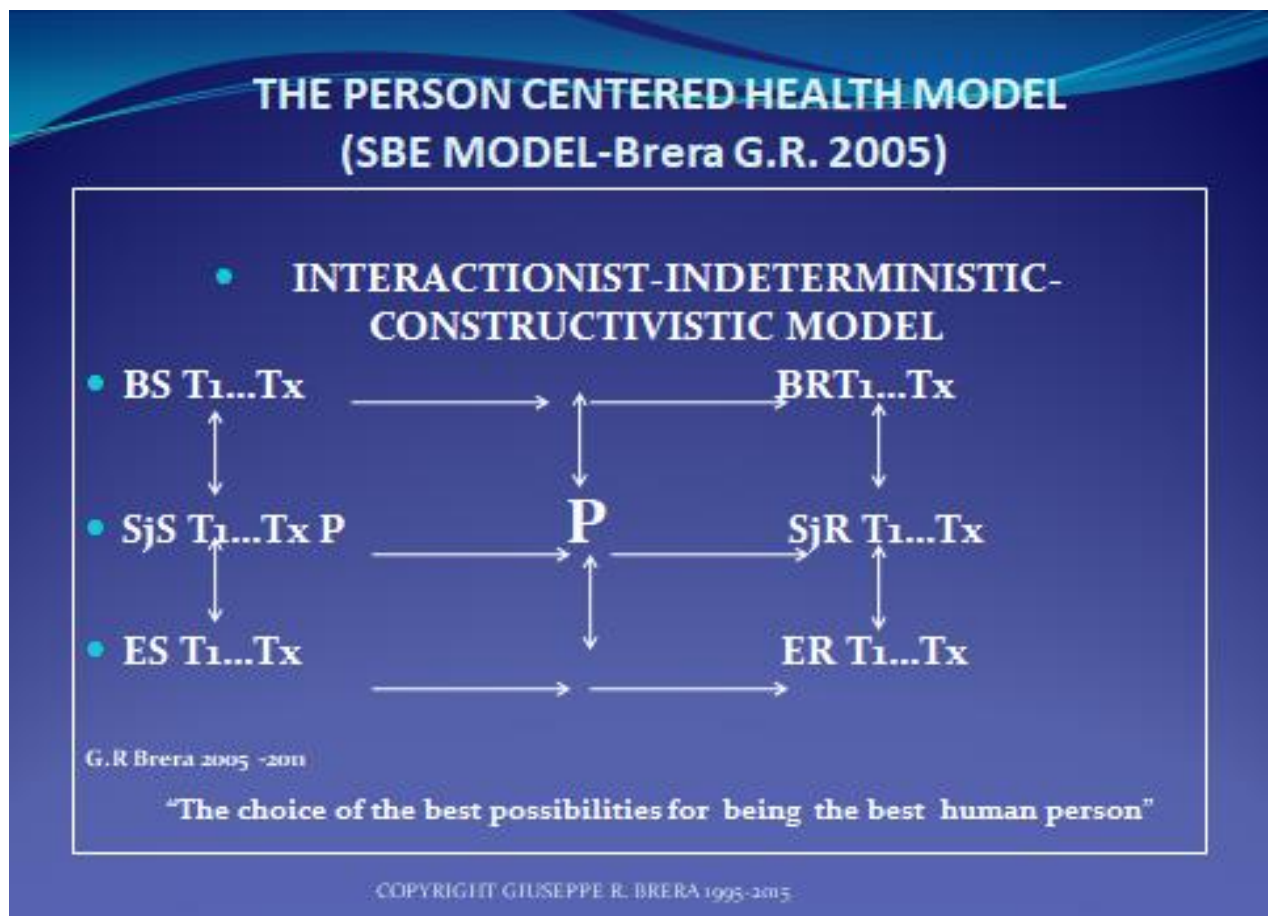
<sup>23</sup> Rein G. Effect of conscious intention on human DNA. Proceedings of the International Forum of New Sciences. October 1996 Denver.CO.USA

<sup>24</sup> Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Salman F, et al. D. Prenatal anger effects on the fetus and neonate. J Obstet Gynaecol. 2002 ; 22(3):260-6

formulated in 1996 as the psycho-neuro-endocrine-immune-based probabilistic interactionist theory is at the origin of Person-Centered Medicine.

The progress of basic and human sciences founded two main epistemological concepts: the interactions between three orders of variables belonging to subjectivity, biology, and environmental physical - relational stimuli (Fig.2) and the natural human nature teleology. It revealed the unique human possibility of making meaning through the Person's mysterious unconscious and conscious natural tendency to truth, love, beauty, and unity.

The human symbolic work of interpreting information giving a right or wrong meaning for survival, life, and health shows an analogy with the biological interpretation work made by cell membrane for answering adaptation requests. It allowed the reformulation of the health concept: "The choice of the best possibilities for being the best human persons."



**Fig 2.** The new interactionist paradigm of Medical science and the derived new concept of health

P = **the** Person, BS = Biological Stimuli; BR = Biological reactions (eg. gene expression) SjS = Subjective Stimuli( Eg: quality of coping, emotions, affects, behaviors, values); SjR = Subjective reactions

E.S. = Environmental Stimuli Educational, environmental variables (non-controlled by individuals), e.g., quality of parental care - culture- religion- natural, environmental, social, and political events;

ER = Environmental Reactions ; T<sub>1</sub>...T<sub>x</sub>= time 1...time x, x= is the unpredictability constant ;T...Tx = means the variables' assessment during the Person's different lifetimes; the arrows' direction means the variable actions on the Person and the Person actions on variables.

The variables' quality of knowledge is relative to the scientific progress, which is unpredictable because it belongs to the hypothesis generation determined by another unpredictable factor: creativity.

From: Brera G.R. Epistemology and medical science: change of the paradigm. Paper presented at the conference: Return to Hippocrates: Quality and Quantity in Medical Education. Milano, 27-28 May 2005 and in Person-Centered Medicine and the Change of the Paradigm of Health: its implications for Medical Education and Health Governance. in WHO Symposium on Person-centered Medicine and Medical Education. Geneva 4 May 2011 ©Giuseppe R.Brera 2005-2011 and in the Conference: Medical Science and Health Paradigm Change ( 13-14-15 October 2017-Milan)

*.d. The overcoming of the deterministic and mechanistic approach to medical science and the shift to an indeterministic one in the light of the theory of Relativity of biological reactions to coping possibilities<sup>25 26</sup> and quality corroborated by Genetics and Epigenetics<sup>27 28 29 30</sup>, Psycho-neuro-biology<sup>31 32 33</sup>, Psycho-neuro-endocrine-immunology<sup>34</sup> and, affect science<sup>35</sup> (fig 3)*

---

<sup>25</sup> Ibidem 24

<sup>26</sup> Brera G.R. The relativity of biological Reactions and the first Formulation of and interactionist epistemological paradigm for medical science and its application in clinical research and medical education. *Medicine, Mind and Adolescence*. 1997; Jan. 1-2: 7-15

<sup>27</sup> Willet C. Walter. Balancing Life Style and Genomic Research for Disease Prevention. *Science*. 2002; 296 :695-699

<sup>28</sup> Rees Jonathan . Complex Disease and the New Clinical Sciences. *Science*. 2002; . 296 : 698-701

<sup>29</sup> Robinson E.G., Fernald R., Clayton D. Genes and Social Behavior. *Science* 2008; 322 :896-900

<sup>30</sup> Zhang TY, Meaney MJ. Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function. *Annu Rev Psychol*. 2010; 61:439-66

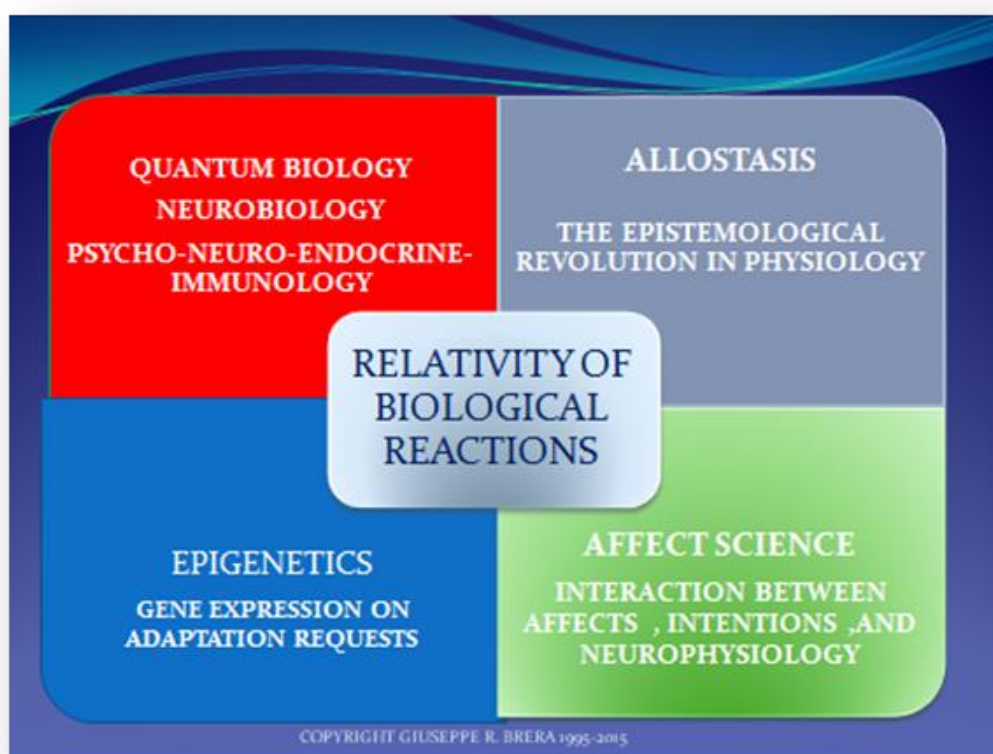
<sup>31</sup> Rossi E.L . The Psychobiology of mind-body healing. New York: Norton & Co, Inc., 1986

<sup>32</sup> Liu D., Dorio J., Tannembaum J. Maternal care, Hypocampal Glucocorticoid Receptors and Hypotalamic-Pituitary-Adrenal Responses to stress. *Science*. 1997; 277:1659-1662

<sup>33</sup> Sterling P., Eyer J. Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fischer S Reason J. editors. *Handbook of Life Sciences, cognition and Health* J.Wiley and sons; p. 629-649

<sup>34</sup> Fawzy F.L ., N.Y. Fawzy, and al. Short term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma: effect on psychological state, coping and the immune system. in C..E. Lewis, C.O'Sullivan, and J. Barraclough eds. *The Psychoimmunology of cancer* Oxford, New York, Tokio : Oxford University Press; 1994: 291-320

<sup>35</sup> Ryff C.D. and Burton H. Singer The role of emotion on pathways to positive health. In.: R.J. Davidson, K.R. Scherer & H.H. Goldsmith Eds. *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University Press; 2003 p. 1083-1997



**Fig.3 The shift of Medicine to an indeterministic paradigm**

From Brera G.R Person-Centered Medicine and the Change of the Paradigm of Health: its implications for Medical Education and Health Governance. in WHO Symposium on Person-Centered Medicine and Medical Education. Geneva 4 May 2011 ©Giuseppe R.Brera

The indeterministic paradigm shift of medical science is due to the integration of Medicine with human sciences such as cognitive psychology, psychoanalysis, counseling, and kairological hermeneutics. It allowed the building of reality from a right or wrong choice of possibilities received and created by the person, giving an anthropological structure to "Liberum arbitrium." This change can be considered a revolution of medical science, similar to the shift to quantum physics, from Newtonian determinism and mechanisms created by the supremacy of positivism (Claude Bernard) and Descartes dualism and has been theorized by the Relativity Theory of Biological Reaction (RBR)<sup>36 37</sup>. RBR was built in 1996 in the light of the fall of Selye's mechanic stress-answer biological linear causality caused by the psycho-neuro-endocrine immunology and neuro-endocrinological investigation<sup>38 39</sup>. Human health appears to be a construct related to

<sup>36</sup> Brera G.R. A Revolution for Clinical Method and Bio-Medical Research. A revolution for clinical method and biomedical research The determinate and the quality indeterminate Relativity of Biological Reactions. Milano: Università Ambrosiana;1996

<sup>37</sup> Brera G. R. The relativity of biological reactions and the first formulation of an interactionist epistemological paradigm for medical science and its application in clinical research and medical education. *Medicine, Mind and Adolescence*. 1997; 12, 1-2: 7-1

<sup>38</sup> Laudeslangers M.L., Ryan S.M., Drugan S.F.F et al. Coping and immuno suppression : inescapable but not escapable shock suppresses lymphocytes proliferation. *Science*. 1983, 221 :568-570

individual spiritual-affective-cognitive symbolic answers -impossible to animals- allowing humans to interpret the internal and external possibilities received. The answering quality is interconnected to epigenetic information to cells through biochemical and quantum signals, learned and/or memorized. The person pilots the interaction between three worlds of variables naturally addressed to look at a unitary meaning: the being a human person, according to a mysterious quest for constituting a true meaning of life. **(Fig 2)** *The sick person call for a physician's help is the personal experience of a life event belonging to existence. This possibility calls for a right or wrong meaning that empirical variables cannot explain while interacting. Relativity to this interpretation and the consequent coping and behavior to received-created possibilities quality of interpretation and choices<sup>40 41 42 43</sup> are the health construct. Health appears based on a semantic hologram posing the meaning question to the person. Decrypting the individual semantic hologram and its interaction in a patient's life is the new necessary ending point of the clinical method.*

The epistemological change in medical science brought the birth of the Person-centered Medicine paradigm (1998)<sup>44 45 46 47</sup>, the derived Person-centered Medicine Clinical method<sup>48 49</sup>,

- 
- <sup>39</sup> Liu D., Dorio J., Tannembaum J. Maternal care, Hypocampal Glucocorticoid Receptors and Hypotalamic-Pituitary -Adrenal Responses to stress. Science 1997; 277:1659-1662
- <sup>40</sup> Fawzy F.L ,Fawzy N.J., and al. Short term psychiatric intervention for patients with malignant melanoma: effect on psychological state, coping and the immune system. In: C.E. Lewis, C.O'Sullivan, and J. Barraclough eds. The Psycho-immunology of cancer. Oxford, New York, Tokio : Oxford University Press; 1994. p. 291-320
- <sup>41</sup> [McGowan P.O.](#), [Sasaki A.](#), [D'Alessio A.C.](#), [Dymov S.](#), [Labonté B.](#), [Szyf M.](#) et al Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. [Nat Neurosci.](#) 2009 Mar;12(3):342-8
- <sup>42</sup> Svensson T, Inoue M, Sawada N, Yamagishy K, Charvat H, Saito I,Kohuko Y et al. Coping strategies and risk of cardiovascular disease incidence and mortality: the Japan Public Health Center-based prospective Study.Eur.Hearth J. 201 Mar 14; 37 (11):890-9 doi: 10.1093/eurheartj/ehv72
- <sup>43</sup> Svensson T., Inoue M., Sawada N., Charvat H.O, Iwasaki M., Sasazuki S. et al. Coping strategies and cancer incidence mortality: the Japan Public Health Center-based prospective study. Cancer Epidemiol. 2016 Feb; 40: 126-33.doi10.1016/j.caneco.2015.12.003
- <sup>44</sup> Brera G.R. The manifesto of Person-centered Medicine. Medicine, Mind Adolescence ,1999; Vol. XIV, n. 1-2:3-7
- <sup>45</sup> Brera G.R. . Person-centered Medicine and Medical Education in third Millennium (with the introduction of Iosef Seifert The seven aims of Medicine it.) Roma- Pisa: IEPI ;2001 (Italian)
- <sup>46</sup> Mezzich E.J. The Geneva Conferences and the emergence of the International Network for Person-centered Medicine. Journal of Evalution of Clinical Practice 2011;17(2):333-33
- <sup>47</sup> Brera G.R. Person-centered Medicine: Theory,Teaching,Research. Int.J.Pers. Cent.Med 2011; 1 (1):69-79
- <sup>48</sup> Brera G.R. and ITFOP Education in Person-Centered Clinical Method and Perceived Quality of Person-Centered Clinical method. In : GR Brera, C. Brera G. R ,Violato C . Proceedings of the first International Symposium on New Perspectives in Medical Education; 2003 October 23-25;Assisi,Italy, p 34. DOI:10.13140/RG.2.1.3374.5447. Available from[http://www.unambro.it/html/pdf/Person Centred Clinical Method Teaching.pdf](http://www.unambro.it/html/pdf/Person_Centred_Clinical_Method_Teaching.pdf)
- <sup>49</sup> Brera G.R et al. Reliability and validity of Person-centered Medicine Clinical Method for a Person and People Centered Care: a survey on 144 clinical reports of physicians prepared to apply Person-centered Clinical Method to adolescents from the Academic Year 1997 to 2002 at the Milan School of Medicine of the University Ambrosiana . Proceedings of the Vth Geneva Conference on Person-centered Medicine . 2012 April 30-May 2 Geneva , Person-centered Medicine International Network 2012. DOI 10.13140/RG.2.1.4699.0568

and the Person-centered Health concept<sup>50</sup> that I proposed to WHO<sup>51</sup>, defined as "The choice of the best possibilities for being the best human person." It re-assesses the physicians' role, calls them for being "Person-centered Health anthropologists," and re-conceives Medicine as an "Anthropology of human nature." ***Clinicians, to date, should be able to conceive their work like "Maieutics" of the Person's individual nature. The physician's objective is to create the patient possibilities for interpreting a clinical event like an existential one, a maieutic of "the being person." It is structured on the diagnosis reformulation as "Person-centered," by looking at how the Person pilots interactions between the three health variables worlds and the disease development. It allows discovering a hidden meaning of the disease and improving the quality of life in a social and environmental context.*** Person-centered clinical work is naturally addressed to research the correct meaning of perceived possibilities. It assumes a spiritual dimension that we know to be interconnected to physiology, realizing in such a way the health definition: "The choice of the best possibilities for the best being a human person." A truth-based diagnosis about a clinical picture and the love received for own suffering corresponds to the person's research about an objective truth concerning his/her existence and desire to improve its quality by discovering the meaning of being-person in existence time. ***The Person, in this way, is not reduced to be an attribute of an abstract bio-technological diagnosis, only necessary in a survival emergency room. It requests to overcome a stimulus-answer linear causality-based diagnosis and therapy adopting a multidimensional and indeterministic one (fig. 2).***

Biotech reductionism is a risk factor for health if it excludes the right multifactorial and teleological interactionism, to date, the right epistemological reality of person-centered health and medical science in the light of the medical science progress. To date, this epistemological shift from deterministic mechanism is obligatory in primary care, prevention, research, and pre-post degree medical education. 95% of pathologies from non-communicable diseases come from a lifestyle<sup>52</sup> built on the actual or false quality of being a person depending on the right or poor quality of the interpretation of perceived possibilities, and from right or wrong choices for adaptation to environmental requests.<sup>53</sup> ***Health appears to be a construct based on a right or wrong interpretation and choices among experience possibilities. (Table 1)***

---

<sup>50</sup> Brera G.R. The Person-centered Health Paradigm and its impact on health sciences.(Internet) Research Gate 2015 DOI:10.13140/RG.2.1.2594.1925 2015-05-21 T 15:42:05 UTC. Available from <https://www.researchgate.net/publication/277010325>

<sup>51</sup> WHO Person-centered Medicine and Medical Education. (internet) Geneva : WHO Symposium; 4 May 2011. WHO Available from [http://www.unambro.it/html/pdf/All\\_Symposium\\_Education\\_People\\_Centred\\_4May2011.pdf](http://www.unambro.it/html/pdf/All_Symposium_Education_People_Centred_4May2011.pdf)

<sup>52</sup> Willet C. W., Balancing Life Style and Genomic Research for Disease Prevention. Science 2002 Apr 26; 296 (5568):695-8

<sup>53</sup> Brera G. R The adolescent as person. Person-centered adolescence theory. Medicine Mind and Adolescence 2001; XVI (1-2): 5

## HEALTH EPISTEMOLOGY

- HUMAN HEALTH IS AN **INTERACTIONIST AND INDETERMINISTIC CONCEPT** REALIZED BY THE EXPERIENCE POSSIBILITIES AND QUALITY INTERPRETATION ORIENTED BY THE HUMAN NATURE TELEONOMY TO A MEANING WARRANTING LIFE AND SURVIVAL ( E.G THE TRUTH) . IT DEPICTS HEALTH RELATIVITY TO THE PERSON. THIS PROCESS INVOLVES THE INTERACTION BETWEEN THE PERSON'S – SUBJECTIVE, BIOLOGICAL, ENVIRONMENTAL RESOURCES.
- HEALTH IS **A HERMENEUTIC AND TELEONOMIC CONCEPT DEPENDING ON AN INTERPRETATION QUALITY RELATIVITY DIAGRAM AT DIFFERENT LEVELS (EXTERNAL WORLD/ INTERNAL WORLD).**
- HUMAN HEALTH IS THE CONTINUING CONSTRUCTION OF A NEW SPIRITUAL-SYMBOLIC-BIOLOGIC WORLD DEPENDS ON **A BALANCE BETWEEN THE PERSON'S AND ENVIRONMENT INDUCTION OF PROTECTIVE OR RISK FACTORS** HEALTH IS NOT A MECHANIC ADAPTATION

**HEALTH IN HUMANS IS AN EXISTENTIAL-METAPHYSICAL**

- CONCEPT BASED ON HUMAN NATURE TELEONOMY AND BELONGS TO THE HIGHEST PERSON'S IDENTITY , BASED ON FREEDOM, DIGNITY, AND RESPECT FOR THE WEAKEST AND IS CHARACTERIZED, AS CONSTANT , BY THE MYSTERY AND POSSIBILITY OF THE PERSON'S TO GIVE A MEANING TO EXPERIENCE

COPYRIGHT GIUSEPPE R. BRERA 1995-2015

**Tab 1** Health epistemology

Communicable diseases become epidemic where there are no health policies addressed to create immune-metabolic possibilities for health, changing environmental and social conditions that could make more vulnerable to infections and transmission of diseases, and considering that peace is a necessary protective factor for health. A pandemic results from a wrong epistemological approach to human nature and Medicine based on linear causality, e.g., virus-infection-death, hiding the existence of a people immune-metabolic shield, that in more vulnerable people must be reinforced and trained.<sup>54</sup> We know that we cannot separate existence from science and health and Medical science to construct a society where health and life are possibilities for all human beings from conception to natural death!

The epistemological revolution of Medicine leading to the first explicit paradigm of medical science and health “Person-centered Medicine” allowed to formulate a general theory of pathogenesis that can be assessed as: The epistemological revolution of Medicine and medical science has allowed a new definition of pathogenesis, as a dynamic constitutive process that the speaker defined as: "*Lack of subjective strengths and resources such as psycho-neuro-biological and environmental protective factors causing a dominant action of subjective, environmental and bio -molecular risk factors, including iatrogenic ones, whether derived from natural causes or from an error in the interpretation of the possibilities of experience or from a wrong choice made or suffered, which*

<sup>54</sup> The WHO COVID-19 and countries scientific committees prevention failure, like in Italy, based on epistemological and scientific ignorance, which omitted to prevent the infection in older people at risk of fatality (secondary prevention). Why didn't they learn the 2002 SARS-COV and 2010 MERS lesson made by thousand investigations ?

*cause allostasis and choices of negative quality for health with the decrease in functionality of organs and systems "*. The first task of the doctor is to identify the interpretative processes of experience, motivations and intentions that induce protective factors and create strengths and possibilities determining a positive allostasis. This means that confining the patient within the biological pathology or the problem that fragments him is a grave error, while on the contrary the patient can find in the illness the opening to a new life since the pathology or problems are not separate from the profound motivations of his being a human person that demand an objective answer to the questions of meaning present in his soul.