

*

**ТРУДЫ
ЦЕНТРА ВИРТУАЛИСТИКИ
Выпуск 18
ТРУДЫ ЦЕНТРА ПРОФОРИЕНТАЦИИ**



Н.А.НОСОВ
ВИРТУАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ
ВИРТУАЛЬНАЯ СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ



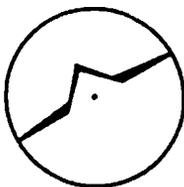
Национальный комитет по Виртуалистике
Национальное общество Виртуалистики



**ТРУДЫ
ЦЕНТРА ВИРТУАЛИСТИКИ**

Выпуск 18

ТРУДЫ ЦЕНТРА ПРОФОРИЕНТАЦИИ



**Редакционный совет: Носов Н.А. (председатель),
Волошина И.А., Яновский Р.Г., Чумаков А.Н.,
Зеленко Б.И., Ковалев Ю.А.**

Российская Академия Наук
Центр виртуалистики Института человека РАН

Министерство труда и социального развития РФ
Всероссийский научно-практический центр профессиональной
ориентации и психологической поддержки населения

Н.А.Носов

ВИРТУАЛЬНЫЙ КОНФЛИКТ
ВИРТУАЛЬНАЯ СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

Материалы II съезда Национального общества виртуалистики,
20-24 октября 2002 г., Москва

Москва
Издательство «Путь»
2002

УДК 610
ББК 58
Н 84

Центр виртуалистики благодарит ЗАО «СОМЭКС»
и ООО «Коломенское производство полиуретанов»
за оказанную поддержку

Книга издана при поддержке Российского
гуманитарного научного фонда. Проект 01-03-00076а

Н84 Носов Н.А. Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины. — М.: Путь, 2002. — 140 с. — (Тр. Центра виртуалистики. Вып 18).

В книге выражена авторская позиция. Автор вводит понятие «виртуальный конфликт», и рассматривает виртуальный конфликт в социальной сфере: сфере медицины. Показано, что заболеваемость, в частности бронхиальная астма, есть следствие социального виртуального конфликта в сфере медицины. Рассмотрены истоки конфликта, описана философия современной медицины. Предложены новые основания для построения медицины, сочетающие классические (константные) и виртуальные модели. На основании виртуального подхода предложены немедикаментозные методы лечения (аретен) бронхиальной астмы как демонстрация эффективности виртуальной медицины.

ISBN 5-93733-025-0

Адрес Центра виртуалистики: 119992, Москва, Волхонка 14, к. 202
Тел. (095) 203-01-69
E-mail nsv@ich.iph.ras.ru
<http://ich.iph.ras.ru>

WEB-дизайн — www.yans.ru
info@yans.ru

© Носов Н.А., 2002
© Михайлов А.Н., 2002
© Пронин М.А., 2002

Содержание

| | |
|--|-----------|
| ВВЕДЕНИЕ | 7 |
| 1. КОНСТАНТНАЯ МЕДИЦИНА | 10 |
| Современные медицинские представления о бронхиальной астме | 10 |
| Философский анализ медицинских представлений о бронхиальной астме | 23 |
| Систематизация концепций константной медицины | 32 |
| Бронхиальная астма: эмпиризм и рационализм | 39 |
| Эмпирические подходы | 39 |
| Атомарный подход | 39 |
| Формальный подход | 43 |
| Видовой подход | 44 |
| Индивидуальный подход | 45 |
| Рациональные подходы | 48 |
| Экстернализм | 49 |
| Интернализм | 50 |
| Типология интернальных подходов | 51 |
| ИмPLICITный и эксплицитный интернализм | 51 |
| ИмPLICITный интернализм | 51 |
| Концепция сверхсложности | 52 |
| Концепция дефициентности | 54 |
| Концепция предельности | 55 |
| Концепция генезиса | 56 |
| Эксплицитный интернализм | 57 |
| Концепция способностей | 57 |
| Концепция свойств | 58 |
| Концепция интенций | 61 |
| Концепция отношений | 62 |
| Эпистемология рациональных подходов | 64 |
| Способы предупреждения аномии | 66 |
| «Теория» и «практика» | 69 |
| Эпистемология константной медицины | 72 |
| Проблема анализа реальных случаев | 74 |
| Перспективы константной медицины | 75 |

| | |
|--|-----|
| 2. ВИРТУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА | 80 |
| Виртуалистика о бронхиальной астме | 80 |
| Модель занозы | 82 |
| Артея | 86 |
| Манифест виртуалистики | 94 |
| Случай Бориса (<i>А.И. Михайлов</i>) | 102 |
| Случай Фаины (<i>М.А. Пронин</i>) | 105 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 136 |
| Литература | 137 |
| Издания Центра виртуалистики | 139 |

ВВЕДЕНИЕ

В книге вводится понятие «виртуальный конфликт». Виртуальный конфликт – это такой конфликт, источник которого находится не в той реальности, в которой протекает сам конфликт, и он не может быть разрешен за счет средств, принадлежащих той реальности, в которой он протекает. В данной книге рассмотрен социальный конфликт на материале медицины. Этот конфликт социален в том смысле, что это не конфликт людей. Напротив, все участники конфликта могут иметь самые наилучшие намерения друг относительно друга, но результат добродетельного сотрудничества заключается в том, что больные остаются больными, а лечащие – заблуждающимися. Более того, виртуальный конфликт приводит к распространению заболеваний.

Наличие виртуального конфликта в медицине индифферентно не только намерениям его участников, но социальной системе, степени развитости медицины в стране, величине расходов на медицину и отдельного больного.

Виртуальные конфликты существуют не только в медицине. Показателем виртуального конфликта в системе производства России является тот факт, что при наличии огромного количества вакансий наблюдается огромная незанятость: люди не могут работать там и так, как предлагает государство. Население разрешает для себя эту конфликтную ситуацию за счет повышения смертности. Аналогичный конфликт в вооруженных силах: при достаточно большом числе молодых людей, желающих служить в вооруженных силах, они туда не идут. Молодые люди выходят из конфликта всеми правдами и неправдами. Яркий виртуальный конфликт наблюдается в системе образования. Чтобы этот конфликт объективно зафиксировать, достаточно иметь элементарные физические приборы: весы и часы. Взвесьте ранец школьника начальных и средних классов – он неподъемен и буквально ломает хребты школьникам (старшеклассники просто не берут учебники в школу). На часах замерьте время пребывания ученика в школе, время, необходимое для приготовления домашних заданий, время прогулок – не найдется никаких оправдывающих гигиенических показателей. Как школьники живут в этом конфликте здоровья и системы образования? Они практически все заболевают – только 10% школьников можно считать здоровыми. Больные выпускники попадают в виртуальный производственный конфликт – и подорванное здоровье приводит к летальному исходу населения.

В последнее время виртуальные конфликты становятся стержнем международных отношений.

Виртуальный конфликт интересен тем, что чем больше усилий прилагается для его разрешения, тем сильнее он становится. Нельзя заподозрить российскую медицину во враждебном отношении к школьникам. Есть система медицинских осмотров, вакцинации, набор гигиенических нормативов и т.д. и т.п., а заболеваемость все увеличивается и скоро станет поголовной. Нет противоречия между медициной и образованием. Система образования самым любящим образом относится к школьникам: есть утвержденные нормативы, программы, канукулы и т.д. и т.п. Но при всем наилучшем отношении к школьникам со стороны медицины и образования результат плачевный.

В данной книге виртуальный конфликт рассмотрен на материале медицины, точнее, даже одного медицинского феномена: бронхиальной астмы (не все медицинские школы считают бронхиальную астму самостоятельным заболеванием, самостоятельной нозологической единицей).

Наше утверждение «существуют виртуальные конфликты» не подвергает утверждения того, что существуют другие виды конфликтов. Выделяя виртуальный конфликт как такой, источник которого находится вне реальности протекания конфликта, мы утверждаем, что есть конфликты, источники которых находятся в той же реальности, в которой протекает конфликт. Конфликты второго рода, в соответствии с виртуальной терминологией, называются «константные конфликты». Константные конфликты в данной книге мы рассматривать не будем.

Специфика виртуального подхода (виртуалистика) как принадлежащего постнеклассической рациональности, заключается в том, что любые, даже самые фундаментальные научно-философские, положения непосредственно реализуются в практические действия. В этом плане виртуальный подход к бронхиальной астме как манифестации социального виртуального конфликта был бы неполноценен, если бы не был предложен практический способ разрешения конфликта, т.е. лечения бронхиальной астмы. Если в первой части книги описана природа бронхиальной астмы, то во второй части книги приводятся два случая артеи бронхиальной астмы. Специально практической работе с бронхиальной астмой на основании виртуального подхода посвящена находящаяся в печати книга А.Н. Михайлова «Артея бронхиальной астмы», которую можно рассматривать как своеобразное приложение к данной книге.

Аналогичный медицинскому психологический виртуальный конфликт нами был рассмотрен на материале ошибок летчика, точнее, происшествий посадки самолета на фюзеляж (Носов, 1990, 2000, 2001). Исследования этого рода авиационных происшествий в течение более чем 50 лет сотнями специалистами разного профиля (летчиками, медиками, психологами, физиологами, социологами, статистиками и т.д.)

не только не привели к пониманию природы этих происшествий (не говоря уже о том, что не были предложены адекватные способы борьбы с этими происшествиями), но эти происшествия, оказывается, не были даже адекватно описаны. Дело здесь, конечно, не в недобросовестности исследователей, а в философском понимании мира. Виртуальная философия дает возможность адекватного осмысления многих явлений жизни, в том числе и медицинского характера.

Я приношу извинения перед своими постоянными читателями за повторы в данной книге фрагментов предыдущих книг. Но каждый новый читатель не обязан читать все предыдущие мои книги, поэтому приходится писать так, чтобы книга представляла самостоятельное целое, что и требует воспроизводства уже опубликованного.

Современные медицинские представления о бронхиальной астме

Возьмем три книги (авторы которых являются ведущими специалистами по бронхиальной астме): одна — перевод с английского (Гершвин, 1984а) и две отечественные (Чучалин (ред.), 1997а; Каганов (ред.), 1999а), — и проанализируем тексты.

Итак, начнем с А.Г.Чучалина (1997а). В своем предисловии к книге А.Г.Чучалин (1997б) отмечает следующее.

1. Бронхиальная астма — это «одна из наиболее распространенных болезней в современном мире» (с. 4). В «России, как и в большинстве стран Европы, астма распространена среди 5% взрослого населения и более 7% детей» (с. 4). Правда, автор говорит, что в России нет надлежащей статистики. И поэтому о степени распространенности заболевания судит, как он говорит, на основании «отдельных эпидемиологических исследований, которые были выполнены по рекомендациям Европейского общества пульмонологов» (с. 4). Кто и какие исследования провел, автор не указывает, поэтому цифры 5% и 7% можно считать произвольными. Но на основании этого произвола делается вывод о большой социальной значимости проблемы бронхиальной астмы — болезнь приобретает статус одной из самых распространенных в России.

2. «Центральное место в разработке программы (борьбы с астмой. — *Н.Н.*) занимает концепция болезни... Вне зависимости от степени тяжести болезнь определяется как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей» (с. 4). Почему он так считает, он не говорит, опять делая экспертное заключение: «Нозология бронхиальной астмы основана на специфичес-

кой этиологии, патоморфологии, механизмах болезни, клинических проявлениях и методах лечения, наконец, образовательных программах и фармакоэкономических проектах» (с.4). Во всей книге в дальнейшем не приводится доказательства того, что бронхиальная астма имеет воспалительную природу и только воспалительную, и никакой другой, кроме воспалительной. Все авторы статей уже исходят из заданного представления о природе бронхиальной астмы, строя на этом представлении свои исследования и методы лечения. Таким образом, предлагаемое представление о бронхиальной астме является субъективным. Свою воспалительную модель автор противопоставляет аллергической, утверждая, что воспалительные процессы лежат в основе аллергических реакций, и, следовательно, воспалительная модель, по мнению автора, является более базисной, чем аллергическая.

Автор не без гордости утверждает, что «в национальной программе России по борьбе с бронхиальной астмой заложена концепция болезни как независимое от степени тяжести хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, относящееся к нозологическим формам патологии человека. Основным патофизиологическим проявлением является гиперреактивность дыхательных путей, и в клинической картине превалируют различные формы бронхиальной обструкции или же их сочетание» (с. 7).

Таким образом, автор строит ясную картину бронхиальной астмы: для квалификации некоторого явления в качестве бронхиальной астмы в дыхательных путях должны быть обнаружены воспалительные процессы, сопровождающиеся нарушением дыхательной функции вследствие избыточной чувствительности этих дыхательных путей. Все остальное – не астма.

Четкость теоретического представления вызывает уважение, но если бы не определенный субъективизм автора и не практика, которая показывает, что нарушение дыхания столь сложный процесс, что определить первичность воспаления дыхательных путей, а не каких-либо других органов, бывает практически очень трудно. И, действительно, все авторы книги в один голос утверждают, что в практике диагностировать бронхиальную астму, несмотря на ясность теоретического представления, очень трудно. «Несмотря на имеющиеся клинические, физиологические, иммунологические, гистологические и биохимические критерии в настоящее время не существует «золотого стандарта» для определения БА (бронхиальной астмы. – *Н.Н.*)» (Биличенко, 1997, с. 401).

Свою статью «Клиническая картина» А. Г. Чучалин начинает со слов: «Клиническая картина бронхиальной астмы характеризуется большим разнообразием» (Чучалин, 1997в, с. 357) – и далее описывает формы проявления бронхиальной астмы. Казалось бы, если известна природа бронхиальной астмы, то незачем заниматься описанием клинической картины: биохимически определили, есть ли воспалительные процессы в дыхательных путях или нет. Если есть, то снял это воспаление и вся клиническая картина исчезла, какой бы сложной она ни была. И все дела. Но автор тщательно прописывает клиническую картину, следовательно, между теоретической моделью и практикой нет однозначной связи. Если бы была точно известна природа заболевания, то было бы понятно, какую клиническую картину она порождает, т.е. не было бы сложностей с описанием картины болезни. А если есть сложности с описанием картины болезни, значит, природа заболевания неизвестна. Видимо, природа не прислушалась к экспертному мнению автора.

3. Указав на социальную значимость бронхиальной астмы (очень широко распространена) и решив теоретические вопросы о природе астмы, автор переходит к экономическим вопросам. «Важное значение в национальных программах придается экономической части. Первые исследования по прямым расходам на лечение больного бронхиальной астмой, выполненные в России, свидетельствуют о большом затратном механизме. Индивидуальные и государственные средства преимущественно тратятся на приобретение лекарственных средств. Предстоит выполнить более полный объем работ для получения объективной картины социальной значимости бронхиальной астмы.

Для достижения высоких целей национальной программы необходимо вовлечь в ее исполнение организаторов здравоохранения, страховые компании, социальные службы общества» (Чучалин, 1997б, с. 9). Другими словами, бронхиальная астма должна породить отдельную социальную сферу со своей организационной структурой, промышленностью, национальной политикой. В идеале должно возникнуть нечто вроде Министерства бронхиальной астмы.

Но непонятно, зачем это громадье планов. Если природа болезни выявлена, то надо лечить, а не создавать социальные структуры. Было бы глупо под каждую нозологическую единицу создавать свое министерство.

4. То, как автор завершает свое введение, усомневает ясность в его теоретическом представлении о бронхиальной астме. Казалось бы, если природа бронхиальной астмы определена (воспаление дыхательных путей), то понятен принцип диагностики (выявление воспаления) и понятен принцип лечения (снятие воспаления). А уж как это делать — это дело не принципа, а техники, методики. Но автор завершает научную часть своего введения следующими словами: «На сегодняшний день задача состоит в принятии концепции болезни, определении ее стадийности и доктрины лечения больных в период обострения, стратегии проведения базисной терапии» (Чучалин, 1997б, с. 9). Другими словами, работы в области бронхиальной астмы надо еще только начать: принять концепцию болезни, определить доктрину лечения, выработать стратегию лечения.

Как это ни покажется странным, но вся остальная книга к бронхиальной астме не имеет отношения, поскольку все статьи посвящены исследованию воспалительных процессов в дыхательных путях. Все авторы, принимая модель, предложенную редактором сборника, уже не обсуждают проблемы заболевания бронхиальной астмы, а исследуют воспалительные процессы у людей, признанных больными бронхиальной астмой. Если бы эти исследования имели отношение к бронхиальной астме, то выявление механизма воспалительных процессов приводило бы однозначно к разработке методов снятия этих воспалительных процессов и тем самым к выздоровлению человека. Но такого не происходит. В каждой статье фиксируются те или иные воспалительные процессы, происходящие при заболевании бронхиальной астмы. Таких аспектов бесконечное количество на уровне органа, ткани, клетки, молекул. В каждой статье на основании проведенных исследований утверждается, что исследуемый фактор влияет в той или иной мере на протекание бронхиальной астмы. Не более того! Знание этого влияния не дает средств лечения бронхиальной астмы, а в лучшем случае, дает возможность облегчить протекание бронхиальной астмы.

Задача разработки способов излечения человека от бронхиальной астмы даже не ставится.

Таким образом, все исследования бронхиальной астмы в данной книге — это описание биохимической картины болезни, не более того. Как клиническая картина болезни дает внешнее описание, ничего не говоря о природе заболевания, так описываемые в книге научные исследования тоже дают только картину, ничего не говоря о природе заболевания.

Приведем оглавление обоих томов «Бронхиальной астмы» под редакцией А.Г.Чучалина (1997а) без указания авторов, поскольку это в данном случае несущественно.

1. Морфология и цитология бронхиальной астмы.
2. Гладкомышечные клетки: внутриклеточные системы сигнализации и патологии легких.
3. Функциональное состояние кальцийрегулирующей системы у больных бронхиальной астмой и его коррекция кальцитонином.
4. Роль эозинофилов в патогенезе бронхиальной астмы.
5. Роль тромбоцитов в патогенезе бронхиальной астмы.
6. Бета-адренергическая рецепция у больных бронхиальной астмой. Механизм десенситизации.
7. Холинергические механизмы функционирования бронхолегочного аппарата и использование антихолинергических препаратов в фармакотерапии бронхообструктивного синдрома.
8. Клеточно-молекулярная организация аллергического воспаления.
9. Воспалительная природа морфологических и биохимических изменений дыхательных путей (неспецифической гиперреактивности) у больных бронхиальной астмой.
10. Физиология дыхания.
11. Физиология и патофизиология носа и околоносовых пазух.
12. Бронхиальная гиперреактивность: механизмы развития и ее изменение.
13. Клиническая картина.
14. Эпидемиология бронхиальной астмы. Бронхиальная астма. Национальный Консенсус, принятый на 5-м Национальном Конгрессе по болезням органов дыхания.
15. Бронхиальная астма: гипервентиляция и гипервентиляционный синдром.
16. Ночная астма.
17. Аспириновая астма.
18. Вирусиндуцированная бронхиальная астма.
19. Синдром реактивной дисфункции дыхательных путей, или астма вследствие химического раздражения дыхательных путей.
20. Профессиональная бронхиальная астма.
21. Астматический статус.
22. Педиатрические проблемы астмологии.
23. Бронхиальная астма и муковисцидоз – состояние проблемы.
24. Психологические аспекты бронхиальной астмы.
25. Глюкокортикоидные гормоны в лечении больных бронхиальной астмой.
26. Клиническая эффективность и механизмы противовоспалительного действия глюкокортикоидных гормонов в лечении больных бронхиальной астмой.
27. Ингаляционные глюкокортикостероиды при лечении больных бронхиальной астмой.
28. Селективные бета-2-агонисты адренергических рецепторов.
29. Теофиллины в лечении бронхиальной астмы.
30. Интал и его аналоги в лечении бронхиальной астмы.
31. Сорбционные экстракорпоральные методы лечения бронхиальной астмы.

32. Методы гравитационной хирургии крови (плазмоцитаферез) в лечении больных бронхиальной астмой. 33. Обучение больных бронхиальной астмой.

Рассмотрим теперь книгу «Бронхиальная астма у детей», изданную под редакцией С.Ю.Каганова (Каганов, 1999а), в которой «обобщены результаты многолетнего труда сотрудников Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ» (Каганов, 1999б, с. 9). Книга построена по типу «Бронхиальной астмы» под. ред. А.Г.Чучалина: в предисловии редактор задает экспертное представление о бронхиальной астме, а затем во всех остальных статьях авторы, исходя из этого представления, рассматривают связь бронхиальной астмы с различными факторами, выявляя роль этих факторов в протекании болезни и за счет регуляции этих факторов пытаются облегчить протекание болезни. Принципиальное различие между книгами заключается в том, что А.Г.Чучалин – сторонник теории воспалительной природы бронхиальной астмы, а С.Ю.Каганов – сторонник теории аллергической природы. По С.Ю.Каганову, «бронхиальная астма у детей – хроническое аллергическое (антигенспецифическое) заболевание, характеризующееся периодически возникающими приступами удушья или затруднения в результате бронхиальной обструкции» (Каганов, 1999в, с. 17).

Поскольку авторы данной книги исходят из другой модели бронхиальной астмы, нежели сторонники модели А.Г.Чучалина, они в своих статьях рассматривают другие факторы, связанные с заболеванием. Эта книга, помимо Предисловия, включает следующие главы: 1. Бронхиальная астма у детей и ее классификация. 2. Аллергический диатез и бронхиальная астма. 3. Атопическая бронхиальная астма у детей как генетически детерминированное заболевание. 4. Современные аспекты патогенеза аллергического воспаления при бронхиальной астме. 5. Роль ионов кальция в развитии аллергического воспаления при бронхиальной астме. 6. Нейропептиды и бронхиальная астма. 7. Морфологические проявления аллергического воспаления при бронхиальной астме. 8. Бронхиальная астма как экологически обусловленное заболевание. 9. Иммунологические основы бронхиальной астмы и вытекающие из них диагностические возможности. 10. Метаболические изменения при бронхиальной астме и методы лабораторной диагностики. 11. Диагностические кожные и провокационные пробы. 12. Оценка функционального состояния внешнего дыхания у детей при бронхиальной

астме. 13. Бронхиальная астма у детей раннего возраста. 14. Бронхиальная астма физического напряжения. 15. Аспириновая астма. 16. Гормонозависимая форма бронхиальной астмы и вопросы кортикостероидной терапии. 17. Бронхиальная астма и аллергический бронхит. 18. Бронхиальная астма и экзогенный аллергический альвеолит. 19. Ошибки в диагностике бронхиальной астмы у детей. 20. Препараты теофиллина при лечении детей с бронхиальной астмой. 21. Специфическая гипосенсибилизация при бронхиальной астме. 22. Санаторно-курортное лечение детей, больных бронхиальной астмой. 23. Летальные исходы при бронхиальной астме и пути их предотвращения. 24. Возрастная эволюция и исходы бронхиальной астмы.

Рассмотрим еще одну книгу, уже американских специалистов по бронхиальной астме (Гершвин, 1984а). Подход американских специалистов к бронхиальной астме тождественен подходу отечественных специалистов. Отличие заключается лишь в декларативной части: если отечественные авторы считают бронхиальную астму самостоятельным заболеванием, то американские склонны считать бронхиальную астму не самостоятельным заболеванием, а синдромом, т.е. совокупностью симптомов. «Астма... скорее является синдромом, чем определенной болезнью» (Форстер, Гершвин, 1984, с. 445). Поскольку авторы сборника не ограничены какой-либо теорией, то они рассматривают факторы, связанные с бронхиальной астмой, руководствуясь только своими предпочтениями. Вот оглавление книги.

Предисловие к русскому изданию [написанное А.Г.Чучалиным]. Предисловие [написанное М.Э.Гершвином]. Список авторов. 1. Эпидемиология бронхиальной астмы. 2. Иммунология легких. 3. Патофизиология медиаторов при бронхиальной астме. 4. Патогенетические механизмы бронхиальной астмы. 5. Синдром перераздражения дыхательных путей. 6. Морфология обструктивных процессов в воздухоносных путях. 7. Значение исследования легочной функции у больных бронхиальной астмой. 8. Дифференциальный диагноз сухих хрипов у детей. 9. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы у взрослых. 10. Рентгенология бронхиальной астмы. 11. Респираторные инфекции и бронхиальная астма. 12. Непереносимость ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и бронхиальная астма. 13. Бронхиальная астма, вызванная физической нагрузкой. 14. Загрязнение атмосферы и бронхиальная астма. 15. Профессиональная бронхиальная астма. 16. Аллергический бронхолегочный аспергиллез.

17. Проявления аллергии и умение самих пациентов ориентироваться в болезни. 18. Бронхиальная астма у детей. 19. Лечение бронхиальной астмы у взрослых. 20. Лечение астматического статуса. 21. Бронхиальная астма и беременность. 22. Наркоз при бронхиальной астме. 23. Психологические аспекты ведения больных бронхиальной астмой. Дальнейшие направления в изучении бронхиальной астмы: перспективы в ретроспективе. Тесты для самоконтроля.

Посмотрим, что дает книга по бронхиальной астме, написанная ведущими специалистами США (Гершвин, 1984а), с точки зрения ведущих специалистов России. Рассмотрим «Предисловие к русскому изданию», написанное ведущим российским специалистом по бронхиальной астме А.Г.Чучалиным.

«Как научно-практическая проблема эта болезнь (бронхиальная астма. — *И.И.*) привлекает внимание широкого круга теоретиков и практиков медицины: эпидемиологов, иммунологов, патофизиологов, терапевтов, педиатров, анестезиологов, психиатров.

Приводя эпидемиологические данные, авторы указывают, что бронхиальная астма становится одним из наиболее распространенных хронических заболеваний человека, она может возникать как в раннем детстве, так и в остальные периоды жизни. Научные прогнозы относительно дальнейшего распространения болезни не относятся к числу оптимистических. Причины, вызывающие гиперреактивность воздухоносных путей, ищут в изменениях окружающей среды, в повышении хозяйственной активности человека. Среди факторов риска бронхиальной астмы выделяют урбанизацию, химизацию быта людей, широкое и порой бесконтрольное применение лекарственных средств, вакцинаций; большое значение авторы придают респираторным инфекциям, провоцирующим возникновение и утяжеление болезни. Авторы обращают внимание читателей на генетически обусловленную предрасположенность к болезни как фактор риска, на увеличение числа людей, заболевших бронхиальной астмой, родители которых страдали той или иной формой аллергических заболеваний» (Чучалин, 1984, с. 7).

Автор перечислил семь медицинских специальностей (эпидемиологов, иммунологов, патофизиологов, терапевтов, педиатров, анестезиологов, психиатров), чье внимание привлекла бронхиальная астма. Но число семь определяется числом типов специалистов, которых привлек М.Э.Гершвин для написания книги. Абсолютно ничем это число не регламентируется. При

желании, как видно из перечисления А.Г.Чучалиным «факторов риска», в число специалистов можно привлечь химиков, социологов, генетиков, экологов и т.д. От себя можем добавить: гистологов, морфологов, урологов, отоларингологов, а также педагогов (среди учеников которых есть больные бронхиальной астмой); милиционеров, политиков, психологов, юристов и т.д. и т.п.

Привлечение тех или иных специалистов — прерогатива редактора сборника статей, в данном случае не имеющая какого-либо другого основания, кроме мнения редактора. Это означает, что природу бронхиальной астмы ищут не там, где она находится, а там, «где светлее». Очевидно, что сколько бы мы ни привлекли «специалистов», каждый может что-то сказать о бронхиальной астме. Но это означает, что каждый будет говорить не по существу, а по форме проявления бронхиальной астмы в той сфере, в какой данный человек является специалистом. В этом смысле широта привлечения специалистов является отрицательным показателем, свидетельствующим о том, что ни редактор, ни авторы не представляют себе природу бронхиальной астмы. Представим себе, что некий человек решил построить в своем доме каменную печь. Что он сделает, если будет находиться в здоровом уме и ясной памяти, т.е. знает, что такое каменная печь? Пригласит печника. А что он сделает, если ему холодно в доме, но он не имеет представления о печи? Замерзнет, заболет — пригласит эпидемиолога, иммунолога, патофизиолога, терапевта, педиатра, анестезиолога и психиатра для того, чтобы определить степень своего физического расстройства. И по-своему будет прав — он уже болен и сама по себе печка ему уже не нужна. Все специалисты ему обязательно помогут — болезнь будет протекать легче, чем без помощи специалиста, но ни один из этих специалистов не построит печку и даже не порекомендует ее строить, поскольку печка — это не средство лечения от частных болезней, это не лекарство. И по-своему они правы, поскольку человек заболел от отсутствия тепла, но само по себе никакое тепло ему уже не поможет.

Рецензируя дальше книгу, изданную под редакцией М.Э.Гершвина, А.Г.Чучалин пишет: «С особым вниманием читается раздел книги, посвященный лечению бронхиальной астмы. Авторы подробно описывают патогенетический принцип подхода к терапии болезни, различные лекарственные средства, в том числе симпатомиметики, теофиллин и его производные, кортикостероиды, останавливаясь на деталях специфического

фармакологического действия этих средств. Интересным является вопрос об интермиттирующей схеме лечения кортикостероидами. Подробно освещаются особенности лечения детей, больных бронхиальной астмой, даются практические рекомендации ведения таких больных: интересно изложен материал, посвященный астматическому статусу, его клинической картине, особенностям ведения больных (детей и взрослых), находящихся в этом крайне серьезном состоянии» (Чучалин, 1984, с. 8).

На самом деле разделов, посвященных собственно лечению бронхиальной астмы, только два из двадцати четырех: «Лечение бронхиальной астмы у взрослых» и «Лечение астматического статуса». Но и в этих разделах описывается не лечение астмы, а влияние на протекание астмы тех или иных лекарств. Как, впрочем, и все другие разделы написаны по этой же схеме: есть астматические больные, и разные специалисты рассматривают связь протекания заболевания с различными факторами при различных ситуациях: наркозе, аллергии, беременности и т.д. Обращаем внимание на то, что не описывается процедура *излечения* бронхиальной астмы.

Ситуация напоминает следующую. Представьте себе, что у вас есть право славать в аренду только один автомобиль. Этот автомобиль обеспечивает вас средствами для существования. Какова ваша стратегия как владельца? Если арендатор ездит, максимально сберегая автомобиль, то ваша задача — только текущий и капитальный ремонт согласно технике эксплуатации. А если попался бесшабашный арендатор, который «гробит» автомобиль, то вы можете выбрать одну из двух стратегий.

Первое. Разорвать договор аренды, отдать автомобиль в ремонт, чтобы вернуть его в исходное состояние и затем славать автомобиль только благоразумным арендаторам.

Второе. Постоянно ремонтировать автомобиль, поддерживая его в рабочем состоянии. При этом вы можете нанять специалистов, которые скажут вам, как состояние автомобиля связано с теми или иными факторами: изменением окружающей среды, повышением хозяйственной активности человека, урбанизацией, химизацией быта людей, широким и порой бесконтрольным применением лекарственных средств, вакцинаций; респираторными инфекциями, провоцирующими возникновение и утяжеление аварий; они обратят внимание на генетически обусловленную предрасположенность к авариям, на увеличение числа людей, попавших в дорожно-транспортные происшествия, родители которых тоже попали в аварии.

Современная медицина действует по второму способу. Конечно, он лучше, чем совсем ничего не делать. Но еще лучше действовать по первому способу. Но проблема в том, что медицина в системе «человек-автомобиль» не видит человека, точнее, уровень виртуального управления, а поэтому и вынуждена твердо придерживаться второго способа, рассматривая человека исключительно как физическое, природное тело.

Такая позиция не позволяет учитывать даже очевидные, признанные самой медициной факты. В своем предисловии в предпоследнем параграфе А.Г.Чучалин пишет: «Большой интерес может вызвать раздел, посвященный психологическим проблемам возникновения и течения бронхиальной астмы. Не секрет, что современный врач зачастую не учитывает психический статус больного, упуская, таким образом, большие возможности для успешного лечения своих пациентов. Тем интереснее приведенные в этой главе данные о теоретических и практических аспектах психологии бронхиальной астмы» (Чучалин, 1984, с. 8–9).

Раздел, «посвященный психологическим проблемам возникновения и течения бронхиальной астмы», называется «Психологические аспекты ведения больных бронхиальной астмой». Прежде всего, любопытно то, что этот раздел написан не психологами, а психiatрами, работающими даже не в психологических учреждениях, а в медицинских, т.е. можно подозревать, что они не являются специалистами в области психологии. Второе, даже в названии статьи указывается, что авторы будут заниматься не психологической природой астмы, а лишь одним из многих аспектов, а именно: психологическим, — и поэтому вряд ли объяснят, что такое бронхиальная астма. В-третьих, авторы и не претендуют на решение задачи излечения, а описывают «ведение» больных бронхиальной астмой. Действительно, в своей статье авторы демонстрируют свое незнание с психологией; под психологией авторы имеют в виду все гуманитарные (точнее, небологические) науки, и кроме того факта, что очень много небологических факторов связаны с заболеванием бронхиальной астмой, авторы ничего по существу не говорят, апеллируя к искусству врача учитывать «психологический» фактор при «ведении» бронхиального больного.

О полном бессилии медицины говорит тот факт, что в медицине бронхиальной астмы абсолютно отсутствует раздел «профилактика бронхиальной астмы». Если неизвестно, что нужно предпринимать, чтобы не было бронхиальной астмы, значит, несмотря на все успехи медицинской науки и практики, неизвестно, что такое бронхиальная астма.

Резюмируем, какова ситуация с бронхиальной астмой и с медициной бронхиальной астмы.

По мнению медиков, как российских, так и зарубежных, бронхиальной астмой в России, Западной Европе и США болеет огромное количество людей – примерно 5% взрослого населения и более 7% детей (Гершвин, 1984а; Чучалин, 1997б). По общему мнению врачей, бронхиальная астма – хроническое заболевание, т.е. человек, заболевший бронхиальной астмой, болеет, несмотря на все усилия медицины, неопределенно долго, иногда – всю жизнь (Гершвин, 1984а; Чучалин, 1997б, с. 4). Астма – одна из основных причин смерти во многих странах мира, причем часто – экономически и экологически вполне благополучных: Англия, Новая Зеландия, Германия, Франция, Дания, США; показатель смертности в последние годы колебался в разных странах от 0,15 до 3,0 на 100000 населения (Черняев и др., 1997). Более того, заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы увеличивается (Биличенко, 1997). Причем бронхиальная астма «молодеет» – все чаще наблюдают заболевание бронхиальной астмой в раннем возрасте и даже младенчестве (Биличенко, 1997). Лечение бронхиальной астмы – весьма дорогостоящее мероприятие, а учитывая распространенность заболевания в масштабах страны, непосильное для экономики нашей страны (Чучалин, 1997б). Бронхиальная астма стала национальным бедствием для многих стран: разработан международный документ «Бронхиальная астма. Глобальная стратегия, 1995», российская национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», одобренная в 1995 г. 7-м национальным конгрессом по болезням органов дыхания (Каганов, 1999б).

Но, несмотря на все усилия в мировом масштабе, предпринятые «за последние 25 лет тактика лечения бронхиальной астмы, а также общее направление решения проблемы за несколькими исключениями изменились мало», считает один из ведущих американских специалистов М.Э.Гершвин (Гершвин, 1984, с. 10). В результате больших усилий медиков удалось добиться, как считают сами медики, только двух вещей: 1) врачи пришли к более-менее одинаковому пониманию бронхиальной астмы, 2) удалось наладить производство большого количества лекарств для больных бронхиальной астмой (но лекарств не для лечения, а лишь для «ведения» больных бронхиальной астмой). Правда, эти успехи не приводят к снижению заболеваемости и смертно-

сти от бронхиальной астмы. Как пишет Т.Н.Биличенко в Заключении к своей статье «Эпидемиология бронхиальной астмы», «клиницисты и эпидемиологи имеют во многих аспектах одинаковые позиции на понимание БА (бронхиальной астмы. — *Н.И.*). Фармакологическая индустрия предлагает много лекарственных средств для ведения этих больных. К сожалению, несмотря на наличие широкого спектра лекарственных средств, заболеваемость и смертность от БА не снижается и заболевание остается такой же важной проблемой. как много лет назад» (Биличенко, 1997, с. 419).

С точки зрения здравого смысла, если лекарство не помогает при данной болезни, то это лекарство не от этой болезни. Но вместо этого пессимистического вывода, требующего пересмотра позиций на понимание бронхиальной астмы, автор делает другой, оптимистический, с его точки зрения: следует не менять лекарства и представления, а расширять сферу исследований бронхиальной астмы — включать все новые аспекты жизнедеятельности, которые, может быть, прояснят понимание бронхиальной астмы. Свою статью автор заключает такой перспективой: «Эпидемиологические исследования, основанные на стандартных методах в репрезентативных популяциях могут прояснить многие аспекты в формировании заболевания, прогнозировании его частоты и дальнейшего течения в определенных условиях. Исследования роли наследственности, окружающей среды, бронхиальной гиперреактивности, иммунологического статуса, клеточной биологии помогут улучшить диагностические критерии как клиницистам, так и эпидемиологам» (Биличенко, 1997, с. 419). Этой фразой, кстати, заканчивается первый том книги «Бронхиальная астма» под редакцией А.Г.Чучалина (Чучалин, 1997а).

Итак, суммируя ситуацию в мировой медицине бронхиальной астмы, можно сказать следующее: что такое бронхиальная астма неизвестно, как ее лечить тоже неизвестно, заболевание весьма широко распространено, заболеваемость и смертность от бронхиальной астмы, несмотря на все усилия медицины, увеличивается, что делать дальше неизвестно.

Философский анализ медлинских представлений о бронхиальной астме

Проведем философский анализ представлений о бронхиальной астме.

1. В медицине есть фундаментальные затруднения. Прежде всего обращает на себя внимание то, что прогресса в разработке проблем бронхиальной астмы в медицине нет. За последние четверть века в медицине бронхиальной астмы мало что изменилось, и это отмечают сами специалисты по бронхиальной астме (см. выше пилату из Гершвина). Чтобы убедиться в этом еще раз, достаточно сравнить текст книги 1976 г., одним из авторов которой является А. Г. Чузылин (Юрнев и др., 1976), и текст книги 1997 г., изданной под редакцией А. Г. Чузылина (Чузылин, 1997а, г) — одного из ведущих российских пульмонологов — академика Российской академии медицинских наук, председателя Всероссийского научного общества пульмонологов. Отсутствие прогресса есть показатель наличия каких-то фундаментальных затруднений в области медицины.

2. Существует ли бронхиальная астма? Существуют две точки зрения на бронхиальную астму: 1) бронхиальная астма есть самостоятельное заболевание, 2) бронхиальная астма — не самостоятельное заболевание, а лишь проявление при других заболеваниях. Одни специалисты, считая бронхиальную астму самостоятельной нозологической единицей, дают определение, что такое бронхиальная астма, выясняют механизмы этого заболевания и разрабатывают средства лечения этого заболевания. Другие специалисты, не считая бронхиальную астму самостоятельной нозологической единицей, не делают ничего этого, полагая, что бронхиальная астма — лишь основное заболевание, при этом бронхиальная астма сама исчезает. В медицине «до настоящего времени не решен кардинальный вопрос, волнующий клинициста: является ли бронхиальная астма болезнью или синдромом с различной этиологией и патогенезом» (Юрнев и др., 1976, с. 3). Таким образом, вопрос о том, является ли бронхиальная астма самостоятельным заболеванием, не решен. А этот вопрос важен не только для клиницистов, но и для людей, у которых обнару-

живают бронхиальную астму, и особенно для тех людей, у которых бронхиальную астму не диагностируют. Если неизвестно, что такое бронхиальная астма, то неизвестно, как от нее избавиться, тем более, что неизвестно – как определить, болен человек или нет бронхиальной астмой.

Сообщество пульмонологов в такой ситуации пришло к мнению, что решение об определении того, что такое бронхиальная астма, – дело совести каждого отдельного врача. «Национальный Консенсус, принятый на 5-м Национальном конгрессе по болезням органов дыхания, дающий общие представления о бронхиальной астме, заканчивается такими словами: «Данный документ имеет рекомендательный характер и не исключает иных мнений, подходов к лечению, а также предполагает дальнейший пересмотр описываемых предложений в связи с эволюцией представлений о данном заболевании» (Чучалин, 1997а, с. 429).

Перенесение решения принципиально важного вопроса в сферу личных предпочтений каждого врача означает, что у медицины нет научных оснований для решения вопроса о статусе бронхиальной астмы

Таким образом, в медицине можно зафиксировать онтологические затруднения: она не может ответить на вопрос, существует ли заболевание, называемое «бронхиальная астма».

3. Гносеологический субъективизм медицины.

Вопрос выбора позиции относительно существования бронхиальной астмы – это вопрос теоретический. В теории выделяют идеальную модель (сущность), которая может иметь разные феноменологические проявления. Например, принципиально отличаются между собой, т.е. имеют разные принципы функционирования, двигатель внутреннего сгорания и реактивный двигатель. Машины, работающие на двигателях внутреннего сгорания, могут иметь самую разную форму: автомобиль, самолет, корабль и т.д. Машины, работающие на реактивных двигателях, тоже могут иметь самую разную форму: автомобиль, самолет, корабль и т.д. При всех сходствах и разнообразии этих машин всегда есть сущностное различие в их двигательной части, по которому данная машина относится к одному или другому классу. Проблема относительно бронхиальной астмы заключается в том, что такого рода сущность (идеальная модель) до сих пор не выделена, более того, многими специалистами утверждается, что такой модели и не может быть.

Такое положение дел приводит к тому, что вопрос о возможности построения теоретической модели бронхиальной астмы решается не на научной, а на субъективной основе. С философской точки зрения вопрос построения теоретической модели есть гносеологический – вопрос возможности получения знания об этом объекте: 1) если есть объект, то есть возможность получения знания о нем и 2) в зависимости от того, какой объект будет положен как существующий, будут осуществляться различные познавательные процедуры (и соответственно лечебные).

Скажем, первоначально в медицине природа (сущность) язвенной болезни полагалась эмоциональной и называлась «невроз желудка»; были и соответствующие медицинские рекомендации по профилактике и лечению язвенной болезни. Позже, когда были обнаружены повреждения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, была принята механическая (морфологическая) модель; «невроз желудка» был переименован в «язву желудка» и «язву двенадцатиперстной кишки», неврологические профилактика и лечение были дополнены диетическими. Еще позже были обнаружены микробы, вызывающие язвы; модель болезни стала микробной, что и определило разработку соответствующих методов лечения – без неврологических, только диетические и антимикробные. В самое последнее время появилась принципиально новая модель – виртуальная, основанная на представлении психологической регуляции физиологических процессов (Юрьев, 2000).

Как мы уже отмечали, П.Н.Юренев с соавторами на третьей странице своей книги признают, что мировым сообществом врачей «до настоящего времени не решен кардинальный вопрос, волнующий клинициста: является ли бронхиальная астма болезнью или синдромом с различной этиологией и патогенезом» (Юренев и др., 1976, с. 3), а на девятой странице принимают волевое решение, что бронхиальная астма – это самостоятельное заболевание: «Занимаясь на протяжении многих лет изучением ряда вопросов клиники, патогенеза аллергического бронхоспазма, лечением больных бронхиальной астмой и располагая клиническими наблюдениями более чем за 1000 пациентами, мы пришли к выводу о необходимости выделения бронхиальной астмы (бронхолегочный аллергоз) как заболевания *sui generis*» (Юренев и др., 1976, с. 9).

Sui generis – латинское выражение, в прямом переводе означающее «своего рода», используемое для обозначения объектов своеобразных, особого рода, особых, необычных, оригиналь-

ных. Таким образом, П.Н.Юренев с соавторами считают бронхиальную астму особым заболеванием. Почему авторы пришли к такому выводу, они не говорят, но, судя по содержанию книги, да и ее названию («Бронхиальная астма»), если бы авторы не выделили бы бронхиальную астму в отдельное заболевание, то и не было бы собственно объекта для обсуждения, не было бы отдельной книги, не было бы объекта лечения, не было бы специалистов по бронхиальной астме. Получается, что бронхиальная астма выделяется авторами в особое заболевание не по медицинским основаниям, а по социальным — так удобнее авторам: для них в медицине образуется особая социальная ниша.

Далее, несмотря на существование множества различных мнений о бронхиальной астме, существование которых авторами не отрицается, они «находят» единый механизм бронхиальной астмы — инфекция: «Тщательный клинический анализ позволил нам разработать рабочую классификационную схему бронхиальной астмы с выделением двух клинических форм аллергической бронхиальной астмы: инфекционной и неинфекционной (атопической) с возможной трансформацией последней в инфекционную» (Юренев и др., 1976, с. 9). Несмотря на то, что формально авторы выделяют «две клинические формы аллергической бронхиальной астмы», по сути они одну форму сводят к другой, рассматривая неинфекционную бронхиальную астму как предзаболевание собственно бронхиальной астмой — инфекционной ее формой: «Анамнестически относительно часто заболевание имеет черты неинфекционно-аллергической формы, однако в дальнейшем, когда моноаллергическая сенсibilизация уступает место полиаллергической, чему в большей степени способствуют острые и хронические воспалительные процессы дыхательного тракта, а также терапия, астма приобретает черты инфекционной» (Юренев и др., 1976, с. 9). Получается, что бронхиальная астма имеет только одну причину — инфекция. Опять же, доказательств того, что природа бронхиальной астмы инфекционная, авторы не приводят.

4. Логические ошибки в медицине.

Таким образом, можно обнаружить несколько логических подмен объекта рассуждения в тексте книги Юренева и др. Объявив своим предметом бронхиальную астму, авторы реально рассматривают только аллергическую форму бронхиальной астмы; среди множества форм проявления бронхиальной патологии,

которые не сведены авторами в единую систему, они объявляют, что все они все-таки представляют собой единое заболевание, а не формы проявления различных заболеваний; затем, произвольно объявив несвязанный набор проявлений единым словом «бронхиальная астма», также произвольно предлагают механизм этого заболевания — инфекция.

Как только получена определенность в определении бронхиальной астмы (пусть и некорректная), становится ясно, что делать «специалистам по бронхиальной астме»: как только обнаруживаются какие-то бронхолегочные отклонения, — искать инфекцию; если она не обнаруживается, ждать, когда она появится, а затем лечить эту инфекцию. Это будет называться «диагностика и лечение бронхиальной астмы».

Дальнейший текст книги П.Н.Юренева с соавторами подтверждает это положение. В качестве диагностики в разделе «Программа обследования больных астмой» они описывают, как надо искать в организме инфекцию при бронхолегочных нарушениях, а в научной части книги описывают всевозможные связи между инфекционным заболеванием и всевозможными особенностями организма, личности больного, факторами среды и т.д. Спустя 20 лет после издания книги П.Н.Юренева, Н.И.Семеновича, А.Г.Чучалина (Юренив и др., 1976) опубликована книга под редакцией А.Г.Чучалина (Чучалин, 1997а), которая написана на тех же методологических основаниях, лишь с новыми биохимическими данными.

Поскольку авторы работают с воображаемым объектом, названным ими «бронхиальная астма», то практическая эффективность их работы не может быть высокой. Им действительно в этом плане практически нечего сказать — из более чем 150 страниц книги лишь 5 страниц посвящено описанию лечения бронхиальной астмы, а все остальное — описанию представлений авторов о воображаемом ими объекте. Отсутствие эффективных методов лечения бронхиальной астмы приводит медиков к убеждению, что бронхиальная астма — это хроническое заболевание. Основная задача лечения — не вылечить заболевание, а сделать так, чтобы «бронхиальная астма не снижала активной жизни человека, не приводила его к инвалидности» (Чучалин, 1997в, с. 399).

Я не хотел бы, чтобы вышесказанное рассматривалось как уничижительная критика позиций П.Н.Юренева с соавторами. Напротив, следует отдать должное научной дерзости и практичес-

кой смелости авторов. При полном отсутствии теоретической определенности в мировой медицине представлений о бронхиальной астме и громадной практической потребности в борьбе с бронхолегочными заболеваниями при отсутствии надежных средств лечения авторы взялись за проблему бронхиальной астмы, не оставили больных один на один со своими заболеваниями.

Логические ошибки авторов определяются не их личным алогизмом, а нерешенностью фундаментальных вопросов медицины бронхиальной астмы и практической необходимостью оказывать помощь больным со специфическими нарушениями дыхания.

5. Методологические ошибки в медицине.

Представим себе непредубежденного врача, наблюдающего множество больных с нарушениями дыхания более-менее специфического типа, который условно называется «бронхиальная астма». Что ему делать? Как показывает анализ литературы по бронхиальной астме, перед врачом стоит альтернатива, предлагающая два выхода.

Первый — разработать концепцию (идеальную модель, механизм), объясняющую такого рода дыхание и дающую направление разработки борьбы с этим заболеванием — за счет регуляции механизма, порождающего астматическое дыхание. Этот ход продуктивен тем, что делает внешнюю форму дыхания не существенным моментом для квалификации заболевания в качестве бронхиальной астмы и дает четкую определенность в определении методов лечения. Как для инженера при поломке механизма самым важным является не внешняя форма этой машины, а тип двигателя: (в рамках нашего примера) двигатель внутреннего сгорания или реактивный. Концептуальный путь выбирают те специалисты, которые решают рассматривать бронхиальную астму как самостоятельное заболевание. Непродуктивен этот путь тем, что при отсутствии мощной методологии выбор концепции регулируется субъективными предпочтениями и интуицией (даже если они и основываются на большом личном опыте практической работы).

Второй путь — это попытка выработать представление о бронхиальной астме на основе внешних форм ее проявления.

Мы предлагаем виртуалистику как мировоззрение постнеклассического типа для анализа проблемы бронхиальной астмы и разработки эффективных методов борьбы с ней. Это обосновано достаточно большой практикой работы с алкоголизмом, наркоманией, язвенной болезнью и др. «заболеваниями».

Представим ситуацию. Есть высокоразвитая инопланетная цивилизация, но не знакомая с электромагнитными колебаниями. Что такое электричество знает, а электромагнитную теорию не открыло. Другими словами, энергию и информацию передавать по проводам может, а без проводов не может. Поэтому радио и телевидение у нее есть, но только кабельные. Представим себе далее, что космическая экспедиция, пролетая мимо Земли, каким-то образом получила радиоприемник. Включили инопланетяне его в сеть и услышали голос. Поскольку представить себе, что информация может происходить извне они не могут, то считают, что голос порождается самим приемником. Они начинают наблюдать за радиоприемником. Голос со временем начинает звучать хуже: тише, появляются хрипы, шумы и т.д. Инопланетяне пытаются выяснить, почему происходит ухудшение. Они разбирают радиоприемник «по косточкам»: выясняют физико-химические свойства каждого элемента, выясняют степень влияния каждого типа повреждения каждого из компонентов радиоприемника на слышимость и частоту голоса. Глубину своего исследования они доводят до уровня молекул и атомов. Выясняют роль внешних обстоятельств на голос: укрывают металлом, по-разному размещают относительно движения своего корабля и т.д. Для улучшения качества регулирования голоса и углубления степени научности исследования они разрабатывают классификацию звука: по громкости, голос-музыка, частота голоса и т.д.

Понятно, что инопланетяне могут исследовать только ухудшение звука и компенсировать это ухудшение и что сколько бы инопланетяне ни проводили исследований, источник звука в радиоприемнике они не обнаружат. Причем предела исследований нет конца – они могут продолжаться бесконечно долго, умножая знания о веществе радиоприемника.

Удивительно, но похожие истории были в истории Земли.

В XVII в. В.Гильберт в процессе исследования магнетизма пришел к выводу, что планеты можно рассматривать как магниты. Это было принципиально новой идеей. До В.Гильберта человечество знало только один тип физического взаимодействия тел – через соударение. Считалось, что взаимодействие посредством немеханического контакта могут осуществлять только божественные силы (ангелы и творец), а человек и объекты физической природы могут взаимодействовать только посредством непосредственного механического взаимодействия. В.Гильберт таким образом ввел в картину физического мира явления магне-

тизма, хотя это противоречило всему существующему научному мировоззрению. Другими словами, В. Гильберт стал считать то, что было для научного мировоззрения XVII в. трансцендентным (немеханическое взаимодействие), одним из типов физических явлений. Если бы он это не сделал, то физическая наука просто осталась бы, исключив магнетизм из сферы своих интересов.

В XIX в. Максвелл, изучая электричество, ввел в научную картину мира совершенно невообразимую идею – будто бы некие силы, в данном случае электрические, могут существовать без физического носителя этих сил, т.е. после устранения породивших электричество зарядов. С точки зрения мировоззрения XIX в. таким качеством обладают только бестелесные ангелы, т.е. получается, что Максвелл ввел в научную картину мира ангелов и описал законы, которые управляют поведением ангелов. Натурализовав представление о силах, существующих независимо от породивших их материальных тел, Максвелл ввел представление об электрическом поле, которое впоследствии стало считаться таким же физическим природным явлением, как и электрические заряды, и вода, и камни, и другие физические объекты. Если бы Максвелл не сделал это, мы бы до сих пор сидели без электричества.

История физики есть фактически история кардинальных смен картин мира (Степин, 2000). История медицины в этом смысле застыла, точнее, она идет в хвосте физики, с отставанием во времени, признавая только то, что признает в качестве природной реальности физика. Физика уже в 60-е годы XX в. признала виртуальный тип взаимодействия, значит, медицина в скором времени тоже признает этот тип взаимодействия. Но если бы медицина обладала бы такой же мощной философией, как физика, то она бы значительно раньше физики открыла бы виртуальность (и много еще чего) и была бы наукой-лидером, что имело бы и большой практический эффект.

Физики за последние 300 лет постоянно меняют свои мировоззренческие основания. Медицина не сменила свои мировоззренческие основания. И хотя опыт, практика бронхиальной астмы говорят о необходимости смены философии, типа мышления, медики этого не делают. Отсюда и возникли две медицины: традиционная и нетрадиционная, находящиеся в антагонистических отношениях. Медики почему-то считают, что поскольку «вещественная» медицина эффективна в некоторых областях (там, где источник заболевания является вещественным: вирусы, переохлаждение и т.п.), то эта медицина будет всегда эффективна.

Проблема бронхиальной астмы лежит глубже медицины, она лежит в философии. Медицина, отделившись в Новое время от философии, сохранила тип философии, который теперь принято называть «классическим» (Лекторский, 1999; Степин, 2000 и др.). Но философия и наука в целом с тех пор продвинулись далеко вперед, а медицина (по крайней мере медицина бронхиальной астмы) осталась на уровне XVI века. Рассмотрим некоторые философские проблемы, непосредственно касающиеся бронхиальной астмы. Здесь мы воспользуемся нашими разработками философских вопросов, проделанными в книге «Не-виртуалистика» (Носов, 2000) – фактически воспроизведем эту книгу в виде, адаптированном для медицины бронхиальной астмы.

Систематизация концепций константной медицины

Эта глава пропедевтическая. Она – о способах неvirtуальной эпистемологии. Она предназначена для осознания внешней по отношению к виртуалистике позиции, для разграничения виртуальной и неvirtуальной парадигм. Речь идет о паралигме, а не о названиях – не все, что называют виртуальным, относится к виртуальной парадигме. С виртуалистикой можно познакомиться по изданиям Центра виртуалистики.

Эпистемология рассматривается нами как философская дисциплина, занимающаяся знаниями (в отличие от других философских дисциплин – онтологии, методологии, этики и т.д.). В этой главе рассматриваются не проблемы знания вообще, а одна из частных эпистемологических проблем – знание, которым обладает ученый, причем имеется в виду исходное знание, знание, на котором базируется научная картина мира данного ученого: его онтология, методология, гносеология и т.д. Другими словами, анализируется позиция ученого, выраженная во фразе: «Я знаю, что существует...». Это «я знаю» и есть предмет данной главы.

Эпистемологическая позиция ученого определяет тип теоретической модели (теоретического знания), которую примет для себя ученый, теоретические, экспериментальные и эмпирические методы его работы, а также тип практических выводов. Поскольку эпистемология относится к философскому, всеобщему уровню мировоззрения, то эпистемологические позиции индифферентны не только конкретному материалу (бронхиальная астма, социальная безопасность, международные конфликты и т.д.), но типам научных дисциплин: медицина, физика, биология, психология, социология, педагогика и т.д. В данной главе эпистемология рассмотрена на материале бронхиальной астмы.

Виртуалистику как тип парадигмы можно отнести, по В.С.Степину, к постнеклассической науке. В.С.Степин в развитии европейской науки выделяет три этапа: классическая наука (XVII – первая половина XIX вв.), постклассическая (конец XIX – середина XX вв.) и постнеклассическая (с последней трети XX в.). «Классический тип рациональности центрирует внимание только на объекте и выносит за скобки все, что относится к субъекту и средствам деятельности. Для неклассической рациональности характерна идея относительности объекта к средствам и операциям деятельности; экспликация этих средств и операций выступает условием получения истинного знания об объекте. Наконец, постнеклассическая рациональность учитыв-

вае соотносительность знаний об объекте не только со средствами, но и с ценностно-целевыми структурами деятельности» (Степин, 1989, с. 18). На третьем этапе «в онтологической составляющей философских оснований науки начинает доминировать «категориальная матрица», обеспечивающая понимание и познание развивающихся объектов. Возникает новое понимание категорий пространства и времени (учет исторического времени системы, иерархии пространственно-временных форм), категорий возможности и действительности (идея множественности потенциально возможных линий развития в точках бифуркаций), категориям детерминации (предшествующая история определяет избирательное реагирование системы на внешние действия) и др.» (Степин, 1989, с. 18). В.С.Степин строит историю рациональности как историю смены субъект-объектных отношений, опосредствованных средствами познания, но отмечает, что на третьем этапе возникает конструктивное отношение к самому познанию (Степин, 2000). В этом смысле категории объекта и субъекта теряют свой абсолютный смысл, поскольку в зависимости от ценностных и целевых установок исследователя могут конструироваться тем или иным образом, т.е. становятся элементами познавательной-конструкторской системы.

Виртуальная реконструкция истории европейской рациональности выглядит следующим образом.

Еще в свое время древними греками было «обнаружено», что человек действует, переживая свои и чужие поступки, упрямая или уговаривая кого-то, сам поддаваясь на уговоры и соблазны, строя и меняя планы и стремясь к чему-то, природа же — беспристрастна (глуха к страданиям), неумолима и циклична. В результате философской рационализации этим двум типам «поведения» был придан онтологический статус, т.е. статус самостоятельно существующих реальностей, не сводимых друг к другу, не объясняемых друг через друга: фюзис (пассивное, законосообразное, естественное, физическое и т.д.) и псυχэ (активное, спонтанное, искусственное, духовное и т.д.). Категориальная оппозиция «фюзис-псυχэ» стала неотъемлемой чертой европейской рациональности, принимая самые разные имена: тело-душа, физическое-психическое, материя-сознание, объект-субъект, чувственный-разумный, телесный-мыслительный, реальный-идеальный, реальный-номинальный и т.п.

Сама по себе фиксация двух типов реальности — активной, свободной и пассивной, законосообразной — еще не приводит к проблеме: человек просто в соответствии со своими ценностно-целевыми установками придает одному кругу явлений один ста-

тус, а другому — другой, и в соответствии с этим распределением поступает: законосообразные явления учитывает, свободные — преобразует. Категоризация в качестве одного или другого есть лишь фиксация возможности (невозможности) или желания (нежелания) человека управлять явлением. Проблемность же возникает при рассмотрении явлений в абсолютном смысле, безотносительно к «точке зрения наблюдателя», т.е. к его задачам относительно этого явления. Примеры абсолютных вопросов: психика активна или пассивна, что чем определяется — биологическое социальным или наоборот? Так возникают категориальные проблемы: психофизическая, психофизиологическая, биосоциальная и т.д. На самом деле категориальные проблемы-парадоксы такого типа есть свидетельство личных затруднений мыслителя (его мыслительных затруднений). Например, для Декарта таким затруднением была психофизиологическая проблема. Философской целью Декарта было построение единой механической картины мира, но при признании существования в человеке и «физиологического», и «психического». В результате попытки объединения «физиологического» и «психического» в рамках механической картины мира он, в качестве образа человека, получил механическую машину. Для Аристотеля психофизиологической проблемы не существовало, поскольку и душа, и тело относились к одной действительности — природной (душа есть форма, а тело — материя). Но если Декарт подходил к человеку с механистической точки зрения, то Аристотель — с политической, что обернулось для него соответствующей проблемой: психополитической.

Раб, по Аристотелю, не человек, а говорящее орудие, ибо он не «животное политическое», но, с другой стороны, раб есть человек по своему естеству. Так как в таком случае к нему относиться, задается вопросом Аристотель, возможна ли для настоящего человека дружба с рабом? И отвечает: «... как с рабом дружба с ним невозможна, но как с человеком возможна» (Никомахова этика, IX, 13(XI), 1161b,5-10). Очевидно, что совестливый рабовладелец остался в трудном положении.

Современная европейская рациональность предоставляет два выхода из категориального парадокса. Первый выход — не входить в него. Для Аристотеля не существовало психофизиологической проблемы, а для Декарта — психополитической. Второй выход — элиминировать одну из реальностей. Например, Ф.Энгельс в рассуждении о возможности любви в капиталистичес-

ком обществе, т.е. при размышлении о психоэкономической проблеме, приходит к выводу о необходимости ликвидации частной собственности, т.е. экономической реальности как препятствия для осуществления любви. «Полная свобода при заключении браков может, таким образом, стать общим достоянием только после того, как уничтожение капиталистического производства и созданных им отношений собственности устранил громадное влияние на выбор супруга. Тогда уже не останется больше никакого другого мотива, кроме взаимной склонности» (К.Маркс, Ф.Энгельс. Соч., с. 84).

Гносеологическим вариантом онтологической категориальной оппозиции «фюзис — псюхэ» является категориальная оппозиция «сущность — явление». В соответствии с этой оппозицией все делится на сущность, которая существует вечно, и явление — то, что является. Явление есть порождение сущности, поэтому самостоятельным статусом существования не обладает, т.е. не существует. За любым явлением европеец ищет сущность, которую считает причиной возникновения явления. Из такого представления, так же как и из категориальной оппозиции «тело — душа», вытекает представление о реальном как об одноуровневом однородном образовании. Одноуровневом — потому, что, сколько бы ни было видимых уровней, все они сводятся к конечной «реально существующей сущности».

Одним из примеров такого рода мировоззрений является атомизм, т.е. утверждение, что все состоит из атомов. Это означает, что статусом существования обладают только атомы, а все остальное есть порождение атомарных взаимодействий, т.е. суть явления, не имеющие статуса существования.

Для европейской философии свойственно сводить мир к одной какой-либо онтологической реальности: атомы, энергия, психика, дух, экономика и т.п. Для современного европейца непостижимо полагание двух реальностей, поэтому для него проблематичен вопрос о существовании психики (души) у человека. Он склонен рассматривать психические события как проявление активности тела, а тело — как проявление активности белковых молекул, а белковые молекулы — как проявление активности атомов, а атомы — как проявление активности элементарных частиц, а элементарные частицы для него — это то, что реально существует и активно по своей природе.

В этой «простой» фразе по крайней мере пять фундаментальных импликаций: категория реальности, категория существования, категория активности, категория имманентности,

категория природы. Другими словами, сведение к простому оказалось сведением к еще более сложному, а поэтому не является ответом на поставленный вопрос о душе.

Редукционистской методологией (сведение к низшему) соответствует категоризация типа причинности в категориальной оппозиции «причина-следствие». Эта категориальная оппозиция предполагает, что и причина, и следствие принадлежат одной и той же реальности: физическое является причиной физического, химическое — причиной химического, биологическое — причиной биологического и т.д. Если кто-то утверждает в рамках классической философии, что физическое является причиной биологического, то он фактически, если быть последовательным философом, утверждает (в соответствии с категориальной оппозицией «сущность-явление»), что биологического онтологически нет, что биологическое есть проявление физического. Если же кто-то утверждает, что причиной является фактор, находящийся в более высокой реальности, то это уже *трансцендентализм*, уже не научное, с точки зрения классической философии и науки, мировоззрение, а теологическое.

Европейская философия, строящаяся на субъект-объектной модели, в принципе не может решить ею же поставленный вопрос: что есть человек? Вопрос этот в рамках европейского менталитета неразрешим, поскольку он внутренне противоречив — в самом вопросе уже утверждается, что человек не есть то, что он есть, а есть нечто другое. Это «другое», уже не человеческое, европейская философия ищет уже более двух тысяч лет. В силу этого и невозможна европейская философия человека и европейская медицина (а также и психология, и социология, и педагогика и т.д.), точнее, возможны лишь в тех рамках, где человек поставлен в условия, вынуждающие его вести себя как объект — неодушевленный предмет. Например, результаты бихевиоризма осмысленны, только если считать человека тождественным крысе, т.е. если представить человека как стимульно-реактивный механический аппарат. Поскольку нет ответа на вопрос, что такое человек, то в медицине невозможно ответить на вопрос «что есть заболевание?».

Итак, в современной европейской рациональности считается, что если нечто существует, то существует вечно; актуально существующего нет, оно эфемерно, иллюзорно, феноменально.

Европейская рациональность пыталась решить проблему актуальности, вводя категориальную оппозицию «актуальное — потенциальное». Актуальное — это проявление потенциального; потенциальное — это то, что содержится в уже существующем, но

еще не возникло. Но эта позиция порождает новые противоречия: все будущее уже содержится в существующем и лишь со временем проявляется. Но если уже содержится, значит, существует в особой, потенциальной форме, а значит, порождения не происходит. Все попытки работать с актуально существующим в рамках европейской философии нельзя считать успешными.

Восточная философия строится не на субъект-объектных отношениях. Она признает идею полионтичности – множественности существующих онтологически равноправных реальностей, но все эти реальности объективизированы, т.е. признаются существующими в абсолютном смысле. Абсолютная объективизация допустима лишь в религиозных системах, поэтому то, что называется «восточной философией», – это философо-религия, на основе которой невозможно построение науки, так как наука требует объективизации, независимости знаний. Восток так и не породил собственной науки, т.е. науки, построенной на полионтизме (Носов, 2001).

Виртуалистика есть парадигма полионтичная, но не абсолютизирующая реальности, поэтому на основе виртуалистики возможно построение наук о человеке, а также вообще – об объектах, не существующих в абсолютном смысле, т.е. развивающихся, уникальных, временных и т.п. В виртуалистике реальность разделяется на два типа, существующие друг относительно друга: константную и виртуальную. Парадигмы классической и неклассической рациональности применимы к константной реальности, точнее, к тем объектам, которые представлены в своем существовании в виде константных образований.

Константная медицина занимается изучением свойств органов и отдельных систем организма. Модель константной медицины двухуровневая: есть орган (система), обладающий адаптивными (саморегулирующими) свойствами. Второй уровень, уровень саморегуляции, не принадлежит актуальной ситуации функционирования (существования) органа, он принадлежит реальности биологического вида (схема 1). Виртуальная медицина полагает, что есть как минимум два разнородных пласта (реальности) в человеке: собственно биологическое тело и виртуальное тело – система небιологической регуляции биологического тела. Виртуальная медицина занимается изучением виртуального тела как системы отражения состояния биологического тела, интеграции биологических органов и систем в единое целое и виртуального управления отдельными органами как элементами единого целого (биологического и виртуального), называемого «человек». Модель виртуальной медицины трехуров-

невая: орган существует в актуальной ситуации, система саморегуляции – в реальности вида, виртуальное тело (виртуальное управление) – в реальности целостного даже не организма, а человека (схема 2).

С точки зрения периодизации истории науки В.С.Степина, можно сказать, что современная научная медицина находится на этапе, характерном для классической науки, даже еще не перешла на неклассический этап, т.е. отстала от развитых разделов науки на 300 лет.

В данной главе описывается константная медицина на материале исследований бронхиальной астмы. Для иллюстрации эпистемологии константной философии можно взять любой материал (неврозы, мышление, социальные эффекты и т.д.). Константная психология ошибок описана в книге «Не-виртуалистика». Следует отметить, что характеристика «константная» не означает негативной оценки. Это не оценочная категория. Константная медицина адекватна константным реальностям (и неадекватна виртуальным реальностям); виртуальная медицина приложима и к виртуальным реальностям, и к константным – в силу включения в свои модели и константных, и виртуальных реальностей. (Даже сам внешний вид схемы 2 говорит о том, что виртуальная психология больше соответствует антропному принципу, если применять его в медицине.)

Схема 1. Константная медицина

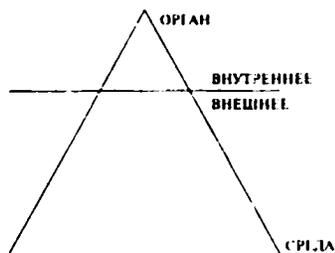


Схема 2. Виртуальная медицина



Бронхиальная астма: эмпиризм и рационализм

В данной работе впервые делается попытка *систематизации* подходов к бронхиальной астме — *представлений* о том, что такое бронхиальная астма и что с ней надо делать. В существующих, достаточно многочисленных, работах по бронхиальной астме задача систематизации представлений (философий) не ставится и делающиеся авторами этих работ обзоры носят фрагментарный и в значительной мере субъективный характер. Мы же предлагаем *систему* классификации философии бронхиальной астмы.

Разрабатывая данную систематизацию, мы хотели не перечислять все, что имеется важного по проблеме бронхиальной астмы, как это обычно делается, а выделить эпистемологические *типы*, и каждый из них лишь проиллюстрировать одной-двумя, на наш взгляд, наиболее типичными работами, в которых данный тип эпистемологии представлен в наиболее чистом виде. Поэтому данный обзор не претендует на расстановку работ по их значимости, на то, чтобы указать все существенные работы в интересующем нас плане.

На первом шаге анализа работ, касающихся бронхиальной астмы, следует различить два принципиально разных подхода: эмпирический и рациональный. При эмпирическом подходе исследователь исходит из наблюдения (практики) фактов нарушения дыхания. При рациональном подходе исследователь имеет представление (концепцию) о природе нарушений и строит свое исследование и превентивные процедуры, исходя из этой концепции.

Эмпирические подходы

АТОМАРНЫЙ ПОДХОД

В зависимости от способа расчленения наблюдаемых явлений в эмпирическом подходе могут быть выделены две ориентации: «атомарная» и «молярная». В основе атомарного подхода лежат процедуры расчленения на предельные, далее не разлагаемые, независимые друг от друга элементы. В основе молярного подхода лежат процедуры расчленения на достаточно крупные, сложные по своему составу части.

Возникновение атомарного подхода связано со стремлением найти исходные, предельные элементы («атомы») системы и выявить законы их функционирования (дисфункционирования). Основные идеи атомарного подхода заключаются в том, что элемент имеет определенную, *внутренне* присущую ему вероятность неправильного срабатывания (дисфункционирования) и что знание природы функционирования элементов позволяет судить о функционировании в целом всей системы.

Что делают сторонники атомарного подхода в медицине бронхиальной астмы? Они максимально подробно описывают дыхательную систему и все, что к ней имеет отношение, и затем изучают выделенные элементы, полагая, что из этой совокупности знаний впоследствии можно будет построить картину бронхиальной астмы: ее природы, причины, а отсюда – и методов лечения, поскольку методами лечения будут методы нормализации нарушенного функционирования этих элементов. Иллюстрацией атомарного подхода является позиция А.Г.Чучалина – редактора двухтомника «Бронхиальная астма» (Чучалин, 1997а, г). Большая часть книги посвящена описанию физиологии, морфологии, цитологии, биохимии организма, страдающего бронхиальной астмой. Задача авторов – изучить все, что только можно. Авторы раскладывают дыхательную систему на множество отдельных элементов, каждый из которых изучается отдельно, независимо от функционирования всех остальных элементов и системы в целом. Например, вот только некоторые объекты исследований, взятые из первой статьи этого сборника «Морфология и цитология бронхиальной астмы» (Черняев и др., 1997): слизистая оболочка бронхов, эпителий, эффекторные клетки, тучные клетки, эозинофилы, нейтрофилы, пластика слизистой, бронхиальное кровообращение, гладкие мышцы, легочное сердце, физическое напряжение при бронхиальной астме, аспириновая бронхиальная астма, лимфоциты, белки, мочевины и много других. Причем все эти элементы можно изучать разными методами при разных состояниях больного.

Непредвзятый взгляд на такого рода исследования создает впечатление, что выбор объекта исследования определяется не его специфическим значением для возникновения и лечения бронхиальной астмы, а специализацией исследователя – что он умеет изучать независимо от бронхиальной астмы, то он и изучает при бронхиальной астме. Другими словами, совершается методологическая подмена: изучается не бронхиальная астма (её

причины и механизмы), а некоторые параметры организма *в условиях* протекания бронхиальной астмы в организме, т.е. объектом анализа являются явления, совершенно не связанные по своей природе с бронхиальной астмой и даже, может быть, не являющиеся непосредственно связанными с бронхиальной астмой.

Вторая методологическая особенность такого рода исследований заключается в том, что бронхиальная астма берется как *исходное неустраняемое обстоятельство*, при наличии которого происходят те или иные процессы в организме, которые, собственно, и являются объектом интереса медиков. Иначе говоря, при атомарном подходе бронхиальная астма берется как особое, но естественное состояние организма, меняющее его (организма) функционирование; при таком отношении к статусу бронхиальной астмы задача излечения даже не может быть поставлена. Вот что пишет А.Л.Черняев с соавторами в заключении аналитической части своей статьи: «У больных БА (бронхиальной астмой. — Н.Н.) при наиболее выраженных симптомах выявляется классическое воспаление в бронхиальном дереве: деструкция ткани, повышенная сосудистая проницаемость сочетается с отеком и притоком эффекторных клеток воспаления. Повреждение эпителия может быть инициальным моментом или конечной стадией стимула для повышения бронхиальной гиперчувствительности. Когда, почему и как процесс в бронхах при БА преобразуется в воспалительную реакцию с интенсивной эозинофилией, гиперсекрецией слизи и отеком, хорошо известно и обнаруживается на аутопсии. Очень важное значение имеет изучение морфологии бронхиальных биопсий больных БА в межприступный период. Показано, что воспалительные изменения выявляются даже на самых ранних этапах заболевания. Воспалительный ответ протекает с изменением самих эффекторных клеток и сосудов. В настоящее время накапливаются многочисленные данные о стимулах, приводящих к развитию воспалительной реакции на территории бронхиальной стенки» (Черняев и др., 1997, с. 29). Как видим, авторы интересуются важными, но очень частными вопросами функционирования организма при заболевании бронхиальной астмой. Таких частных вопросов может быть бесконечное количество. Вопрос об излечении даже не ставится, но видятся хорошие перспективы в дальнейшем накоплении частных данных: «В настоящее время накапливаются многочисленные данные о стимулах, приводящих к развитию воспалительной реакции на территории бронхиальной стенки» (там же).

«Частным» взглядом на бронхиальную астму и определяется основная задача медицины бронхиальной астмы – не излечение, а «ведение» больного на протяжении всей его жизни и облегчение протекания болезни, т.е. тяжести проявления бронхиальной астмы. «На основании многолетнего опыта мы выработали определенную тактику ведения больных астмой» (Юренев и др., 1976, с. 148). «Лечебные программы, как показывает опыт последних лет, успешно осуществляются, если они основаны на степени тяжести болезни. Принципиально выделяют три степени тяжести бронхиальной астмы: легкую, среднюю и тяжелую, при некоторых модификациях выделяют персистирующие и интермиттирующие стадии болезни. Часто возникает недопонимание в определении тяжести бронхиальной астмы как болезни и клинической оценке степени тяжести обострения. Когда говорится о базисной и поддерживающей симптоматической терапии, то имеется в виду возможность перевести тяжелую астму в среднетяжелую, а в последующем – в легкую и обеспечить стабильную и длительную ремиссию. У тех больных, которые наблюдаются врачами по поводу обострения, речь может идти о купировании обострения и переводе больных на базисное лечение» (Чучалин, 1997б, с.7).

Что касается проблемы соотношения части и целого, то можно сказать следующее.

Первое. Расчленять систему можно до бесконечности и бесконечно долго ее изучать, поэтому в философии атомарного подхода нет идеи завершенности – когда надо прекратить исследования, какие результаты ожидаются, какое практическое и теоретическое значение для бронхиальной астмы имеют эти исследования? Атомарный подход – это реализация новоевропейского идеала науки, представлявшейся как бесконечное и неограниченное познание. И если по отношению к науке в целом этот идеал был когда-то оправдан, то относительно частной задачи (излечение бронхиальной астмы) он полностью неоправдан. Тем более, что современная постнеклассическая философия не позволяет так строить исследовательские программы.

Второе. Уже давно осознанно, что целое – это не совокупность частей, поэтому знание частного не является знанием о целом.

Атомарный подход – типичный редукционизм.

Таким образом, эпистемологической характеристикой атомарного подхода является «атомизм» – полагание возможности разделить целое на совокупность независимых элементов, но

само по себе требование тщательного анализа всех компонентов системы является положительной его чертой и может дать положительные результаты.

При молярном подходе предметом анализа является не атом сам по себе, а связь, взаимосвязь факторов, их отношение. Существует два подхода к анализу отношений: формальный и содержательный.

ФОРМАЛЬНЫЙ ПОХОД

Формальный подход в исследовании отношений факторов пытается выяснить распределение заболевания по различным шкалам: годы, возраст человека, страна и в зависимости от каких-либо факторов: профессиональных, экологических, экономических и т.д. Это то, что в медицине называется «эпидемиологией».

Д.Файф и Ф.Е.Спейзер в статье «Эпидемиология бронхиальной астмы», в частности, пишут: «... есть доказательства, что бронхиальная астма часто обнаруживается в семьях, где уже имеются больные респираторными заболеваниями. Относительный риск возникновения бронхиальной астмы у детей прямо связан с частотой выявления респираторных заболеваний у родителей. Среди семей, в которых взрослые болеют бронхиальной астмой, отмечено в 5 раз более частое появление болезни у детей. В ряде исследований высказывается предположение, что по крайней мере некоторые из этих случаев связаны с генетической предрасположенностью так же, как и с воздействием окружающей среды» (Файф, Спейзер, 1984, с. 22).

Конечно, хорошо знать критический фактор, но из этого знания не вытекает специфических мер борьбы с заболеванием, поскольку причина не выявлена, а потому в практических рекомендациях в лучшем случае советуется: повысить внимание к критическому фактору, облегчить жизнедеятельность в критической ситуации и т.п., и, наконец, просто избавиться от критического фактора, например, поменять место жительства. Те же Д.Файф и Ф.Е.Спейзер, проанализировав семейную и генетическую предрасположенность как факторы риска возникновения бронхиальной астмы, пишут как результат своих исследований: «Многие из перечисленных факторов риска могут воздействовать на больного одновременно. Таким образом, выделяя важность какого-либо наиболее очевидного фактора, необходимо учитывать все остальные. Ни одно исследование какого бы

то ни было объема не в состоянии адекватно контролировать все потенциальные факторы риска. Врачи, зная о природе их комплексного воздействия, могут дать своим больным только приблизительную информацию о каждом факторе» (Файф, Спейзер, 1984, с. 23).

Итак, эпистемологической характеристикой формального подхода является «формализм», принципиальное игнорирование содержательной стороны событий, зато этот подход иногда позволяет найти из всех учтенных факторов тот, который наиболее часто сопровождает заболевание.

Содержательный подход, в свою очередь, можно разделить на два направления: видовое и индивидуальное. При видовом подходе исходным пунктом анализа является класс, группа явлений, при индивидуальном – единичный случай заболевания.

видовой подход

Сторонники видового подхода считают, что, поскольку бронхиальная астма – явление весьма разнообразное, каждый случай – явление в целом уникальное, то, прежде чем приступать к их изучению, нужно имеющийся массив описаний заболеваний как-то упорядочить, с тем, чтобы достичь хотя бы какой-то однородности явлений. т.е. дать определение, описание и классификацию типов бронхиальной астмы. «Наиболее важным шагом в определении полиэтиологии астмы будет выделение подгрупп больных» (Форстер, Гершвин, 1984, с.446).

Есть много работ, в которых даются разнообразные определения того, что такое бронхиальная астма, и предлагаются различные классификации, т.е. классификации, в основе которых лежат различные основания. Поскольку единого или обоснованного медицинского представления о бронхиальной астме нет, то и определения, и системы классификации характеризуются большим разнообразием. Например, П.Н.Юренев с соавторами разрабатывает сложную систему классификации этого заболевания (Юренев и др., 1976). Но как отмечают сами авторы, у них нет единого определения бронхиальной астмы – они рассматривают бронхиальную астму в одних случаях как самостоятельное заболевание, а в других – как проявление иных заболеваний. Авторы не нашли единого основания для классификации бронхиальной астмы как самостоятельного заболевания, и поэтому предлагают фактически несколько классификаций с раз-

личными основаниями: по механизму развития, по типу аллергической реакции, по стадиям, по периодам, по тяжести и т.д. Примерно такая же картина и в других работах, где есть попытки разработки классификации бронхиальной астмы (Каганов, 1999в).

Строго говоря, удачных попыток классификации бронхиальной астмы в медицине бронхиальной астмы нет.

Фактически цель анализа при видовом подходе — поиск общей причины некоторой совокупности событий. Такой причиной выступает общее свойство — характеристика, имеющаяся у всех событий, включенных в данный класс. Это свойство выделяется не статистическими методами, а качественным анализом заболевания. Конечно, общее свойство не является причиной, но положительной стороной видового подхода является интенция поиска закономерностей конкретных явлений. Итак, основная эпистемологическая характеристика видового подхода — отождествление категорий «причина» и «общее свойство».

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

При индивидуальном подходе исходным моментом анализа является единичный, конкретный случай заболевания. В основе индивидуального подхода лежит та же посылка, что и видового, а именно: бронхиальная астма — явление весьма разнообразное. Но из этого делается другой вывод: поскольку бронхиальная астма явление очень разнообразное, то объединять разные случаи в группы неправомерно до тех пор, пока не будет выявлено их тождество по своей сути, а, следовательно, в целях классификации нужно проанализировать каждый случай заболевания отдельно. В этом случае врач ставит перед собой задачу занять позицию непредубежденного наблюдателя и посмотреть, что же происходит во время заболевания «на самом деле». Эта позиция характерна для практикующих врачей.

Второй вариант индивидуального подхода, характерный уже для научной медицины, характеризуется тем, что исследователь считает бронхиальную астму лишь формой проявления других заболеваний и его задача заключается в поиске в каждом конкретном случае специфических причин, приводящих к нарушению дыхания. Напомним, что некоторые авторы считают бронхиальную астму самостоятельным заболеванием, а некоторые считают не самостоятельным заболеванием, а совокупностью

признаков других заболеваний. Во втором случае делать какую-либо систематизацию не имеет смысла, поскольку нет единого объекта с его вариациями, а в первом случае классификация необходима для того, чтобы найти унифицирующие моменты в разнообразии конкретных явлений.

Например, в книге, изданной под редакцией М.Э.Гершвина, редактор в предисловии не дает определения бронхиальной астмы по сути, отмечая лишь, «что астма, являясь полиэтиологическим заболеванием, характеризуется одним общим признаком – обратимой обструкцией дыхательных путей» (Гершвин, 1984б, с. 10). Таким образом М.Э.Гершвин не считает бронхиальную астму самостоятельным заболеванием, и поэтому в статьях книги, изданной под его редакцией, нет классификаций бронхиальной астмы, а определения, даваемые в некоторых статьях, имеют чисто эмпирический (практический) характер, необходимый для задания обсуждаемой в данной статье темы. Например, С.Вассерман в статье «Патофизиология медиаторов при бронхиальной астме» дает следующее определение: «Термином «бронхиальная астма» обозначают симптомокомплекс, характеризующийся одышкой и диспноэ» (Вассерман, 1984, с. 48). Как видим, для С.Вассермана бронхиальная астма – это лишь нарушение процесса дыхания; никакого теоретизирования в таком представлении о бронхиальной астме нет.

Третий вариант индивидуального подхода заключается в том, что исследователь дает общую картину аномии, как бы общий план, максимально подробную схему аномии с тем, чтобы врач мог руководствоваться этой картиной при обследовании больного. Такие картины называются «клиническими картинами». В клинической картине нет ни теоретических моделей, ни систем строгой классификации. Клиническая картина бронхиальной астмы – это обобщение опыта всей медицины бронхиальной астмы. Фундаментальная работа по разработке клинической картины бронхиальной астмы проделана в статье А.Г.Чучалина «Клиническая картина» (Чучалин, 1997в).

Но факторов, связанных с бронхиальной астмой, действительно много и какому отдать предпочтение в конкретном случае неизвестно. Конечно, иногда при ближайшем рассмотрении заболевания все становится совершенно ясным: и почему возникло заболевание, и как с ним бороться. Но так бывает далеко не всегда. Причем, чем более тщательный анализ мы проводим, тем больше факторов, участвующих в возникновении заболевания, обнаруживаем.

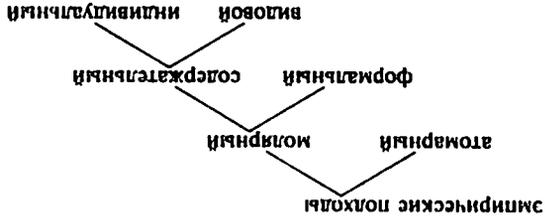


Схема 3. Схема эмпирических подходов

Этот массив ставит перед врачом одну, но очень сложную проблему: что со всем этим делать? И врач с необходимостью должен либо руководствоваться своим здравым умом и интуицией, либо принять ту или иную концепцию. Тем самым мы возвращаемся в исходную позицию — есть заблуждение и стоит вопрос: как его изучать и как бороться с ним.

Таким образом, эпистемологической характеристикой индивидуального подхода является отсутствие каких-либо регулярных причинных принципов анализа.

Характеризуя в целом эмпирические подходы (схема 3), отметим их практическую направленность, которая имеет целью прежде всего разработку способов лечения бронхитальной астмы. При этом при эмпирическом подходе не разрабатываются теоретического анализа причин бронхитальной астмы. Эти причины либо берутся априорно, как в атомарном и формальном подходах, либо извлекаются из экспертных суждений, как в индивидуальном подходе.

Если при эмпирическом подходе и используются какие-либо модели, то — неспецифические (цитологические, морфологические и т.п.), а именно в атомарном и формальном подходах. Видовой и индивидуальный подходы, как чисто эмпирические, вообще в моделях не нуждаются. Таким образом, с эпистемологической точки зрения эмпирические подходы к анализу бронхитальной астмы характеризуются отсутствием специфических моделей бронхитальной астмы.

Рациональные подходы

Все рациональные подходы к проблеме бронхиальной астмы связаны с одним из фундаментальных его качеств как человека: свободы, точнее, свободы болеть или не болеть.

Традиционно в медицине предполагается, что человек сам не желает болеть. Болезнь рассматривается как нежелательное страдание; нежелательное в том смысле, что человек по доброй воле не желает болеть. В соответствии с клятвой Гиппократу врач должен помочь уже *заболевшему* человеку. В противном случае многие разделы медицины были бы просто невозможны, например, военная медицина. Если бы медицина имела право, то она запретила бы войны — тогда не было бы просто возможности получить «военное заболевание», и необходимость в военной медицине автоматически отпала. В принципе медицина не позволяет себе руководствоваться какими-либо другими ценностями, кроме ценности жизни человека, и не может себе позволить делать суждения по поводу других ценностей, в частности экономических и политических, которые и понуждают людей участвовать в войнах. Но в последнее время медицина стала все более социализироваться и все более включаться в социальную жизнь человека и соответственно появились разделы социальной медицины. Специфика социальных разделов медицины заключается в том, что человек рассматривается как активное, свободное существо, которое само выбирает свои способы поведения; в отличие от традиционной медицины, в которой даже нет идеи человека, а есть идеи болезни, когда человек рассматривается как пассивный природосообразный объект.

С точки зрения способов предупреждения бронхиальной астмы, все медицинские взгляды на природу этой аномии находятся в рамках вышеописанной контрверсы свободы и несвободы и сводятся к двум позициям, которые можно назвать «экстернализм» и «интернализм».

Экстернальный способ есть борьба с *возможностью* возникновения бронхиальной астмы независимо от того, почему и как аномия возникает и по каким механизмам (законам) протекает, т.е. природа аномии при этом не рассматривается; экстернальный способ — это уменьшение возможности возникновения бронхиальной астмы; при этом важно лишь то, что чем больше возможности у аномии возникнуть, тем больше случаев бронхиальной астмы будет.

Интернатальный способ есть борьба с «ошибочной реальностью», т.е. механизмами возникновения аномии — препятствование срабатыванию этого механизма при сохранении (наличии) возможности ее появления. Здесь считается, что при наличии соответствующих условий внутри и вне человека происходят некоторые события, с необходимостью реализующие эту возможность. Эти события и рассматриваются.

ЭКСТЕРНАЛИЗМ

При экстернатальном подходе считается, что поскольку человек обладает свободой поведения, то с целью уменьшения вероятности заболевания следует уменьшить возможность возникновения аномии, т.е. тем или иным образом ограничить свободу человека, наложить на его поведение определенные ограничения. Эту точку зрения можно также назвать «административной» потому, что характерна прежде всего для членов администрации, организационных структур, инкриминирующих, как правило, заболевшему неадекватность поведения, приведшую к возникновению заболевания, т.е. неадекватную регуляцию самим человеком своего поведения. При этом считается, что поскольку заболевание возникает у свободного человека, то соответственно принципиальным способом предупреждения заболеваемости является ограничение свободы поведения человека в «астроопасных» ситуациях.

Ограничение свободы может осуществляться разными способами: разъяснением человеку опасностей, которые могут привести к возникновению бронхиальной астмы, социальными запретами экологически грязного производства, изменением коэффициентов страхования риска заболевания, рекомендациями по выбору профессии, созданием специальных школ для детей, больных бронхиальной астмой и т.д. А.Г.Чучалин, говоря о национальной программе по борьбе с бронхиальной астмой, в частности, пишет: «Для достижения высоких целей национальной программы необходимо вовлечь в ее исполнение организаторов здравоохранения, страховые компании, социальные службы общества» (Чучалин, 1997б, с. 9). Понятно, что организаторы здравоохранения не являются специалистами в области бронхиальной астмы, что страховые компании, социальные службы общества не являются специализированными организациями по изучению и борьбе с бронхиальной астмой. Это и не требуется

при экстернальном подходе, поскольку задача этих структур — регуляция поведения человека, такая, в результате которой возможность заболевания была бы сведена к минимуму.

Типично экстернальным способом борьбы с бронхиальной астмой является система специализированного образования. «Все возрастающий удельный вес приходится на не прямые расходы, где основное место занимают образовательные программы. В России сделаны первые шаги по созданию сети образовательных программ, которые особенно эффективно проявили себя в рамках школ для больных бронхиальной астмой. Известны первые результаты внедрения национальной программы. Так на примере Томска отмечается снижение числа детей с обострением бронхиальной астмы, минимальное количество вызовов «скорой помощи» к детям в связи с приступами удушья, дети значительно меньше стали пропускать школу по болезни. Создание российских образовательных программ относится к числу центральных разделов национальной программы, актуальность которой значительно возрастает в период снижающегося финансирования здравоохранения» (Чучалин, 19976, с. 8).

Конечно, бороться с бронхиальной астмой следует всеми доступными средствами, но, как показывает опыт администрирования в других социальных системах, неадекватное ограничение свободы часто приводит к прямо обратному результату (Завалова, Пономаренко, 1977; Винер, 1986; Collins, 1985), а предоставление свободы — к повышению надежности системы (Хачатурьянц, 1981).

С эпистемологической точки зрения категория *возможности* фиксирует «природное» качество человека («человеку свойственно болеть»), а не механизм его существования, следовательно, экстернальные подходы, как и эмпирические, характеризуются отсутствием моделей астмы, отражающих специфику психики.

ИНТЕРНАЛИЗМ

При интернальном подходе считается, что заболевание возникает в несвободной части поведения, т.е. детерминировано определенными внешними и внутренними факторами и соответствуют определенному естественному закону. Эту точку зрения можно также назвать «ученой», потому что характерна для ученых, т.е. людей, занимающихся поисками законов и причин. Существуют различные взгляды на виды причинной детерминации. Рассмотрим эти взгляды.

Типология интернальных подходов

Для того, чтобы иметь возможность рассматривать внутренние детерминанты, необходимо представить человека как совокупность элементов и положить механизм, деструктурирующий функционирование организма и проявляющийся, в нашем случае, в нарушении дыхания.

ИмPLICITный и эксплицитный интернализм

Организованность элементов может быть либо имплицитной – неизвестной, незнаемой или даже в принципе непознаваемой, но подразумеваемой существующей, и эксплицитной – знаемой, известной (полагаемой известной). Соответственно можно выделить два типа интернальных подходов: имплицитный интернализм и эксплицитный интернализм.

Имплицитный интернализм

Поскольку при имплицитном подходе природа организма считается еще не изученной полностью, то возможность говорить о внутренних детерминантах отклонений появляется только, если предположить внутреннюю, природную, принципиальную неправильность организованности элементов системы.

Эта неправильность может быть либо заданной, т.е. существовать и до возникновения аномии, лишь срабатывая в определенный момент, либо ситуативной, т.е. возникать в определенный момент, порождая аномию. С другой стороны, эта неправильность может быть либо имманентной, т.е. быть внутренне присущей данному человеку, либо привнесенной внешними обстоятельствами.

Типы имплицитного интернализма можно представить в виде следующей типологии концепций (табл. 1.).

Таблица 1. Типы имплицитного интернализма

| Предметы исследований (типы концепций) | | Неправильность | |
|---|--------------|----------------|----------------|
| | | ситуативная | заданная |
| Неправильность | имманентная | сверхсложность | дефициентность |
| | привнесенная | предельность | генезис |

Таким образом, можно выделить четыре типа концепций имплицитного интернализма: концепция сверхсложности, концепция дефицитности, концепция предельности, концепция генезиса.

Рассмотрим каждую отдельно.

КОНЦЕПЦИЯ СВЕРХСЛОЖНОСТИ. В работе «Профессиональная бронхиальная астма» (Терр, 1984) А.И.Терр пишет, что механизмы профессиональной бронхиальной астмы в целом неизвестны: «При развитии профессиональной бронхиальной астмы могут иметь место различные патогенетические механизмы, действующие отдельно или в комбинации друг с другом. Исследования... позволили выделить некоторые из этих механизмов» (Терр, 1984, с. 270), и перечисляет эти механизмы: 1) аллергия: а) IgE-опосредованная; б) IgG4-опосредованная (?) (здесь и ниже сам автор ставит знак вопроса. — Н.Н.); 2) неиммунологическое высвобождение медиаторов: а) высвобождение гистамина из тучных клеток, б) образование анафилотоксина из C3 и (или) C5 (?); 3) раздражители: а) газы и пары, б) частицы и пыли; 4) физическая нагрузка; 5) эмоции (Терр, 1984, с. 271). В концепции сверхсложности дыхательная система рассматривается как очень сложное образование, в котором происходят какие-то события, но проследить работу которого, может быть, и возможно в принципе, но неизвестно как, и А.И.Терр даже попытки такой не делает. Дыхательная система (организм) представляется А.И.Терром в виде черного ящика, про который известно лишь, что у него на входе и что на выходе, но никак не то, что происходит внутри этого ящика во время перехода стимула в реакцию. Поэтому исследованию в работе А.И.Терра подвергаются зависимости между факторами, поставленными на входе, и вероятностью возникновения бронхиальной астмы — на выходе. В частности, такие зависимости: «Около 6% всех людей, имеющих дело с животными (ветеринары, продавцы зоомагазинов, персонал лабораторий, фермеры, рабочие зоопарков), приобретают аллергическую астму, а 10–20% пекарей становятся сенсibilизированными к пшеничной муке» (Терр, 1984, с. 270). Как выявляются зависимости? Либо статистически, как в случае с пекарями, либо эмпирически: «Если известная или подозреваемая субстанция имеется во вдыхаемом воздухе, то провокационные пробы являются наиболее информативными тестами» (Терр, 1984, с. 270).

Поскольку механизм бронхиальной астмы неизвестен, то невозможно и предсказать течение аномии: «Так как природа профессиональной бронхиальной астмы чрезвычайно разнообразна, трудно дать общий прогноз болезни» (Терр, 1984, с. 288).

Очевидно, что рекомендаций по лечению при таком представлении о бронхиальной астме дать практически невозможно: «Лечение бронхиальной астмы, как профессиональной, так и непрофессиональной, должно быть всегда индивидуальным. Необходимо как изменение условий окружения, так и медикаментозная терапия. Если больной имеет бронхиальную астму, связанную с профессией, необходимо изменить условия его работы так, чтобы максимально уменьшить или прекратить вовсе контакт с агентом, являющимся причиной болезни. В некоторых случаях, если контакта с таким агентом избежать не удается, а заболевание очень серьезно, больному приходится совершенно бросать работу и переходить к другому виду деятельности» (Терр, 1984, с. 287).

Таков же тип и профилактических рекомендаций: «На производствах, где профессиональная астма встречается относительно часто, как, например, на фабриках, производящих определенные виды пластмасс, соответствующие меры по удалению веществ, обладающих свойствами потенциальных раздражителей дыхательных путей или аллергенов, могут предупредить возникновение астмы у рабочих. На производствах, где имеются потенциальные атопические аллергены, такие, как, например, животные или соли платины, необходим отбор работников, не имеющих в анамнезе указаний на аллергические заболевания. В некоторых случаях необходимо постоянное наблюдение за содержанием в воздухе химических веществ и пыли, способных вызвать бронхиальную астму, и при повышении их концентраций принятие определенных мер» (Терр, 1984, 288).

Работа А.И.Терра принадлежит интернальному подходу, поскольку полагается наличие внутренних переменных в соматике и психике (только работа их неизвестна).

На концепции сверхсложности во многих случаях основывается лечение бронхиальной астмы: человеку предлагают определенное лекарство и смотрят, каков будет эффект; если эффект недостаточен и/или лекарство имеет выраженный побочный эффект, дают другое лекарство, и так далее. Например, Г.Х.Парсонс в статье «Лечение бронхиальной астмы у взрослых» пишет: «Некоторые пациенты реагируют на одни симпатомиметики лучше, чем другие, таким образом, испробование различных лекарств всегда показано: если первое оказалось неэффективным или вызвало выраженный побочный эффект, можно найти действенное родственное соединение без выраженного побочного эффекта» (Парсонс, 1984, с. 262-263).

Модельное представление объекта анализа, специфическое для данной позиции, можно представить в следующем виде (рис. 1), где заштрихованный круг есть «черный ящик» с «входом» и «выходом».

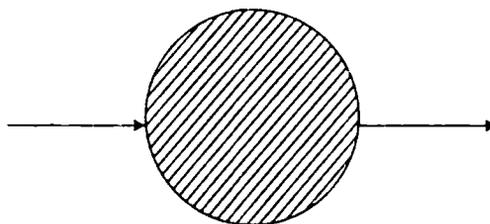


Рис. 1. Модельное представление концепции сверхсложности

КОНЦЕПЦИЯ ДЕФИЦИЕНТНОСТИ. Исходная посылка концепции дефицентности заключается в утверждении того, что любая природная система состоит из элементов, и каждый из этих элементов имеет заложенную природой возможность неправильного срабатывания, дисфункционалирования, приводящих к нарушению работы системы в целом.

Работы, в которых описывается не столько бронхиальная астма, сколько дыхательная система на разных уровнях, при предположении, что любой из этих элементов этой системы при нарушении его функционирования может привести к возникновению бронхиальной астмы (Черняев и др., 1997; Айсанов и Чучалин, 1997; Пискунов и др., 1997), принадлежат концепции дефицентности.

Модельное представление объекта анализа, специфическое для данной позиции, можно представить в следующем виде (рис. 2), где зачерненные сегменты символизируют имманентную данному элементу долю его неправильности, т.е. вероятность возникновения отклонения в его функционировании; овал символизирует систему в целом, полузакрашенные кружочки в нем — элементы системы с долей «неправильности», полузакрашенные кружочки вне организма — элементы природы вообще.

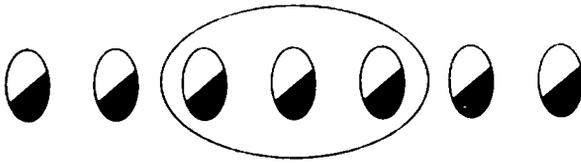


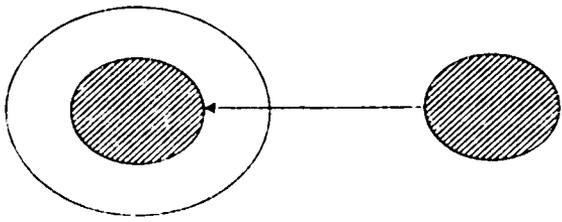
Рис. 2. Модельное представление концепции дефицитности

КОНЦЕПЦИЯ ПРЕДЕЛЬНОСТИ. Исходная посылка концепции предельности заключается в том, что дисфункционирование системы вызывается предельными (близкими к предельным) условиями функционирования системы. Если условия функционирования находятся в пределах нормы, то и система функционирует нормально; если значение какого-то фактора превосходит некоторое значение, то функционирование системы нарушается. Другими словами, в качестве причины (источника) дисфункционирования полагаются неправильности системы, возникшие в ней вследствие воздействия на нее аномальных условий. Эти условия могут быть любыми: физическими, психическими, социальными... Механизм воздействия предельных факторов при этом остается скрытым для исследователя.

Типичным образцом концепции предельности в медицине бронхиальной астмы являются работы по экологии (Мизерницкий, 1999). Как считает Ю.Л.Мизерницкий, «Бронхиальная астма является по существу манифестным маркером экологического неблагополучия воздушной среды» (Мизерницкий, 1999, с. 138). Но при, казалось бы, ясно выявленной природе бронхиальной астмы «проблемы экпатологии легких требуют решения сложных диагностических, клинических и патогенетических задач» (Мизерницкий, 1999, с. 138), т.е. фактически не решены.

Модельное представление данной позиции выглядит следующим образом (рис. 3), где заштрихованный квадрат символизирует «неправильные» (на пределе возможностей человека) условия, а заштрихованный круг — порожденную этими условиями «неправильную» систему.

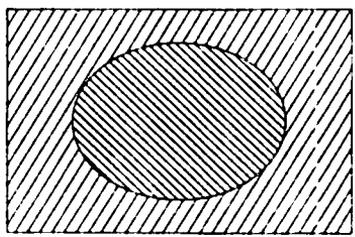
Рис. 4. Модельное представление концепции генезиса



КОНЦЕПЦИЯ ГЕНЕЗИСА. Элементы системы могут быть организованы не должным образом вследствие неправильного генезиса каких-то из элементов, т.е. вследствие аномий происхождения и развития.

Модельное представление данной позиции выглядит следующим образом (рис. 4), где внешний заштрихованный круг символизирует неправильные элементы, которые включаются в систему (заштрихованный круг внутри окружности-системы). Практически все специалисты в области бронхиальной астмы отмечают возможность зависимость между заболеванием человека и заболеванием его родителей и родственников. «Важный аспект в трактовке болезни имеет факт генетической предрасположенности. В последние несколько лет были проведены генетические исследования больных бронхиальной астмой, которые помогли раскрыть механизм наследственной предрасположенности» (Чуалин, 19976, с. 6).

Рис. 3. Модельное представление концепции пресальности



Эксплицитный интернализм

В эксплицитном интернализме система представляется определенным образом организованной совокупностью элементов, и механизм, нарушающий ее работу, полагается внутрь системы. При этом деструктурирующий механизм может находиться либо в самих элементах, в своей совокупности реализующих некоторую функцию, либо вне этих элементов, и может воздействовать либо на все элементы, либо на часть элементов, вплоть до одного.

Типы эксплицитного интернализма можно представить в виде следующей типологии (табл. 2).

Таблица 2. Типы эксплицитного интернализма

| Предметы исследований (типы концепций) | | Элементы | |
|---|------------|-------------|-----------|
| | | все | часть |
| Механизм | внутренний | способности | свойства |
| | внешний | интенции | отношения |

Таким образом, можно выделить четыре типа концепций эксплицитного интернализма: концепция способностей, концепция свойств, концепция интенций, концепция отношений.

Рассмотрим каждую отдельно.

КОНЦЕПЦИЯ СПОСОБНОСТЕЙ. Исходная посылка концепции способностей заключается в утверждении, что каждая функция системы выполняется специализированным элементом. В концепции способностей считается, что любая функция, выполняемая системой, состоит из совокупности отдельных актов (А-Б-В-Г), каждый из которых реализуется специальным морфологическим элементом – способностью (а-б-в-г). Если для одного из актов не находится у данной системы соответствующей способности, то работа системы нарушается.

Например, Р.М.Слай считает, что в организме есть вещества, функция которых заключается в расширении бронхов, и есть вещества с противоположным действием – сужение бронхов. По Р.М.Слау, астматический приступ возникает потому, что у больных людей отсутствует в организме вещество, обеспечивающее сужение бронхов. Если у обычного человека реакция

бронхов на какой-то раздражитель регулируется совместным действием этих двух веществ, то у больного этот раздражитель вызывает избыточное расширение бронхов, т.е. астматический приступ. «Аномальный ответ на β -адреноблокаторы у больных с типичной бронхиальной астмой может возникать благодаря отсутствию противоположного бронхосуживающего действия через α -адренергические рецепторы, найденные в гладких мышцах бронхов человека» (Слай, 1984, с. 90).

Отсутствующая способность системы может быть любой. В отличие от Р.М.Слая, специалиста по проблеме раздражительности дыхательных путей, Дж.И.Ицкович и М.Э.Гершвин, как специалисты в области иммунологии легких, находят отсутствующую способность в иммунной регуляции: «... иммунодефицитные состояния, такие, как предполагаемая недостаточность иммуноглобулинов, способствует возникновению рекуррентных легочных инфекций, хронических обструктивных легочных процессов, бронхоэктатической болезни и бронхиальной астмы» (Ицкович, Гершвин, 1984, с. 44).

Модельное представление об объекте анализа в концепциях данного типа выглядит следующим образом (рис. 5), где черный кружок символизирует отсутствие необходимой способности.

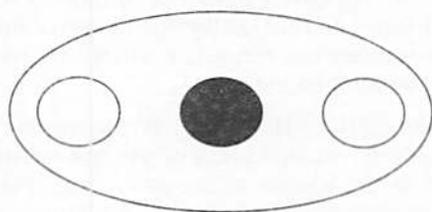


Рис. 5. Модельное представление концепции способностей

КОНЦЕПЦИЯ СВОЙСТВ. Исходная посылка концепции свойств заключается в утверждении, что в сходных условиях (ситуациях) система реагирует одним и тем же (сходным) неправильным образом. Это означает, что у системы (человека) есть свойство реагировать в сходных ситуациях сходным образом. В данном случае речь идет не о способности системы определенным образом реагировать на раздражитель в силу отсутствия адекватного

данному раздражителю элемента в системе, а о *свойстве* системы: определенным образом организовывать (или дезорганизовывать) свои элементы. Говорить об этом как о способности некорректно, так как, во-первых, этой «способности» содержательно, т.е. во внешнем плане, ничего не соответствует, во-вторых, эта «способность» не является элементом системы, а относится ко всей системе в целом, является свойством системы в целом, в-третьих, эта «способность» работает с другими способностями (элементами системы) и тем самым является метаспособностью, но в этом случае с необходимостью возникает речь о принципах организации способностей и соответственно характеристиках уже не способностей, а их организованностей, что противоречит понятию способностей (делает это понятие бессодержательным, неопределенным).

Итак, способность есть неделимый психический элемент, независимый от других элементов, ответственный за выполнение определенного действия, свойство же — характеристика некоторой целостности элементов. Предрасположенность к бронхиальной астме в этом смысле есть свойство организма подбирать из имеющегося набора реакций вполне определенные неадекватные реакции под определенные обстоятельства, т.е. предрасположенность работает с совокупностью элементов.

Относительно бронхиальной астмы есть два основных направления, в каждом из которых в качестве свойства системы берутся разные ее свойства как причина бронхиальной астмы. Специалисты, относящиеся к первому направлению, утверждают, что свойством системы, приводящим к возникновению бронхиальной астмы, являются воспалительные процессы в дыхательной системе (воспалительная концепция). Специалисты, относящиеся ко второму направлению, утверждают, что свойством системы, приводящим к возникновению бронхиальной астмы, является аллергия (аллергическая концепция).

А.Г.Чучалин придерживается воспалительной концепции: «Вне зависимости от степени тяжести болезнь определяется как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. Словами «вне зависимости от степени тяжести болезни» подчеркивается, что бронхиальная астма клинически может себя не проявлять, но воспалительные процессы в слизистой дыхательных путей сохраняются. К таким выводам пришли после морфологических исследований у больных в период стойкой ремиссии и при аутопсии лиц, погибших от внелегочных причин (дорожная травма, внезапная смерть). Аллергические реакции

человека всегда были построены на воспалительной теории, поэтому, казалось бы, в том, что астму следует рассматривать как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, принципиально нового ничего не содержится. Однако воспалительная концепция ставит вопрос о необходимости проведения базисной противовоспалительной терапии; такой подход к программе лечения больных бронхиальной астмой осуществляется впервые» (Чучалин, 1997б, с. 4-5).

С.Ю.Каганов придерживается аллергической концепции: «По современным представлениям, бронхиальная астма – хроническое заболевание дыхательных путей, основу которого составляет аллергическое воспаление» (Каганов, 1999б, с. 10).

Как видим, и А.Г.Чучалин, и С.Ю.Каганов рассматривают воспаление или аллергию как естественное свойство человека (всей системы).

В нашу задачу не входит сопоставительный анализ различных медицинских подходов, но можно сформулировать гипотезу, почему один автор придерживается воспалительной, а другой – аллергической концепции. С нашей точки зрения, дело в том, что один из них является специалистом по бронхиальной астме у взрослых, а другой – специалистом по бронхиальной астме у детей. Поскольку в бурно развивающемся детском организме воспалительные процессы не могут быть хроническими, и даже длительными, то нет оснований апеллировать к ним. Но среди детей, в силу разных причин, более распространена аллергия, чем у взрослых, что делает аллергию специфическим свойством детского организма. А среди взрослых с их хроническими болячками преобладают воспалительные процессы. В силу большей распространенности воспаление или аллергия соответственно у взрослых или детей выступают как манифестирующие свойства системы.

Следует отметить, что помимо воспалительной и аллергической теорий есть еще много других, не столь, правда, распространенных. Например, А.В.Черняк и Т.Л.Пашкова свойством организма, порождающего бронхиальную астму, считает гиперчувствительность (Черняк, Пашкова, 1997).

Модельное представление об объекте анализа в концепциях свойств выглядит следующим образом (рис. 6), где внутренний треугольник символизирует собой некую совокупность элементов системы, а стрелка – определенную характеристику (свойство) этой целостности элементов.

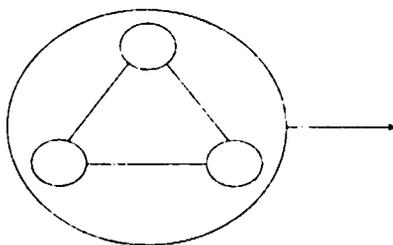


Рис. 6. Модельное представление концепции свойств

При полагании механизма, нарушающего работу элементов, находящимся вне этих элементов, происходит разделение системы на две части: в одной находятся сами элементы, а в другой — механизм, воздействующий на эти элементы.

В работах, касающихся бронхиальной астмы, нами выделено два типа внешних (по отношению к элементам) механизмов. Внешнему воздействию в одном случае подвергается вся совокупность элементов системы, независимо от того, участвуют или нет они в данном акте деятельности; в другом — только те, которые участвуют в данном акте деятельности.

КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕНЦИЙ. В первом случае полагается, что одна часть системы имеет собственную интенцию, стремление к чему-либо, — которая есть все время, но в силу некоторых причин вдруг прорывается в область элементов, направляя активность в свою сторону. Интенция сама по себе индифферентна болезни, и в этом смысле ни положительна, ни отрицательна. Жизнедеятельность человека осуществится и без воздействия на нее интенции, более того, только в том случае и может осуществиться правильно, т.е. если не подвергается влиянию интенции.

Г.Х.Херрера и Дж.Фиалков описывают такой случай: «Девочка, страдающая экзогенной формой бронхиальной астмы, замечает, что период неприятного молчания между ее родителями свидетельствует об угрозе взрыва словесного раздражения между ними, а иногда и физической агрессии. Это ее пугает, так как в прошлом подобные явления приводили к размолвке родителей. Однажды она почувствовала это характерное молчание. Она испугалась, сказала матери, что боится, что произойдет что-то плохое, стала дышать чаще и начала хрипеть. Ее родители

повели девочку в кабинет скорой помощи. После этого эпизода родители снова стали разговаривать между собой и больная почувствовала себя в безопасности» (Херрера, Фиалков, 1984, с. 431). В результате «родители ребенка пришли к явному примирению, исключив таким образом опасный элемент из этой ситуации» (там же).

Своим астматическим приступом девочка «обязана» интенции на мирную, счастливую жизнь.

Модельное представление объекта анализа в концепциях интенции выглядит следующим образом (рис. 7), где прямоугольник символизирует интенциональную часть системы, кружочки – деятельную, а стрелка, прорвавшаяся через разделительную границу, – воздействие интенции на поведение.

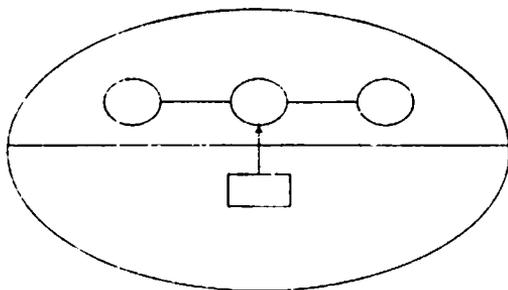


Рис. 7. Модельное представление концепции интенций

КОНЦЕПЦИЯ ОТНОШЕНИЙ. Во втором случае полагается, что хотя жизнедеятельность и осуществляется определенной совокупностью элементов, но для успешного осуществления ей необходимо быть в определенном состоянии: определенной степени расслабленности или сосредоточенности. Это состояние определяется отношением (мотивацией) человека к выполняемой деятельности. Аномичные проявления вызываются неадекватным поведением, обусловленным неадекватной мотивацией, т.е. при неадекватной мотивации человек делает неправильно ту деятельность, которую может выполнять правильно – это и приводит к аномичным явлениям.

Как пишет А.С.Белецкий с соавторами, «На примерах многих хронических заболеваний, таких, как сахарный диабет, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, было показано,

что роль больного в лечении болезни приближается к роли врача. Задача врача – назначить лечение и обучить больного навыкам самоконтроля, задача больного – ежедневно контролировать свою болезнь, правильно использовать медикаментозные и немедикаментозные методы лечения, уметь распознавать ранние признаки обострения и не допускать тяжелых обострений заболевания» (Белецкий и др., 1997, с. 378). Таким образом, от мотивирования человека во многом зависит проявление болезни. Если человек сильно хочет не болеть, он неукоснительно выполняет все предписания врача; если же у него мотивация несильна, он недолжным образом выполняет предписания врача – и тем самым провоцирует проявление болезни. Казалось бы, что человек, особенно при тяжелых формах заболевания, должен быть неукоснительно точным в выполнении предписаний врача. Но практика показывает обратное. А.С.Белецкий с соавторами описывают «исследование среди больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом. Всем больным был назначен антихолинергический препарат в виде дозированного аэрозоля по 2 вдоха 3 раза в сутки. В дозированный аэрозоль был встроен микропроцессор, регистрирующий количество используемого препарата. Параллельно частота использования лекарства регистрировалась больными в дневниках. Было показано, что больные указывают в дневниках более частое использование ингалятора, чем это регистрировал датчик и что только 15% больных использовали ингалятор 2,5 и более раз в сутки... Каково отношение больных к назначаемым препаратам? С помощью анкетирования, проведенного среди больных бронхиальной астмой, был выделен блок проблем, связанный с негативным отношением больных к принимаемым препаратам. Больные не хотели принимать препараты ежедневно; негативное отношение к ингаляционным глюкокортикоидам было связано с общим отрицательным отношением к гормональной терапии; также больные не хотели регулярно пользоваться бронхорасширяющими аэрозолями. Таким образом, отмечалось отрицательное отношение к гормональной и негормональной терапии. Также негативизм по отношению к лекарственным препаратам не зависел от влияния астмы на качество жизни больного, т.е. у больных с легкой и тяжелой формой бронхиальной астмы присутствовал в одинаковой степени» (Белецкий и др., 1997, с. 376-377).

Модельное представление объекта анализа в концепциях отношений выглядит следующим образом (рис. 8.), где кружочки в овале символизируют совокупность элементов, реализующих определенную деятельность, а стрелка – определенное отношение к этой деятельности, определяющее характер протекающей деятельности.

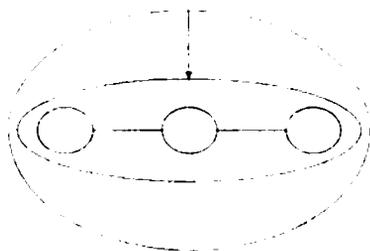


Рис. 8. Модельное представление концепции отношений

Эпистемология рациональных подходов

В имплицитном интернализме предметного представления о том, в чем происходит отклонение, нет, т.е. неизвестно, что в системе конкретно нарушается. Известен лишь (полагается) *тип причины отклонения* и тип онтологической действительности, т.е. то, в силу чего этот тип причины существует.

В концепциях *сверхсложности* причиной аномии является внутренний сбой, возникающий в силу сверхсложной, а потому неконтролируемой организованности системы. В концепциях *дефициентности* причиной аномии является спонтанное неправильное срабатывание некоторого элемента; срабатывания, возникшего в силу того, что все в природе, в том числе и дыхательная система человека, имеет возможность осуществления (проявления) разного «поведения», в том числе и нежелаемого самим человеком. Тем самым нежелаемые отклонения (аномии) объясняются принципиальной недостаточной возможностью (дефициентностью) природы осуществлять однозначное «поведение». В концепциях *предельности* причиной аномии является деструкция организованности системы, возникающая в силу предельности (запредельности) условий, в которых этой организован-

ности приходится функционировать. В концепциях *генезиса* причиной аномии является «слабая структура», т.е. недостаточно четкая структурированность системы, существующая в силу генетических (развитие) причин именно такой, недостаточно структурированной, организованности.

В эксплицитном интернализме (и в чем он принципиально отличается от имплицитного интернализма), помимо типа причины аномии и онтологической действительности причины, задается предметное представление (предметная модель) об организованности системы.

В концепциях *способностей* система рассматривается как совокупность атомов-способностей, причина аномии – отсутствие требуемой способности (неспособность); набор тех или иных способностей и соответственно отсутствие их является врожденным, т.е. обладание определенной способностью (ее наличие у человека) или не обладание ею (ее отсутствие) задается по рождению человека. В концепциях *свойств* предметное представление задается в виде естественного внутреннего свойства системы в целом. Аномия возникает потому, что от системы требуется осуществление не естественного, не присущего ей свойства. Соответственно в таком случае причиной отклонения поведения системы от требуемого является неестественность условий (требований), предъявляемых человеку (дыхательной системе) – человек сделает только то, что входит в рамки его возможностей. Обладает система тем или иным свойством в силу собственной природы, тождественной для всех людей; различие между ними заключается лишь в степени проявленности или разработанности некоторого свойства у того или иного человека. В концепциях *интенций* предметное представление задается в виде интенции, т.е. полагается существование в человеке некоей устремленности, подчас ему самому неведомой, действие которой иногда может сказываться на протекании деятельности, самой по себе индифферентной к этой интенции. Причина аномии – воздействие интенции. В концепциях *отношений* предметное представление задается в виде совокупности потребностей: одной или нескольких для выполнения одной деятельности. Каждая потребность удовлетворяется соответствующим мотивом: вознаграждением, безопасностью, удовольствием, избеганием неприятностей и т.д. Аномия возникает потому, что имеющаяся мотивация неадекватна жизнедеятельности, что приводит к неадекватному отношению к деятельности и выполнению ее с неадекватным состоянием.

Тип превентивных средств, т.е. средств предупреждения аномии, соответствует типу онтологической действительности. Если аномия совершается в силу неизвестных причин в неведомом сверхсложном «черном ящике», то следует выявить, в каких случаях (условиях) наиболее часто происходят аномии, и попытаться всеми возможными средствами *нейтрализовать* действие выявленных факторов; факторы эти могут быть любыми: физическими, психическими, биологическими, социальными и т.д. Если же аномия совершается потому, что элементы системы, равно как и всей природы, независимо от того, какие организованности мы создаем из этих элементов или накладываем на них, функционируют по таким законам, которые допускают неоднозначность (дефициентную неопределенность) в проявлении внешнего поведения, то следует направить свои усилия на *уменьшение доли неопределенности* (спонтанности). Если же аномия возникает потому, что ситуация предельная, приводящая к нарушениям внутренней организованности системы, то следует обеспечить нормальные условия функционирования системы, т.е. ситуацию *привести к норме*. Если же аномия возникает потому, что вменена (сформирована) не совсем верная («слабая») организованность системы, допускающая возникновение аномии, то следует *заменить* данный генезис другим, таким, который создаст требуемую организованность. Если аномия у человека возникает в силу его рождения, то для предупреждения возникновения аномии следует *компенсировать* природный недостаток. Если же аномия возникает потому, что он был поставлен в условия, не соответствующие его природным свойствам, то следует, *учитывая* возможности человека, переорганизовывать его жизнедеятельность (например, при аллергии) и/или *блокировать* проявление естественного свойства (например, при воспалении). Если аномия возникла в силу воздействия родовой интенции на деятельность, то следует принять меры *терапевтические*, направленные на ослабление действия интенции, например, психотерапию. Если же аномия возникла потому, что человек не проявил должного отношения к задаче, в силу отсутствия должной потребности, то следует определенным образом *мотивировать*, заинтересовывать в выполнении задачи, применяя к нему положительное или отрицательное «подкрепление».

Все вышесказанное об интернальных подходах можно суммировать в виде следующей таблицы (табл. 3).

Таблица 3. Обобщающая таблица интернальных подходов

| Тип концепции | Превентивные меры | Тип причины аномии | Онтологическая действительность |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Концепция сверхсложности | Нейтрализация | Внутренний сбой | Сверхсложность системы |
| 2. Концепция дефициентности | Уменьшение неопределенности | Спонтанность | Дефициентность природы |
| 3. Концепция предельности | Приведение к норме | Деструкция | Предельность ситуации |
| 4. Концепция генезиса | Смена генезиса | Слабая структура | Генезис |
| 5. Концепция способностей | Компенсация | Неспособность | Рождение |
| 6. Концепция свойств | Учет природы и блокирование | Неестественность условий | Природа биологического |
| 7. Концепция интенций | Психотерапия | Реализация интенции | Роль |
| 8. Концепция отношений | Мотивирование | Неадекватное отношение | Потребности |

Как видим, интернальные, собственно научные, подходы к бронхиальной астме являются моноонтичными: онтологическая действительность, тип причины аномии и превентивные меры принадлежат всегда одной и той же действительности. Лишь концепция отношений выходит за рамки моноонтизма, но даже сами авторы, Г.Херрера и Дж.Фналков, приводя случай несоматической природы бронхиальной астмы, отрешиваются от этого случая как ненаучного факта. Напомним, что речь идет о возникновении бронхиальных приступов у девочки как реакции на размолвку родителей и исчезновении этих приступов при

примирении родителей (Херрера, Фялков, 1984). Такого рода объяснение, небиологическое, по мнению авторов, «применимо только к данной личности (большого. — *Н.Н.*) в данной ситуации, не применимо к другим людям в иных ситуациях (Херрера, Фялков, 1984, с. 431). Рассуждая далее о природе бронхиальной астмы, Г.Херрера и Дж.Фялков утверждают, что бронхиальная астма может иметь психологические последствия, но никак психологические причины не могут быть источником бронхиальной астмы.

Идеи полионтичности нет в медицине, в лучшем случае врачи стоят на позиции дуализма. Например, специалист в области психологии, занимающийся проблемой психологии бронхиальной астмы, *Н.Д.Семенова* пишет: «Проблема БА (бронхиальной астмы. — *Н.Н.*) объединяет вокруг себя исследователей, работающих в суверенных по отношению друг к другу предметных областях независимыми методами и использующих взаимонередуцируемые теоретические представления. В настоящее время уже не вызывает сомнений необходимость психосоматического подхода к данной нозологии, сущностью которого является учет всей совокупности психических и соматических явлений в БА. Психосоматическая медицина является уже не областью медицины (как это было несколько десятилетий назад), а скорее подходом, способом мышления.

В области психосоматических исследований БА вместе с тем ощущается определенный недостаток собственно психологических исследований, представляющих собой некую теоретическую оппозицию тенденциям сведения психических феноменов при астме к нейрофизиологическим. Перевод психосоматических взаимоотношений, несомненно, дает исследователю такие важные преимущества, как объективность анализа и возможность опереться в объяснении феноменов на лабораторные данные. Однако при этом из проблематики психологических фактов астмы сплошь и рядом выпадает ее сердцевина — собственно «психологическая реальность»» (*Семенова, 1997, с. 207*).

Интернальные подходы основаны на категориальных оппозициях «сущность-явление» и «причина-следствие». В интернальных подходах не фиксируется блок самоотражения, т.е. уровень самообраза — та реальность, в которой отражается соматика как целостное образование (организм как целостность) и из которой осуществляется управление соматикой как целостным образованием. В моноонтичной медицине организм рассматрива-

ется как совокупность элементов. Так получается потому, что организм рассматривается только в одной, соматической, реальности; в ней нет моделей, рассматривающих организм как единое образование. Даже если и провозглашается холизм, целостность организма, он все равно рассматривается как совокупность взаимосвязанных элементов, а не как единый объект, который не может быть сведен к своим элементам, пусть и взаимосвязанным. В моноонтической медицине нет идеи виртуального тела. С точки зрения моноонтической медицины, виртуальное тело является мистической реальностью. Но мистика здесь видится только потому, что моноонтическая медицина окуклилась, замкнулась на самой себе, и не хочет видеть ничего другого. Виртуальное тело — это такая же мистика, как полет человека на воздушном шаре для инквизиции. Пока не открыты законы аэродинамики, полет тела тяжелее воздуха суть мистика. Виртуальное тело — такая же мистика, как магнетизм и электромагнитное поле.

Итак, в интернальных подходах в онтологической действительности, описывающей ту реальность, в которой протекает аномия, нет элемента самоотражения, а также в сфере механизмов порождения аномии («тип причины отклонения») нет идеи самоотражения, а поэтому отсутствуют превентивные меры, направленные на управление виртуальными событиями.

• ТЕОРИЯ • И • ПРАКТИКА •

Можно отметить еще один ряд соответствий: соответствие каждого из представленных типов концепций вполне определенной позиции практического здравого смысла (обыденной точки зрения).

Концепции сверхсложности соответствует такое практическое наблюдение: при некоторых условиях аномии бывают чаще, чем при других, — следовательно, эти условия особо благоприятствуют появлению сбоев в «черном ящике».

Концепции дефициентности соответствует следующая констатация: совершенно здоровый человек в совершенно нормальных условиях вдруг заболевает — следовательно, жизнедеятельность человека осуществляется каким-то флуктуирующим носителем, элементом, который может спонтанно «сломаться» или всегда был «сломанным», но это проявилось только в данной ситуации.

Концепции предельности соответствуют очевидный факт: аномии возникают при наличии предельных (запредельных), не нормальных условий; если возникла аномия, надо искать, в чем заключалась предельность.

Концепции генезиса соответствует такой практический факт: в истории человека есть факты, связанные с аномией, — они-то и являются источником аномии.

Концепции способностей соответствует практика того человека, который отменяет следующие житейский факт: в одних и тех же ситуациях у одних людей возникает аномия, а у других — нет, следовательно, организм людей способен функционировать правильно, а организм других — нет, т.е. у них нет какой-то способности к правильному функционированию.

Концепции свойств соответствует другое практическое наблюдение: при аномии нарушается работа каких-то функциональных частей организма; естественные реакции организма не обеспечиваются функционирование организма и организм начинает работать неестественным образом, т.е. естественные свойства человека не приспособлены к данным условиям жизни человека. Концепции интенсиона соответствует такой практический факт: в жизни человека вдруг происходят совершенно неожиданные и неоправданные аномии, следовательно, в нем есть некая сила (интенция), прорывающаяся наружу и манифестирующая несоответствие жизни данной интенции.

В терминах концепции отношения исследователя начинается говорить, фиксируя тот факт, что человек в ситуации, в которой он уже много раз находился без каких-либо последствий, вдруг обнаруживает заблуждение — следовательно, человек недопустил какое-то раз, безответственно отнесся к делу и т.п., т.е. проявил неадекватное отношение к своим функциям.

Я хотел подчеркнуть, что практический опыт достаточно «много», чтобы, во-первых, свидетельствовать в пользу той или иной (любой) концепции, и, во-вторых, что каждый может квалифицировать (категоризировать) любую практическую ситуацию на свой манер, т.е. про одну и ту же ситуацию можно обоснованно можно утверждать разное: что здесь «сработали» способности или свойства, или личное отношение и т.д., и с другой стороны — любая концепция может объяснить любую практическую ситуацию.

Поскольку в мелитинне бронхитальной астмы отсутствуют философские разработки, то критерий логической последовательности, непротиворечивости фактически отсутствует, отсут-

Плая место критерию практической эффективности. Логическая неразборчивость приводит к тому, что один и тот же автор может «придерживаться» одновременно нескольких концепций, прилагая к практической ситуации ту или иную так, как ему кажется правильной, эффективной. Такая позиция даже позволяет глашаться как принципальная: «Неология бронхиальной астмы основана на специфической этиологии, патоморфологии, механизмах болезни, клинических проявлениях и методах лечения, наконец, образовательных программах и фармакоэкономических проектах» (Чуялин, 1997б, с. 4). В формулировке этой задачи смешаны многие реалии философии: картина мира, теория, практика, методология, гносеология, феноменология, эмпирия, социокультурная ситуация, экономика и т.д. (Степин, 2000, Лекторский, 1999). Такая формулировка задачи аналогична следующим: выявление природы электрической лампочки основано на определении специфических причин электричества, нарушениях проводимости электричества, механизмах электромагнитных явлений, внешних формах проявления электрических лампочек и конструктивных особенностей электрических лампочек, наконец, системе образования электрических проектов социально-политических проектах электрификации.

Итак, в рациональных подходах задача объяснения возникновения (и протекания) бронхиальной астмы решена за счет того, что человек (его внутренняя организованность) рассматривается как моноотличное образование: как природосообразное социальное образование, подчиняющееся естественным законам. Сторонники рационального подхода в анализе конкретных случаев бронхиальной астмы с целью их изучения не нуждаются, поскольку концепция (общая теория) дает заведомое объяснение всем возможным ошибкам.

Таким образом, эпистемологическая характеристика рационального подхода в его чистом виде является априоризмом и волюнтаризмом — априорное приписывание некоторой совокупности материи, и произвольное приписывание некоторой совокупности явлений определенному объяснительному механизму, как и то, что в рациональном подходе дается объяснение тому, как и почему возникла аномалия.

При рациональном подходе исследователя в принципе не нуждается в анализе эмпирического материала — у него есть объективные механизмы на все случаи жизни.

При эмпирическом подходе исследователь исходит из практики. При *аномальном* подходе исследователь обращается к эмпирическому материалу, но его предметом является аномия вообще, неправильность срабатывания механизма как таковая, независимо от того, в какой системе, в каком конкретном случае эта неправильность проявляется, почему возникла аномия, в каких условиях, какой механизм протекания аномии и т.п. — для «ато-миста» важна лишь вероятность неправильного срабатывания. При *дополнительном* подходе исследователь анализирует не аномию вообще, его интересуют конкретные случаи аномии — в качестве предмета анализа он берет совокупность случаев, возникающих в определенной системе. При *индолом* подходе предметом анализа является лишь один из классов аномий, возникающих в отдельной системе. И при *индивидуальном* — совокупность частных условий возникновения отдельной единичной аномии.

Обращает на себя внимание тот факт, что во всех подходах предметом анализа является не сам по себе конкретный случай аномии, а какая-либо общая для многих аномий характеристика — либо общий для всех аномий механизм, либо общее для всех аномий свойство. Анализ аномий как массовых явлений является принципиальным положением современной медицины.

В основе эмпирического подхода лежит процедура *обобщения*, направленная на поиск общих характеристик некоторой совокупности событий, причем, по сути, совершенно не важна величина массива событий: от сколь угодно большого до двух — главное, чтобы была совокупность событий, в которых ищется общее им свойство. В основе рационального подхода лежит процедура *абстрагирования*: переход от наблюдения внешней явлений к мысленной абстракции, к внутренней сути, сущности, выделяемой уже в абстрактном мышлении. В этой эпистемологии тоже не важна величина массива наблюдаемых явлений: от сколь угодно большого до одного — главное, чтобы за всем внешним многообразием уловить единую сущность.

Практическая неэффективность современной медицины бронхиальной астмы и философская непроработанность проблемы (мыслительных средств анализа) бронхиальной астмы ставит задачу разработки принципиально нового подхода к бронхиальной астме.

Когда говорят о принципиально новом, обычно подразумевают, что все старое просто выбрасывается. В виртуалистике не так. Виртуалистика предлагает новый подход как продукт развития старых подходов; виртуалистика надстраивается над константной медициной, не отрицая ее огульно.

Проблема анализа реальных случаев

Резюмируя обзор константной медицины бронхиальной астмы, можно сделать следующие выводы.

1. Рациональные и эмпирические подходы не увязаны друг с другом: либо дается априорное объяснение конкретным случаям, либо к конкретному случаю могут применяться любые объяснения – обоснования применимости ни в том, ни в другом случае не приводится.

2. Описаний субъективной картины аномии не приводится и соответственно нет полных описаний случаев аномии – все описания делаются только в той мере, в какой это необходимо для иллюстрации предлагаемого объяснения.

3. Бронхиальной астмой занимаются весьма компетентные в медицине специалисты.

4. Все предлагаемые лечебные меры носят неспецифический характер, так как отсутствует обоснованная теория бронхиальной астмы.

5. Отсутствие значимых практических результатов в борьбе с бронхиальной астмой свидетельствует о том, что конкретный механизм этой аномии не вскрыт.

6. У всех работ по бронхиальной астме, несмотря на их различие, есть одна общая методологическая предпосылка: каждый автор ищет какой-нибудь недостаток в организме и объясняет аномию, апеллируя к наличию этого ненормального, необычного, неадекватного и т.п. фактора. Эти факторы могут быть самыми различными. Несколько утрируя эту позицию, можно ее сформулировать следующим образом: если бы все было нормально, ничего бы не случилось.

Справедливости ради, надо сказать, что в философии, помимо эмпиризма и рационализма, известен еще один тип философии – трансцендентализм, предполагающий существование неких высших сил (Лекторский, 1999). Но современная медицина строго избегает трансцендентализма.

Итак, на основании вышесказанного можно утверждать, что ни эмпиризм, ни рационализм не являются адекватными эпистемологиями (философиями) для анализа бронхиальной астмы, т.е. современная (классическая, по В.А.Лекторскому) философия неадекватна такому разделу медицины, как медицина бронхиальной астмы. Это требует разработки адекватной философии. С нашей точки зрения, адекватной философией для медицины бронхиальной астмы является виртуальная философия (Носов, 2000, 2001).

Перспективы константной медицины

Когда рукопись этой книги уже была закончена, ко мне попал красивый буклет, представляющий собой одновременно приглашение на билет и программу I Европейского конгресса по астме (9–12 сентября 2001 г., Москва) и IV съезда иммунологов и аллергологов СНГ (12–14 сентября 2001 г., Москва). Организация этих двух мероприятий проводилась как единое событие – форум. Форум, видимо, был достаточно значимым социальным событием, поскольку включен в план научно–практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ на 2001 год, сопровождался выставками, имел крупных спонсоров и очень сильную информационную поддержку от множества российских и зарубежных специальных изданий и средств массовой информации. Форум проходил в Центре международной торговли, открывался в Большом театре балетом «Жизель».

Судя по тематике форума, константная (официальная, соматическая, биомедицина) медицина пошла по пути создания социальной виртуальной реальности под названием «астма»: создание мощных социальных структур, занимающихся астмой, но не имеющих целью искоренение астмы. Как я писал выше, в случае астмы врачи считают своей задачей расширение исследований, создание государственных структур по контролю астмы и помощь (но не излечение) страдающим астмой. Собственно, эту тенденцию и реализует организация форума. Я не знаю, как прошел этот форум. С точки зрения философии важен не факт его проведения, а тенденция, направление развития раздела медицины, занимающегося бронхиальной астмой.

Не боясь показаться излишне скрупулезным (поскольку дело касается тысяч людей, страдающих бронхиальной астмой), я воспроизведу темы, предложенные организаторами для обсуждения.

Европейский конгресс по астме 9–12 сентября 2001 года

Тематика основных направлений

Эпидемиология астмы. Генетические основы астмы. Астма и воспаление. Роль оксида азота в патогенезе астмы. Атопия и астма. Астма и аллергический ринит. Ранняя профилактика за-

болеваемости астмой. Диагностика и лечение аспириновой астмы. Астма и беременность. Лечение остеопороза при астме. Профессиональная астма. Астма у детей. Факторы риска у детей. Лечение астмы у детей. Астма у пожилых. Тяжелая астма. Новые технологии и лечение астмы. Противовоспалительные стероиды нового поколения в базовом лечении астмы. Роль антагонистов лейкотриеновых рецепторов в лечении астмы. Усовершенствование ингаляционных методов лечения астмы. Проблемы реабилитации больных астмой. GINA и национальные инициативы по лечению астмы. ISAAC, GOAL и другие образовательные программы. Социально-экономические проблемы астмы. Качество жизни и астма. Никотин и астма. Окружающая среда, экология и астма.

Пленарные лекции

Генетика астмы. Можно ли снизить смертность при астме? Астма и хронический обструктивный бронхит: больше различий, чем сходства. Эволюция терапии астмы. Успехи комплексного лечения астмы антигистаминными средствами и лейкотриенами. Астма и болезни верхних дыхательных путей. Конъюгированные аллерговакцины: создание, испытания, перспективы. Новый подход к профилактике аллергических заболеваний: индукция толерантности с помощью аллергеновых коктейлей.

Основные симпозиумы

Биомаркеры воспаления при астме. Клеточная биология астмы. Генетика астмы. Аллергическое воспаление. Эпидемиология астмы. Эпидемия астмы. Рекомендации по профилактике и лечению астмы. Тяжелая астма. Новые методы лечения астмы и аллергии. Астма у детей. Астма и аллергический ринит. Бронходилататоры. Атопия и астма. Пищевая аллергия и астма. Модификаторы лейкотриенов. Кортикостероиды при лечении астмы: механизмы, действие и побочные эффекты. Образовательные программы и организация помощи больным астмой. Многообразие проявлений астмы. Современные методы реабилитации при астме.

IV съезд иммунологов и аллергологов СНГ 12–14 сентября 2001 года

Тематика основных направлений

1. Иммуитет и иммунная система.

Молекулярные и клеточные основы иммунитета. Стволовые клетки и иммунопоэз. Эволюция и развитие иммунной системы. Регуляция и эффекторные функции Т- и В-лимфоцитов. Роль лимфоцитов в иммунном ответе. Дифференциация и активация лимфоцитов. От иммуномодуляторов к активации лимфоцитов. Иммунологическая память. Регуляция иммунного ответа. Генетика иммунного ответа. Интерлейкины и их регуляция при иммунном ответе. Механизмы иммунологической толерантности. Каталитические антитела и аутоантитела. Рецепторы клеток иммунной системы. Главный комплекс гистосовместимости. Хемокины и их рецепторы. Интерфероны. Цитокины и пептилы. Роль нелимфоидных клеток при воспалении. Регуляция генов при остром воспалении. НК-клетки в норме и при патологии. Макрофаги и иммунный ответ. Неспецифические факторы защиты (комплемент и фагоцитоз) и их роль в иммунном ответе. Иммунитет на этапах филогенеза.

2. Аллергия и аллергические заболевания.

Генетика аллергии. Аллергодиагностика. Новое в учении об аллергическом воспалении. Молекулярная биология и регуляция IgE. Клетки воспаления и их медиаторы. Цитокины в аллергическом процессе. Молекулы адгезии и аллергический ответ. Иммуно-нейро-эндокринные взаимоотношения в аллергическом ответе. Механизмы развития аллергических заболеваний. Аллергены и аэриобиология. Диагностические и лечебные формы аллергенов. Аллерген – специфическая иммунотерапия. Риниты и конъюнктивиты. Факторы риска возникновения и поддержания аллергии. Возможности элиминационных методов лечения и профилактики аллергических болезней. Новые аспекты фармакотерапии аллергических заболеваний. Аллергодерматозы. Лекарственная и пищевая аллергия. Профессиональные аллергические заболевания. Анафилаксия, неотложные аллергические состояния. Особенности клиники, диагностики, лечения, профилактики аллергических заболеваний в детском возрасте. Социально-экономические проблемы аллергологии. Эпидемиология аллергических заболеваний. Аллергологические и иммунологические проблемы современной экологии.

3. Атопический дерматит: эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение.

4. Иммунопатология: этиология, механизмы развития, диагностика, лечение и профилактика, эпидемиология.

Современные концепции этиопатогенеза иммунологических заболеваний. Апоптоз – причина или следствие заболеваний? Роль Th1/Th2 в развитии иммунопатологии. Противовоспалительные цитокины в диагностике и лечении заболеваний. Медицинские диагностические системы будущего. Современные аспекты оценки иммунного статуса и иммунологического мониторинга. Растворимые лейкоцитарные рецепторы в диагностике иммунологических заболеваний. Генодиагностика и генотерапия. ПЦР–диагностика. Перспективы цитокино- и антицитокинотерапии. Возможности использования пептидов при лечении иммунопатологий. Иммунореабилитация: стратегия и тактика при различных заболеваниях в клинике, амбулатории и санаторно-курортных условиях. Иммуномодуляторы нового поколения. Первичные иммунодефициты. Проблемы диагностики и лечения аутоиммунных заболеваний. Генетика и геномика аутоиммунных и инфекционных болезней. Современные методы иммунодиагностики и иммунотерапии инфекционных заболеваний. Вирусы и иммунодефицитные состояния. ВИЧ-инфекция и СПИД. Проблемы иммунодиагностики, иммунопрофилактики и иммунотерапии туберкулеза. Особенности иммунодиагностики и иммунокоррекции при хронических неспецифических заболеваниях легких. Иммунопатология в нефрологии. Иммунопатология в эндокринологии. Иммунодиагностика и иммунотерапия сахарного диабета. Иммунология репродукции. Иммунология при беременности (система «мать–плод»). Особенности иммунитета в постнатальном онтогенезе. Иммунология старения. Нейроиммунология и нейроиммуномодуляция. Трансплантационный иммунитет. Трансплантация клеток. Ксенотрансплантация. Трансплантация эмбриональных органов. Рак и другие злокачественные заболевания: иммунодиагностика и перспективы иммунотерапии. Иммунология глазной патологии. Успехи в иммуногематологии. Эпидемиология иммунопатологии в странах СНГ.

5. Вакцинопрофилактика, вакцинотерапия.

Вакцины нового поколения. Генноинженерные вакцины. Синтетические пептидные вакцины. ДНК–вакцины, РНК–вакцины. Антиидиотипические вакцины. Аллерговакцины. Раститель-

тельные вакцины. Вакцины, содержащие продукты генов гистосовместимости. Мукозальные вакцины. Микрокапсулированные вакцины. Групповые и индивидуальные вакцины. Вакцинопрофилактика у взрослых и детей. Вакцины для профилактики гриппа и гепатита.

6. Организация иммунологической и аллергологической службы в системе государственного страхового и коммерческого здравоохранения.

7. Преподавание иммунологии и аллергологии.

Образовательные программы по иммунологии и аллергологии в медицинских институтах. Особенности преподавания иммунологии и аллергологии на этапе последиplomного образования. Методология преподавания иммунологии и аллергологии для врачей—лаборантов лабораторий клинической иммунологии и аллергологии.

8. Современные информационные системы и технологии в иммунологии и аллергологии.

9. Международная школа по аллергологии и клинической иммунологии.

• • •

Судя по материалам форума, официальная медицина пошла по пути константной медицины.

2. ВИРТУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Виртуалистика о бронхиальной астме

Итак, бронхиальной астмы нет. А есть нарушение виртуальной регуляции дыхания, в запущенных случаях приводящее к морфологическим изменениям в дыхательной системе. Современная константная медицина занимается событием (вирусами, нагноениями и т.д.), упуская собственно виртус — то, что нарушает процесс регуляции дыхания. Нарушение управления дыханием приводит к ослаблению дыхательной системы, и тогда она становится подверженной самым разнообразным факторам внутренней и внешней среды в зависимости от индивидуальной предрасположенности человека. Чаще всего нарушение виртуального управления дыханием сопровождается нарушением виртуального управления другими системами организма, что создает большое многообразие проявлений бронхолегочной патологии.

Мы представляем, что есть виртуальный пласт человека, виртуальное тело человека, которое осуществляет функцию интеграции органов и систем человека в единое целое и осуществляет регуляцию (управление) морфологическими системами.

Теологи могли бы сказать, что это есть душа человека, но это не так, поскольку уровней регуляции неограниченно много (т.е. есть виртуальный пласт второго, третьего и т.д. уровней, т.е. как бы много разнокачественных душ у одного человека), а во-вторых, нет запрета на смертность этих виртуальных пластов. Опять же, здесь могут возразить, что, например, Аристотель выделяет три типа души у человека (растительная, животная и разумная) и при этом — только последняя бессмертна. Но

Аристотель делит души по морфологическому основанию (растительное, животное, разумное), что методологически некорректно делать по отношению к нематериальной душе.

Можно вспомнить, что Фома Аквинский утверждал, что тело и душа имеют виртуальный тип отношений между собой (подход такой же, как и в этой книге), но у Фомы виртуальное отождествлялось сразу с божественным, что в виртуалистике некорректно (Носов, 2000).

Но мы должны отметить, что обсуждаем только первый виртуальный пласт и только относительно бронхолегочной патологии, поэтому в соответствии с бритвой Оккама (не умножать сущности сверх меры) мы оставим все вопросы сверх темы книги без обсуждения.

Модель занозы

Представим, что человечество не знает, что такое заноза. Какова будет «незанозная медицина»? Итак, совершенно здоровый человек занозил руку и не заметил это (так как не знает, что существуют занозы). В руке у него начались боли. Он идет к врачу с жалобами на боли. Врач не может определить, отчего возникли боли (так как он тоже не знает, что существуют занозы). Он направляет человека на анализы. Анализы не показывают никаких нарушений в работе организма, так как физиологические процессы еще не нарушены. Врач назначает успокаивающие и болеутоляющие лекарства и отправляет человека домой — ждать, когда появится какая-либо физиологическая симптоматика. Через некоторое время заноза начинает нарывать, а постоянные боли угнетающе действуют на психику человека. Он опять идет к врачу. Врач опять его посылает на анализы, к невропатологу и психиатру. Анализы показывают наличие воспалительного процесса в организме, а невропатолог и психиатр — наличие отклонений в работе нервной системы и психики. Врач констатирует: человек болен, его надо лечить. Человеку дают различные лекарства, но независимо от поставленного диагноза, квалификации врача и достижений научной медицины, поскольку заноза остается в организме, единственно, что можно сделать — реагировать на проявления болезни. Но источник воспалительных процессов остается в организме и организм начинает адаптироваться к существованию в нем воспалительного процесса, что ведет к перестройке работы всех органов и систем и в связи с этим к повышению зависимости человека от множества «посторонних» факторов: инфекций, погодных условий, окружающей среды, возраста, генетических и личностных особенностей и т.д. и т.п. Началось вторичное, системное, заболевание; вторичное в том смысле, что одно невылеченное заболевание приводит к нарушению работы всей системы. Врачи констатируют возникновение болезни, совокупность сходной феноменологии (т.е. массу других не менее непонятных случаев) объединяют в одну нозологическую единицу, дают ей наименование, например, «нонандестения» (от английского «непонятно что»). Объявляют болезнь очень сложной, комплексной, хронической. Задачей медицины становится неспецифическая для медицины задача — задача «ведения» больного, т.е. обеспе-

чение его *социальной* «живучести», а не излечения. Все медицинские усилия направляются на изучение вторичного заболевания, но за счет этого сильно возрастает социальная значимость медицины: создаются национальные ассоциации специалистов по нонандестении, создаются национальные программы по борьбе с нонандестенией, мировое сообщество нонандестенологов, создается сеть образовательных учреждений, в которых людей, страдающих от заноз, учат жить полноценной общественной и личной жизнью с занозами в организме.

Но нет профилактики.

Если бы вовремя была извлечена заноза, то и не было бы проблемы нонандестении и всей ее социальной значимости, а также социальной значимости нонандестенологов. Нонандестения порождает целую социальную сферу: со своей мифологией (мировоззрением), административными структурами, финансовыми потоками, социально-политической значимостью, промышленной индустрией лекарств, научными разработками и т.д.

Это и происходит в медицине с бронхиальной астмой. Как, показали наши исследования, совершенно аналогичная картина и со многими другими хроническими «заболеваниями»: алкоголизм, наркомания, язвенная болезнь (Носов, 2000; Юрьев, 2000).

Я так долго описывал нонандестенологию совсем не из саркастичности моего характера. Дело в том, что появление социальной сферы нонандестенологии иллюстрирует механизм появления виртуальной реальности, в данном случае – социальной виртуальной реальности. Виртуальная реальность порождается активизацией функционирования всего одного элемента системы. В данном случае – занозой в организме, а приводит к появлению полноценной социальной сферы, со всеми ее компонентами. Любая виртуальная реальность автономна, т.е. внутри нее свои законы бытия, несводимые к законам существования реальности, породившей ее, поэтому любая виртуальная реальность самоценна – основания для своего существования она находит внутри самой себя, ей не нужно внешнее обоснование, т.е. ей не нужны доказательства своей необходимости (важности, нужности) – она существует для того, чтобы она существовала. Поэтому нет необходимости в доказательстве эффективности ее функционирования – для обоснования ее необходимости достаточно указание на очевидность ее необходимости. Любая виртуальная реальность, воплотившаяся в некие материальные организмованности, ставшая константной реаль-

ностью, активно препятствует деактивации порождающего его элемента. Как, например, табачная промышленность препятствует противотабачной кампании. В этом смысле нонандестеническое сообщество кровно заинтересовано в том, чтобы занозы из тела не вытаскивали. Это сообщество готово потратить невероятные усилия на обеспечение жизни людей с занозами, но только не на то, чтобы научиться вытаскивать занозы как только они оказались в организме. Как только общество научится вытаскивать занозы, вся пирамида нонандестенического сообщества рухнет, как, например, рухнуло сообщество дефицита товаров при либерализации российской экономики: уже не нужны связи, знакомства, взятки и прочее, чтобы приобрести какую-либо вещь. Как рухнул «Талибан» в Афганистане в 2001 году, как рухнул коммунизм в 1991 году, как рухнул царизм в 1917 году, как рухнул Рим и т.д. и т.п. Смысл существования любой виртуальной реальности – обеспечение своего собственного существования, и ничего более, независимо от того, как и почему возникла эта реальность.

Существует огромное количество различных виртуальных реальностей, которые породили виртуальные реальности следующего уровня, которые, в свою очередь, породили виртуальные реальности следующего уровня. Мир – это переплетение константных и виртуальных реальностей различного уровня. Дело не в оценке – хорошо или плохо жить в виртуальной реальности. Само по себе это и не хорошо, и не плохо. Дело в том, какой элемент порождает данную виртуальную реальность: нейтральный или негативный. Скажем, виртуальная реальность спорта строится на сопереживании зрителя спортсмену. Из этого могут проистекать и негативные, и позитивные последствия, но сам по себе факт сопереживания нельзя оценить ни как негативный, ни как позитивный. В отличие от факта заболевания. Заболевание – факт с гуманистической точки зрения негативный, и нельзя оправдать существование виртуальной реальности, паразитирующей на страдании человека.

При чтении книг по бронхиальной астме создается впечатление, что бронхиальная астма явление в принципе неустранимое, что бронхиальная астма – такая же неотъемлемая биологическая часть человека, как рука или нога, как слух или зрение. Произошла онтологическая путаница: врачи занимаются не бронхиальной астмой, а человеком, имеющим бронхиальную астму как заданную и неустранимую, и исследуют взаимоотношения

бронхиальной астмы и человека. Такое впечатление, что если научиться элиминировать бронхиальную астму (излечивать человека), то специалистам по бронхиальной астме станет нечего делать.

Бронхиальная астма – заболевание не смертельное, дающее возможность долго заниматься больным. В случае с воспалением легких такое невозможно, и воспаление легких достаточно эффективно излечивается. Спрашивается, почему такая разница между двумя видами заболевания дыхательных путей?

Видимо, потому, что воспаление легких – заболевание соматическое, а бронхиальная астма – виртуальное. Источник бронхиальной астмы находится вне сферы медицины, в психологических виртуальных реальностях. То, что в медицине называется «бронхиальная астма», есть *казус*, порождаемый *виртусом*, находящимся в другой, относительно морфологического проявления бронхиальной астмы, реальности. Поскольку медицина «варится» исключительно в рамках одной реальности, морфологической, то она не может концептуализировать (построить теорию) явлений, затрагивающих две и более реальности. Сколько бы типов факторов врачи ни привлекали при анализе бронхиальной астмы (генетические, экологические, гистологические и проч.), все эти факторы одного и того же порядка, однородные. Даже когда привлекаются психологические и социальные факторы, эти факторы рассматриваются как существующие наряду с другими (морфологическими), а поэтому выхода в другие онтологии не происходит. Собственно, поэтому специалисты и не могут по существу привлекать психологию и социологию, т.к. выхолащивают эти дисциплины, сводя их до уровня факторов материального характера.

Аретея

«Арете» в переводе с греческого по словарю А.Д.Вейсмана (1899, 1991) означает «доблесть, добродетель; вообще совершенство, превосходство, достоинство (как физическое, так и нравственное): мужество, храбрость, как лат. *virtus* (в этом знач. часто у Гомера и прочих писателей)...» (колонка 193). Собственно, синонимичность «арете» и «виртус» и побудила выбрать термин «аретея» для обозначения практики работы с виртуальными реальностями (Носов, 1998а).

Для обозначения виртуальной практики хорошо бы подошло русское слово «врачевание», для виртуального практического психолога – слово «врач», поскольку слово «врач», по Фасмеру (1986), происходит от слова, имеющего в качестве корня *vr̥t* - «врать». Врачом в древности называли колдуна, заклинателя, который мог врать, т.е. заговаривать, лечить. Но слово «врач» занято, поэтому для обозначения виртуальной практики взято греческое слово «арете».

Специфика аретеи определяется двумя принципиально важными обстоятельствами, из которых вытекают все остальные частные особенности этого вида практики.

Первое. Аретея основывается на вполне специфических моделях - виртуальных.

Виртуальные модели являются полионтичными, т.е. включают в себя минимум две непереложимые онтологические реальности. Это могут быть реальности, относящиеся к разным дисциплинам, например, физиологии и психологии, могут быть реальности, относящиеся к одной дисциплине.

В других видах практики либо не признается существование разных реальностей, и поэтому причина и следствие рассматриваются как относящиеся к одной и той же реальности, либо, если признается существование разных реальностей, причина помещается либо в реальность более низкого уровня (так называемый редукционизм), либо в реальность предельно высокого уровня (бог, абсолют и т.п.).

В виртуалистике и соответственно в ее практической части, аретее, признается полионтичность объекта, и источник возникновения явления предполагается находящимся в более высокой реальности (это не значит, что в виртуалистике отрицается принципиальная возможность моноонтических моделей, просто они находятся вне виртуалистики). В более высокой реальности на-

ходится не причина, а собственно *virtus* – сила, вызывающая явление к жизни. В той же реальности, к которой принадлежит событие, есть совокупность многих причин и условий, обеспечивающих осуществление этого события. Такая модель позволяет выйти за пределы бесконечного ряда причин и следствий, вызвавших данное событие. Например, в психологии ошибок причиной элементарного действия (например, летчик нажал одну кнопку вместо другой) могут считать все, что угодно – от особенностей расположения самих кнопок до особенностей личности родителей этого летчика (Носов, 1990). Выбор типа причины – прерогатива исследователя. Причина остановки исследователей, например, на родителях летчика, совершившего ошибку, чисто условна, ничто не запрещает искать причину и в третьем колене, и в четвертом..., и т.д. И в определенном смысле такая концептуализация ошибочного действия правильна – в рамках моноонтической модели, – поскольку все со всем связано причинно-следственными связями. Но в такой концептуализации нет практического смысла, так как причин бесконечно много, и единственным эффективным способом борьбы с ошибкой может считаться изменение мира, нарушение имеющейся цепи причин и следствий.

Второе. Аретя основана на вполне определенной онтологии (философии), строится на соответствующих онтологии теоретических моделях и соответствующих теоретическим моделям экспериментальных исследованиях. Таким образом, аретя – тип практики, имеющий философское и научное (теоретическое и экспериментальное) основание.

Большинство современных гуманитарных практик основывают свое право на существование либо своей практической эффективностью, не заботясь о том, что по сути они делают, не заботясь о границах своей применимости и возможных негативных последствиях, либо указанием на всеобщность используемой модели, совершая такую методологическую ошибку, как отождествление частной теоретической модели с онтологической. Такая ошибка совершается, например, в психоанализе, который свою первоначальную модель невроза превратил в модель всего человека и даже человечества.

В виртуалистике на базе единого онтологического представления может быть построено множество частных теоретических (научных) моделей, каждая из которых (будучи экспериментально верифицированной) соответствует определенной сфере практи-

ки. Большая же часть современных гуманитарных практик не утруждает себя работой по проведению процедур (в терминологии Т. Куна (1977)) верификации (доказательства истинности) и фальсификации (указания границ применимости), поскольку не озабочены своим научным и философским обоснованием. В случае артеи философское и научное обоснование обеспечивает эффективность практических действий.

В этом смысле, проводя критическую работу относительно артеи, нельзя ограничиваться указанием лишь на какие-то ее отдельные моменты, а необходимо подвергать анализу всю виртуалистику как целостный подход, увязывающий в себе блок философских, научных и практических знаний. Точно так же, если проводить аналогии между артеей и другими видами практической работы, необходимо рассматривать не только сходство и различие отдельных процедур, но и их философские и научные основания.

Одна из сложностей понимания того, что такое артея, заключается в том, что сама категория виртуальности является относительной. Она определяется через сопоставление с категорией константности: то, что является виртуальным, определяется тем, что берется в качестве константной реальности. Например, для мануальной терапии константной реальностью является опорно-двигательный аппарат. Скажем, кардиолог будет искать причину сердечной боли в сердце и лечить эти боли будет лекарствами, действующими на работу сердца. Для него полагание причины боли в зажатости мышц спины или сдвиге позвонков — это трансцендентный выход за рамки своей реальности. Но с другой стороны, для мануального терапевта такой же трансцендентной реальностью является переход в сферу психических образов. Виртуальный переход дает возможность сделать разрыв бесконечности причин в рамках одной и той же реальности. В этом смысле в артее надо различать виртуальную и константную реальность и знать, что всегда есть возможность перехода в виртуальную реальность более высокого уровня.

Артея не имеет предметной отнесенности, так же как и виртуалистика. Артея может быть применена во всех сферах жизни человека.

Таким образом, артея — это не метод, не методика, а тип практики, в рамках которого могут применяться разные способы работы. Артея — область практики работы с виртуальными объектами: консуеталами, виртуалами и собью. Слово «вирту-

альный объект» в данном случае означает любой фрагмент виртуальной реальности или отдельную виртуальную реальность, или совокупность виртуальных реальностей — то, что берется в качестве предмета оперирования (исследования, трансформации, развития и т.д.).

Термин «аретей» имеет два смысла. Первый — тип практики, практическая часть виртуалистики, второй — собственно практическое воздействие. Надо отметить, что в полисемантичности слова нет большого недостатка. Например, термин «терапия» означает и раздел медицины, и конкретный способ лечения заболевания.

Для обозначения того человека, который осуществляет аретей, можно использовать слово «аретейт» (хотя не менее правильным было бы использование и слова «артист» или «виртуоз», но они уже заняты).

Для обозначения того человека, с которым имеет дело аретейт, тоже имеет смысл ввести специальный термин — аретент. В современной практике нет адекватного термина для обозначения человека, на которого оказывается воздействие. Есть только термины «пациент» и «клиент». Но термин «пациент» имеет очень сильные медицинские коннотации и предполагает, что практик осуществляет процедуры лечения, что подразумевает, что «пациент» — человек в каком-то смысле больной. Термин «клиент» означает, что этот человек получает какую-то услугу (лечебную, консультационную и т.п.) от другого человека и должен за эту услугу заплатить. Поскольку термин «клиент» подразумевает товарно-денежные отношения с четкими денежными эквивалентами, он в принципе является неадекватным для обозначения любого взаимодействия с человеком, кроме товарно-денежных.

Можно выделить три вида аретей: аттракция, девиртуализация и синомия. Аттракция имеет целью привлечение внимания к аномичному элементу, когда нарушенный процесс протекания деятельности отражается в самообразе как нормально протекающий, т.е. произошло рассогласование процессов в образе и самообразе. Примером аттракции являются способы борьбы с консуетальными ошибками. Девиртуализация направлена на лишение статуса виртуальности аномичного образа. Примером девиртуализации являются способы борьбы с алкоголизмом. Синомия направлена на согласование виртуальных реальностей — как элементов внутри одной реальности, так и разных реальностей между собой. Примером синомии являются способы борь-

После обследования ее спины и поясницы, выявлено наличие развивающегося остеохондроза и очень большое мышечное напряжение в мышцах спины, нарушение расслабленного дыхания (выдох происходил с придыханием).

Я предложил ей поработать со своим воображением (через представление своего тела и его возраста). После традиционного растирания, вибрирования и успокаивающего поглаживания, попросил женщину закрыть глаза и просматривать свое тело в возникающем образе. При прикосании моих рук по уровню плеч, с ее слов, возник образ себя в возрасте 19–21 года, при этом она увидела себя в другом платье, и тут же сказала, что руки стали теплыми. При проведении руками по боковым мышцам спины и бедер и до ступней ног, женщина сказала, что она увидела себя в 10–12-летнем возрасте, и сразу вспомнила, что ее пытались изнасиловать в школе; при этом ноги имели разницу в возрасте — правая нога была на 5 лет старше левой, и еще — будто она в сапоге. Дальше я стал менять позиции поглаживающих рук: если одна рука поддерживала контакт с левой верхней частью тела, то другая в это время поглаживала правую ногу от бедра к стопе и обратно. Первую минуту я почувствовал руками как мышцы тела будто налились напряжением. Тогда я спросил: «Что получается с образом?» — она ответила, что напряженно ищет образ и не может явно себя представить. Я продолжил еще одну минуту производить поглаживания, также меняя положения рук. Через 45 секунд я явно почувствовал и увидел как тело моментально расслабилось. Я сразу спросил: «Как поживает образ?» — Она мне ответила: «Сейчас я вижу себя 17-летней девушкой, загорающей на пляже в Сочи, мое тело очень расслабленно и спокойно». Я похвалил ее и попросил перевернуться на спину. На ее лице возникла тревога, которую я попробовал снять, сказав ей: «Теперь можно тревожиться за свой образ, так как Вы не знаете, что будет дальше». Ей не захотелось тревожиться, а захотелось узнать, что будет дальше. Я попросил продолжать работать со своим воображением и образом своего тела, уделяя расслабляющему выдоху большое значение. Она попробовала 2–3 раза сознательно дышать расслаблено. Я продолжил поглаживания туловища: по центру грудной клетки и животу до пупка. В этот момент женщина выразила сильное удивление и сказала, что почувствовала, как молодой возраст спины стал распространяться по всему телу, а старый возраст стал словно вытекать из нее, при этом ноги стали совершенно расслаблен-

ными и она даже почувствовала биение пульса в подушечках пальцев ног. На вопросы о самочувствии отвечает, что ничего не болит. Я попросил ее подняться, что она очень легко сделала и сразу сказала, что что-то такое произошло, что она как-то по-другому чувствует свое тело. На боли не жаловалась.

Через 2 недели я узнал от нее по телефону о том, что боли все прошли, она прекратила употребление лекарств. И что интересно — эта женщина потеряла 8 килограммов веса, до нашей встречи она имела II степень ожирения».

Из этого случая хорошо видно, что чисто медицинский подход к болезни укладывается в схему «сущность — явление»: есть боль и есть физиологический механизм этой боли. Лечение заключается в регуляции этого механизма: использовании анальгетиков и новокаина. Нарушения сна, аппетита, психологические изменения рассматриваются врачами как артефакты — последствия физиологической боли.

В.В.Миронов, как квалифицированный мануальный терапевт, обнаружил механизмы более высокого уровня: остеохондроз, постоянное мышечное напряжение, нарушенное дыхание. Традиционная мануальная терапия заключается в снятии этих причин: вправить позвонки и снять мышечное напряжение. Но, как показывает практика мануальной терапии, даже после эффективного лечения болезнь часто возвращается без всяких видимых причин (явление возвратности аномии).

Аретея в данном случае заключается в том, что аретевт включил в свою работу аномальный виртуальный телесный образ аретента. Этот аномальный образ и приводит к возвращению аномии. Актуализация виртуального образа у аретента и девиртуализация его, наряду с собственно мануальным воздействием, обеспечивает эффективную аретею. Девиртуализация аномального образа приводит к нормализации функционирования других физиологических систем организма, что выразилось в регуляции обменных процессов.

В аретее очень важна процедура «заполнения пустоты». Дело в том, что при работе с виртуальным аномальным органом происходит не трансформация этого органа в нормальный, здоровый орган, а элиминация аномии, уничтожение аномального органа. И как показывает практика, нормальный виртуальный орган активизируется не сразу, а постепенно, со временем. А поскольку процедуры аретей, как правило, достаточно кратковременны, то константное тело не успевает за время аретей

перестроить свое функционирование с аномального режима (соответствующего аномальному органу) на нормальный. Поэтому эффективный результат аретей со временем может исчезнуть, поскольку константное тело, привыкшее функционировать в аномальном режиме, репродуцирует аномию. Таким образом в виртуальной реальности образуется пустота, когда уже нет аномального виртуального органа и еще нет нормального виртуального органа. Чтобы аномия не возобновилась, необходимо заполнить эту пустоту образом здорового органа. Именно поэтому В.В.Миронов дал аретенту нормативный образ тела (образ самой себя в 17 лет). Заполнение пустоты необходимо, чтобы анимировался свой собственный виртуальный орган, адекватно включенный в систему виртуального тела.

Рассмотрим два конкретных случая аретей бронхиальной астмы. В первом случае аретее подвергся ребенок 12 лет, у которого нарушенное дыхание еще не привело к вторичным заболеваниям, и поэтому для его аретей достаточны чисто виртуальные методы. Во втором случае аретее подвергся взрослый человек с большим «стажем» бронхиальной астмы и большим букетом вторичных заболеваний. Работа с виртусом демонстрирует большую эффективность девиртуализации астматического виртуса, но невылеченные вторичные заболевания приводят к возрождению астматического виртуса. Откровенно говоря, у нас не было возможности полноценной работы с астматической аномией: и девиртуализации виртуса и синонии виртуальной астматической реальности с морфологической реальностью, но такая работа с алкогольными аномиями показала ее эффективность: после девиртуализации алкогольного виртуса и синонии виртуальной алкогольной реальности и морфологии алкогольная зависимость исчезала полностью и навсегда (Носов, Яценко, 1996).

Компактно идея виртуалистики изложена в «Манифесте виртуалистики» (Носов, 2001), который я и воспроизвожу полностью.

Манифест виртуалистики

1. Преамбула: мир виртуален.

Мир меняется и меняется понимание мира человеком: буквально в последние 30 лет возник новый тип философии, именуемый «постнеклассическим»; возникли новые подходы в науке (синергетика, экология и др.); возникли информационные технологии, породившие новые профессии и изменившие многие виды практической деятельности. Примет нового мировосприятия можно приводить множество.

Одной из новых мировоззренческих систем является виртуалистика.

В традиционном мировоззрении принято считать, что существует одно (монизм), два (дуализм) или несколько (плюрализм) исходных, вечных, абсолютных, не сводимых друг к другу, «начал» («видов бытия», «стихий» и т.п.), которые порождают все остальные реалии. Исходные «начала» считаются истинными, реально существующими, а все остальное — порожденным, неистинным и даже нереальным. Происходящее в исходных началах считается сущностью, порождающей явления, происходящие в порожденных мирах. В виртуалистике считается, что порожденное обладает таким же статусом реальности и истинности, как и порождающее, что временность существования не делает событие менее существенным, чем породившее его «начало». Мир в целом, как и любая его часть, видится таким, в котором события порождаются, действуют, сами порождают другие события, умирают или включаются в другие события и т.д. — и все это *реально* существует. Мир получается многослойным, сложным, непостоянным, в котором все время порождаются и умирают его части и даже целые слои. И все это истинно, поскольку существует; каждая часть существует на собственных основаниях. И нет ограничений ни «вверх», ни «вниз», ни «вширь», ни «вглубь».

Мир виртуален.

Виртуалистика делает возможным *философски* концептуализировать виртуальность, сделать ее предметом *научных исследований и практических преобразований*.

2. Основные положения виртуалистики.

Виртуалистика — это не философия и не наука, а тип мировоззрения, точнее, постнеклассического мировоззрения. Виртуалистика — это не отрицание традиционной философии и на-

уки, но расширение поля действия: виртуалистика вводит в мировоззрение новую реальность и предлагает новый взгляд на мир. Базовой идеей, на которой строится виртуалистика, является идея виртуального существования (виртуальной реальности). Что такое виртуальная реальность?

Виртуальная реальность, независимо от ее «природы» (физическая, психологическая, социальная, биологическая, техническая и проч.), имеет следующие свойства: порожденность, актуальность, автономность, интерактивность.

Порожденность. Виртуальная реальность продуцируется активностью какой-либо другой реальности, внешней по отношению к ней.

Актуальность. Виртуальная реальность существует актуально, только «здесь и теперь», только пока активна порождающая реальность.

Автономность. В виртуальной реальности свое время, пространство и законы существования (в каждой виртуальной реальности своя «природа»).

Интерактивность. Виртуальная реальность может взаимодействовать со всеми другими реальностями, в том числе и с порождающей, как онтологически независимая от них.

В отличие от виртуальной, порождающая реальность называется *константной реальностью*. «Виртуальность» и «константность» образуют *категориальную оппозицию*, т.е. являются философскими категориями. В виртуалистике виртуальность противопоставляется не субстанциальности, как это было в традиционной философии, а константности, и отношения между ними относительны: виртуальная реальность может породить виртуальную реальность следующего уровня, став относительно нее константной реальностью. И в обратную сторону: виртуальная реальность может свернуться в элемент своей константной реальности. Система взаимопорождений и свертываний виртуальных и константных реальностей образует онтологическую модель.

Виртуальная онтологическая модель является новой для мировой философии.

Неверно понимать виртуальность как нереальность (возможность, иллюзорность, потенциальность, воображение и т.п.), виртуальность есть другая *реальность*. В виртуалистике полагается существование двух типов реальности: виртуальной и константной, — каждая из которых одинаково реальна.

Поскольку отношения между виртуальной и константной реальностями относительны, а существовать реальностей в их взаимопорождении и свертывании может неограниченное ко-

личество, то вопрос о первичной и истинной реальности в виртуалистике снимается — все они равно истинны и равно реальны. Это положение виртуалистики именуется «полионтизм» — существует много онтологически равнозначных реальностей.

Категориальная оппозиция «виртуальный-константный» — относительна, несубстанциальна и беспредметна.

Виртуалистика имеет дело с автономными *реальностями*, т.е. предполагает существование множества разнородных, не сводимых друг к другу «природ», миров; в виртуалистике недопустим редуccionизм — сведение событий одной реальности к другой реальности: ни к более низкой, ни к более высокой. Виртуалистика имеет дело с порожденными событиями, поэтому имеет возможность концептуализировать не только статичные, вечные вещи, но и *возникновение и становление*: генезис биологического тела, развитие ребенка, история государства, эволюция вселенной и т.д. Виртуалистика имеет дело с актуальным существованием, поэтому имеет возможность концептуализировать *события* — то, что существует только «здесь и сейчас»; виртуалистика может рассматривать любое событие не как статистически усредненный объект, а как уникальное, существующее в единственном числе: творческое состояние, акт мысли, поступок, жизнь отдельного человека, отдельное государство и т.д. Виртуалистика имеет дело с интерактивными реальностями, т.е. события одной реальности могут взаимодействовать с событиями другой реальности, поэтому виртуалистика признает постулат *единства мира*.

В силу полионтичности виртуалистика следует *принципу конструктивизма*. Невозможно построить абсолютную картину мира, так как никакая из реальностей не может считаться «последней», «самой истинной», «абсолютной» и т.п. Поэтому любая задача (построение философии, отдельной науки, решение частной практической проблемы и т.д.) становится решением относительной задачи, становится решением, обусловленным сознательным выбором человеком своего исходного положения в системе его мировоззрения. Таким образом, в виртуалистике человек должен сознавать исходные и конечные условия существования конструируемого объекта. Более того, в условия решения задачи входит и конкретное состояние человека, решающего задачу, что в целом и есть конструктивное отношение к миру.

Для философии в ее классическом понимании характерна ситуация онтологической внеположенности философа, когда мир предстает в качестве внешнего объекта размышлений. Полионтичность несовместима с постулатом экстерриториальности, ибо

человек не может быть ни просто субстанцией, ни абсолютом, иначе становится бессмысленной сама идея человека. Это означает признание *постулата имманентности* — человек принадлежит тому миру, который он мыслит, в котором действует, который воспринимает и переживает.

Категориальная оппозиция «виртуальный—константный» делает классические категориальные оппозиции «субъект—объект» (и синонимичные ей: «идеальное—материальное», «идеальное—реальное», «телесное—психическое», «объективное—субъективное», и проч.) и «сущность—явление» относительными, поскольку в каждой реальности при соответствующем конструктивном отношении можно найти свои «субъекты» и «объекты», свои «сущности» и «явления».

С точки зрения виртуалистики все другие мировоззрения (философии, науки, практики и т.п.) имеют дело исключительно с константной реальностью. Таким образом, виртуалистика включает в себя константные мировоззрения как частный случай.

3. Современное состояние виртуалистики.

Возникновение виртуалистики датируется 1986 годом, когда вышла наша с О.И.Генисаретским статья «Виртуальные состояния в деятельности человека-оператора» (Труды ГосНИИ гражданской авиации. Авиационная эргономика и подготовка летного состава. Вып. 253. М., 1986, с. 147-155), в которой введена идея виртуальности как принципиально нового типа события. Сам термин «виртуалистика» предложен мною и получил официальный статус в 1991 г., когда была создана Лаборатория виртуалистики в Институте человека Российской академии наук. В 1994 г. мною была защищена докторская диссертация по психологии «Психология виртуальных реальностей и анализ ошибок оператора» и опубликована монография «Психологические виртуальные реальности» (М., 1994. 196 с.), в которых изложены основы виртуалистики как самостоятельного направления в философии и науке.

К настоящему времени, благодаря усилиям сотрудников Лаборатории виртуалистики (преобразованной в 1997 г. в Центр виртуалистики) и энтузиастов, живущих по всей России, виртуалистика превратилась в достаточно мощное социальное движение, имеющее существенные результаты в философии, теоретической и экспериментальной науке, а также — и в практике.

С 1994 г. Центр виртуалистики ежегодно проводит конференции по виртуалистике. С результатами в области виртуалистики можно познакомиться по книгам, изданным Центром виртуалистики, в том числе – в серии «Труды лаборатории виртуалистики». К моменту провозглашения данного Манифеста издана 21 книга.

Виртуалистика возникла и как ответ на практические вопросы, неразрешимые в рамках константной науки. За 15 лет своего существования (1986–2001 гг.) небольшой коллектив людей, разделяющих философию виртуалистики, разработал особый тип практики (аретей), дающий возможность решения задач, фактически не решаемых в рамках прежней науки.

За 15 лет проделана работа в области философии, теоретической науки (социология, психология, медицина, педагогика), проведены обширные экспериментальные исследования, разработаны практические средства. Таким образом, виртуалистика предстает как целостное мировоззрение, имеющее *философскую, научную и практическую* составляющие.

4. Аретей.

Слово «аретей» – греческий синоним латинского «виртус». Аретей – это практическая виртуалистика.

В других видах практики либо не признается существование разных реальностей, и поэтому причина и следствие рассматриваются как относящиеся к одной и той же реальности, либо, если признается существование разных реальностей, то причина помещается либо в реальность более низкого уровня (редукционизм), либо в реальность предельно высокого уровня (транцендирование).

В виртуалистике и соответственно в ее практической части, аретее, источник действия предполагается находящимся в реальности следующего, более высокого (а не предельно высокого) уровня относительно рассматриваемого события. В этой более высокой реальности находится не причина, а собственно *виртус* (virtus) – сила, вызывающая это событие, т.е. *казус*. В той же реальности, к которой принадлежит казус, есть совокупность многих причин и условий, обеспечивающих осуществление этого события. Такая модель позволяет выйти за пределы бесконечного ряда причин и следствий, вызвавших данное событие.

«Виртус–казус» есть категориальная оппозиция, несводимая к константным категориальным оппозициям «причина–следствие», «причина–условие», «сущность–явление».

Аретея основана на вполне определенной философии (онтологии, эпистемологии, методологии и т.д.), строится на соответствующих философским представлениям теоретических моделей и соответствующих теоретическим моделям экспериментальных исследованиях. Таким образом, аретея – тип практики, имеющий философское и научное (теоретическое и экспериментальное) основание. Философское и научное обоснование обеспечивает эффективность практических действий.

Таким образом, аретея – это не метод, не методика, а тип практики.

В силу свойства интерактивности возможно управляющее воздействие со стороны виртуальной реальности на константную и, следовательно, возможно *виртуальное управление* событиями в константной реальности.

Виртуальная модель может включать в себя неограниченное количество различных уровней реальностей как одного и того же типа, так и разного типа. Это дает возможность разрабатывать методы виртуального управления как внутри однотипных реальностей, так и между любыми возможными типами реальностей.

В частности, это означает, что психические структуры могут управлять физиологией человека и даже его генетическим аппаратом. Рассмотрение «болезни» в качестве казуса позволило разработать чрезвычайно эффективные немедикаментозные способы избавления человека от страданий, считающихся морфологически: язвенная болезнь, бронхиальная астма, алкоголизм, наркомания и т.д. С виртуальной точки зрения, тело человека является конструктивным материалом для психических виртуосов, поэтому в виртуалистике может быть поставлена задача разработки методов регенерации больных и утраченных органов человека. Такой ракурс антропологии приводит к переосмыслению вопросов о здоровье, бессмертии и физическом самовоспроизведении человека и соответственно к появлению новой этики (психозетики).

К настоящему времени на основании виртуальной модели разработан новый тип психологии: виртуальная психология, преодолевающая традиционное субъект–объектное различие на социальное–психическое и психическое–телесное¹.

¹ К настоящему времени (конец 2001 г.) разработаны основы виртуальной философии (Носов, 1999, 2000а,б), виртуальной медицины (Юрьев, 2000; Юрьев, Юрьева, 2001), виртуальной истории (Асадуллин, 2001) и на материале данной книги можно говорить о виртуальной социологии, поскольку предметом анализа является не бронхиальная астма и даже не медицина, а медицина как социальная сфера.

Виртуалистика дает теоретическое и методическое обоснование для адекватного применения систем компьютерной виртуальной реальности. Для виртуалистики компьютерная виртуальная реальность есть одна из технологий аретей (практической виртуалистики). Виртуалистика дает возможность адекватного включения технологии компьютерных виртуальных реальностей во все сферы человеческой жизни: воспитание, образование, медицина, политика и проч. Уже сейчас существуют проекты компьютерных программ, аретирующих человека без непосредственного участия аретивта.

Аретей может быть применена во всех сферах жизни человека, поскольку везде возможно применение категориального различения на константное и виртуальное.

5. Будущее мира.

Выделение виртуальной и константной реальностей – проблема методологическая. Выделить эти два типа реальностей можно в любом событии. Уже проведенные теоретические и аретические исследования в области медицины, психологии, педагогики, экологии, политологии, менеджмента, искусства, компьютерной техники, философии показали продуктивность виртуалистики. Сфера применения виртуалистики будет расширяться – вскоре будут построены виртуальные социология, история, физика, химия, геология, география, космология и проч. Виртуальные теоретические модели как тип мировоззрения будут проникать в чисто практические сферы: международные отношения, самолетостроение, муниципальное управление, практика индивидуального оздоровления и т.д. Собственно, это уже происходит, и не только в результате непосредственного воздействия виртуалистики, но и в силу естественного перехода от традиционного (константного) мировоззрения к такому, в котором единичное, спонтанное, развивающееся становится предметом специального рассмотрения.

Необходимость выделения виртуального обусловлена повышением значимости явлений спонтанных, единичных, развивающихся. Если раньше виртуальным можно было пренебречь, то теперь во многих сферах жизни оно становится сопоставимым по своей значимости с константным. Соотносительная значимость виртуального и константного в мире изменилась, т.е. мир изменился. Мир стал виртуальным в том смысле, что виртуаль-

ное приобрело статус, которым невозможно пренебречь. Это и привело к появлению и нового типа философии, и новых подходов в науке, и новых практик.

В обозримом будущем мир в целом и каждый его фрагмент будет все более виртуализироваться, т.е. будет происходить повышение значимости виртуальности.

Виртуалистика – новое мировоззрение, соответствующее наступающей эпохе цивилизации, причем не только западной или восточной, но и любой из существующих на Земле.

Данный манифест провозглашен 22 мая 2001 г. в г. Москве, Россия, в созданных в этот же день Национальном обществе виртуалистики и Национальном комитете по виртуалистике в лице А.Н.Михайлова, Т.В.Носовой, М.А.Пронина, Г.П.Юрьева.

Случай Бориса?

В 10 лет Борису был поставлен диагноз «бронхиальная астма». Борис прошел рекомбинантный курс лечения, но в 12 лет, когда он встретился с арестантом А.Н.Михайловым, болезнь прогрессировала. Полное медицинское обследование мальчика, проведенное в 12 лет, показало, что все системы и органы практически здоровы, но астматические приступы не прекращаются. Как видим, астматический виртус еще не привел к появлению вторичных заболеваний. Это означает, что возможна по-прежнему ребенку в его страданиях без обращения к соматике, немедикаментозно.

В результате кропотливой диагностики астматического виртуса выяснилось следующее. В 10 лет ребенок был напуган собственной бабушкой тем, что она сама испугалась смерти ребенка, когда он случайно съел какой-то порошок, который, по предположению бабушки, мог быть крысиным ядом. Как показали анализы, вскоре после этого случая у ребенка началась астматическая приступы. В медицинских документах этот факт жизни ребенка не был отражен.

Вот как сам ребенок описал этот случай.

Вот какой рисунок по поводу этого случая он нарисовал.

Рис. 15

Само воспоминание «ситуации отравления» приводило к возникновению стрессовых реакций у Бориса.

Проведенный подробный анализ астматического виртуала Бориса (особенности взаимодействия с родственниками, сенсорные признаки виртуала и т.д.) дали возможность провести девиртуализацию этого виртуала в течение трех полуторачасовых занятий. В результате «ситуация отравления» вспоминалась Борисом совершенно спокойно, на просьбу нарисовать «что с тобой произошло, после того, как ты получил помощь», он нарисовал цветными карандашами такую картинку.



Рис. 2Б

Как видим, после аретей рисунок стал цветным, фигуры участников – те же, руки у ребенка уже не на шее, а держат цветы, цветы как признак радости, праздника «везде». Иная форма рта, иные глаза, бабушка лучше графически прописана. На полу под столом, где находился «яд» пустое место.

В процессе аретей у Бориса проводилось определение рН слюны с помощью лакмусовой бумаги. При фоновом измерении в спокойном, расслабленном состоянии рН слюны у Бориса равно 8, т.е. сдвинуто в сторону щелочной среды. При воспоминании «ситуации отравления» рН равнялось 5, т.е. кислотно-щелочное равновесие сместилось в сторону кислой среды, что отражало состояния негодования, страха, озлобленности, гнева и т.п. Непосредственно после аретей при воспоминании о «ситуации отравления» рН сместилось в кислотную сторону, а в последующие приобрело нейтральные значения.

Наблюдение за Борисом в течение года показало, что астматические приступы исчезли.

В настоящее время А.Н.Михайловым готовится методическое пособие по аретее бронхиальной астмы, где обобщен его опыт работы с 87 детьми в возрасте 8–14 лет. До аретей частота приступов у этих детей составляла в среднем 3,6 раза в неделю продолжительностью несколько минут. После аретей наблюдение в течение года показало, что у 67,9% детей приступов не было, у 12,7% детей частота приступов составляла в среднем один приступ в месяц, у остальных детей возникло по одному приступу.

* * *

О практической эффективности аретей свидетельствуют и результаты работы с алкогольной зависимостью, где синония соматики является очень важным компонентом аретей. Специфицируя разработанный нами совместно с Ю.Т.Яценко метод «Форсаж», можно сказать, что он характеризуется следующими особенностями.

1. Индивидуальный подход к аретенту.
2. Не применяются медикаментозные средства.
3. Вследствие неприменения медикаментозных средств полное отсутствие аллергических реакций,
4. Кратковременность курса аретей: одна-две, в особо тяжелых случаях максимум – пять процедур длительностью около часа каждая.
5. Долговременность аретического эффекта: тяга к спиртному пропадает на всю жизнь.
6. Возможность отработки дозированного потребления алкоголя.
7. Аретей проходит амбулаторно.
8. Возможность аретей третьей стадии алкоголизма.
9. Не требует личностных изменений со стороны аретента.
10. Высокая эффективность аретей: в настоящее время эффективность аретей первой стадии алкоголизма составляет 93 процента, второй стадии – 88 процентов, третьей стадии – 33 процента; есть перспективы повышения эффективности аретей.
11. Позволяет не только максимально снять влечение к алкоголю, но и восстановить здоровье так, чтобы человек жил без влечения к алкогольным напиткам и без страха возможного рецидива болезни (Носов, Яценко, 1996; Носов, 2000).

Случай Фаины³

Арентен Фаина (имя изменено), 64 года.
Сеанс I (14.08.2001)

1. Текущее состояние арентента.

Предъявляет жалобы на затрудненное дыхание, сухой кашель, невозможность лежать, особенно на спине, так как начинается кашель. Приступ «как прихватил, так и не отпускает». Приступ ничем не снимается. Ингаляторы («дыхалки») не помогают. «Все повыбрасывала уже давно».

Ходит с трудом. Опирается на две палки. Не спит ночью уже более пяти дней. Разговор часто прерывается сухим кашлем. Дыхание жесткое, слышное. Одышка. Лицо одутловато. Цианоз губ.

Сознание ясное. Рапорт полный.

Анамнез заболевания.

Настоящее обострение началось в начале лета. Чувствовала себя тогда относительно хорошо. Приехала в район проходить ВТЭК. Для подтверждения инвалидности и чтобы «подлечить», ее положили в стационар. На фоне лечения стало хуже. Через 2 месяца была отправлена в областную больницу. Выписана в состоянии астматического статуса, который врачи не смогли снять. Выписана с температурой: 37.2 утром до 38.4 вечером. С июня месяца дома. Состояние, по ее словам, с тех пор очень плохое.

В июле месяце пропила курс Цепробай-500 (7 таблеток). Состояние улучшилось. Температура нормализовалась.

Болеет бронхиальной астмой с 1969 года. Заболела в Краснодарском крае, когда переехала жить к мужу. Там появилась аллергия на амброзию. По рекомендации врачей через 10 лет вернулась в свою деревню. Какое-то время было легче. Затем процесс активизировался.

Принимает сейчас следующие препараты:

Преднизолон принимает по 6 таблеток в день уже около 20 лет.

Анаприл по 1 таблетке 3 раза в день.

Феназепам на ночь по 1 таблетке («Не берет»).

Фуросемид по 1–2 табл. 2 раза в неделю.

³ Раздел написан М.А.Проциным.

Иногда теоретин.
Другие заблуждения.
Системная красная волчанка вне обострения с (1978 года).

Анамнез жизни.

Имеет инвалидность 2 группы с 1990 года.
Живет во втором браке с мужем. Имеет сына (1964 года рождения), двух внуков. Дети ее и второго мужа живут отдельно.
При встрече с арестантом на расстоянии 2-3-х метров от него чувствовался «барьер». Как будто, я уже сократился с человеком. Одновременно ошущалось, что передо мной находится не один человек, а несколько. Голова и глаза одного человека, а тело,дыхание – второго, а руки и ноги – третьего.
Это субъективное впечатление. Точнее, наверное, не описать. Более того, это ощущение не настолько точно выражено, как я описал. Скорее намек, предчувствие какое-то, чем в полном виде то, что я сформулировал.

2. Процедура арест: аттракия.

Место и условия проведения процедуры арест: деревня в 360 км от Москвы. Самая глубинка России. Добираться 3 дня. Стол слева у окна. Таким образом, окно располагалось между нами по мою левую руку. Освещение естественное. Время начала процедуры 16.30.

Подготовка к процедуре состояла в том, что я попросил родных, чтобы нам не мешали в течение 1,5-2-х часов. Для работы у нас должен быть стол и мы могли бы писать, рисовать, сила за ним. Я предупредил арестанта, что буду задавать «странные вопросы», которые врач ей никогда не задавали. Если буду задавать привычные (известные вопросы), то мне будут нужны соответствующие ответы. Пусть арестант не удивляется. Я также буду просить иногда что-то рисовать. Качество рисунка значения не имеет. По этому поводу переживать нечего.

Цель встречи была определена следующим образом: «Я постараюсь Вам помочь. Если получится, то мы снимем это состояние. Ни о каких таблетках речи идти не будет. Что мы будем делать? Мы с Вами будем разговаривать».

На что арестант ответил, что было бы хорошо, если бы что-то улучшилось. А таблетки давно хотелось бы бросить пить.

С этим и начали.

Риски и мои опасения перед процедурой.

Я аретента видел один раз за день до этого (свои впечатления от встречи описал выше). Состояние оценил как средней тяжести. Волновался, так как главное опасение состояло в том, что разрыв установившихся патофизиологических связей может привести к полной, тотальной декомпенсации. Возможно, вплоть до летального исхода. Хотя, по прикидкам, этого не должно было произойти.

Наверняка такие состояния переживают многие специалисты перед сложным профессиональным действием, таким, например, как операция.

Процедура аретей начинается с аттракции — привлечение внимания аретента к виртуалу. Как можно будет заметить ниже из описания, аттракция уже приводит к частичной девиртуализации виртуала.

Я начал расспрашивать в общих чертах анамнез заболевания, изложенный выше. Аретент отвечал очень бойко, оставаясь в пределах заученного (привычного) медицинского контекста. Рассказ переходил с жалоб на историю жизни, пребывание в больнице и т.д.

Выслушав, я в какой-то степени оборвал разговор и попросил аретента нарисовать свое состояние. Что сейчас она чувствует. Дал лист бумаги формата А4 и цветные карандаши.

Аретент стал говорить о том, что не умеет рисовать и плохо видит.

— Не надо красиво. Как можете, — ответил я. — Давайте попробуем. Нам не о красоте рисунка думать надо, а о здоровье. Нечего стесняться.

Аретент выбрал простой карандаш и стал рисовать грудь в виде прямоугольника.

— Грудь сжата, наполнена. Как будто раздута. Сжата со всех сторон. При этих словах обхватила грудную клетку ладонями рук с боков подмышками.

— Ну, — добавляю я, — что, где болит? Какого цвета боль?

— В левом боку колет, — отвечает аретент. — Круг рисую. Черный. Это боль пусть будет.

— Дальше что?

— Сердце маленькое-маленькое. Тоже рисую.

Рисует еще один круг повыше. Тоже закрашивает его немного черным цветом.

— Да, плохо вижу. Глаза у меня плохо видят. Рисует глаза отдельно над грудью. Глаза мигают, мерещатся. (Здесь сохранена стилистика аретента). Очки мне так и не подобрали.

– Что еще? – спрашиваю я.
– Рука левая болит. Пальцы сводит. Заводит большой и указательный пальцы к ладони. Дышать тяжело.

Нарисовала вертикальные полоски в верхней части груди. Добавила:

– Нарисовала тут нору.

– Это дыхание? – спросил я.

– Да.

– Что еще?

– Сзади колет, – начинает рукой потирать спину слева сзади под лопаткой.

– Ну, давайте спину рисовать, – говорю я.

Арентент улыбнулся:

– Спина широкая. Здоровая она у меня.

Рисует пониже большой прямоугольник, больше груди. Подписывает (сама), с любовью проговаривая «Спина».

Прошло минут 20–30 с начала нашей встречи.

Фаина рисовала с самого начала активно, не стеснясь. Вошла в процесс со всей серьезностью. Можно сказать, даже творчески.

В тот момент, когда Фаина стала говорить про дыхание, я почувствовал (заметил, если хотите, почувял), что состояние арентента изменилось. Изменилась сила «барьера», который нас разделял. Повторяюсь, что, наверное, я почувствовал именно это, хотя это не полное описание моих ощущений и впечатлений.

Как только почувствовал изменение состояния, решил спросить. Спросил же, только когда перешли уже на здоровую спину.

– Как Ваше состояние сейчас? Стало легче?

Арентент с легким удивлением посмотрел на меня и ответил:

– Да, стало легче. – Как бы заглядывая в себя, повторила. – Да, полегчало.

– Вы это мне как врачу из любезности говорите или, правда, – полегчало?

– Нет, нет, правда. Что я буду на себя наговаривать! Действительно легче. Легче...

– Что легче?

– Грудь свободнее стала... Меньше давит... Давление уменьшилось... Но дыхание пока затруднено, тяжело дышать. Но легче стало.

– Состояние похоже на то, когда приступ прошел?

– Нет. Но уже полегчало. Как будто отпускает...

Как показывает практика аретей, диагностика, привлечение внимания аретента к виртуалу (аттракция) уже само по себе является процедурой, в некоторой степени снимающей виртуальное напряжение. Данный феномен наблюдается и в описываемом случае. Практика также показывает, что в тоже время не надо чрезмерно фиксировать внимание аретента на том или ином виртуале, иначе возникает чрезмерная центрация на виртуале, усиливающая его интенсивность. Необходимо переходить с одного элемента виртуала на другой (с руки на дыхание и т.п.). Одновременно следует менять модальность работы (слуховые / обонятельные / вкусовые и прочие качества виртуала). Как правило, достигнув какого-то порога, состояние аретента меняется. Вы это можете почувствовать раньше него, так как внимание аретента в этот момент фиксировано на каком-то аспекте виртуала, а не на виртуале в целом. Аттракция, как правило, вызывает известные затруднения у аретентов, поскольку многие из них такую работу делают впервые. Поэтому, задав вопрос о самочувствии, вы фиксируете ситуацию в новом качестве: совершаете событие в статусе сознания аретента. Тем самым достигается синомия (целостность), то есть возникает новый статус сознания, телесности, воли и личности страдающего. Статус воли новой личности обретает импульс мотивации на выздоровление или на отдых (передышку). Вам его необходимо успеть «захватить» и помочь развиваться в другом месте, где прогресс может быть более значительным. Мы имеем в виду следующее.

Так как в месте возникновения события (девиртуализации) возможность изменений уже исчерпана, то вы начинаете выбирать (удалять) виртуал из других мест его наибольшей выраженности и доступности. В этот момент виртуал становится неустойчивым, что приводит к каскадному усилению процессов девиртуализации. Требуется определенный навык удержания (поддерживания) этой «термоядерной» реакции распада виртуала, «эффекта домино».

При девиртуализации наблюдаются качественные скачки в состоянии аретента при разрушении одного (или более) иерархического уровня виртуала. В данном месте я и зафиксировал такой скачок.

Обращаем ваше внимание на фундаментальную важность зафиксированного феномена. Наблюдаемый эффект может рассматриваться как подтверждение дискретности виртуальных реальностей как уровней виртуального человека.

Одновременно, следует отметить, что затраты на девиритуализацию каждого нижележащего уровня виртуала выше, чем предыдущего.

— Хорошо, — сказал я и добавил: — Давайте дальше. Что спина?»

Далее Фаина рисует в левом нижнем квадранте спины прямую линию и говорит:

— Это лопатка. Так вроде называется. Под ней колет, черная точка (рисует). Колет насквозь. Черная. Не красная. Колет насквозь, — показывает двумя руками. Одной держится за грудь, другой за спину.

— И еще болит шея сзади, загривок, — показывает и потирает рукой. — Прошу делать массаж внучку. Вроде лучше становится.

— Нарисуйте.

Рисует у спины голову, тонкую шею, «загривок». Закрашивает загривок черным цветом.

— Что еще болит?

— Руки. Ревматизм у меня, полиартрит. Что-то мелкое брать прямо с мукой. — Держится за пальцы левой руки.

— Рисуйте руку.

Рисует руку рядом со спиной. Рисует три пальца.

— Два скрючены. Их на рисунке нет, я их не рисую. — Несколько раз перечеркивает несуществующие, ненарисованные пальцы.

— Что еще?

— Ноги. Ноги у меня как крапивой посечены. Как по иголкам хожу. Подошвы как иголками колет. Пальцы ног сведены. Сейчас полегче. А то как-то были так сведены, что не разогнуть.

Рисует сведенные пальцы ног и бедра, «обернутые иголками».

— Колени очень болят. — И рисует колени, выделяя их на ногах.

— Дальше.

— Так. И вот, подошвы рисую, черным, отдельно.

— Все нарисовали? — спрашиваю.

— Да. Вроде, да.

Здесь еще раз подчеркнем, что с каждым этапом аретеи требуется все больше усилий со стороны аретевтана девиртуализацию виртуала.

3. Девиртуализация.

— Какого грудь цвета, какой консистенции?

— Тяжелая, темная...

— Какого вкуса?

— ...?

— Какая на вкус, если попробовать? Сладкого или еще какого?...

— Горечь. Все время горькая. У меня нет ни одного органа здорового. Печень увеличена, на ультразвуке говорят, что желчный пузырь перекручен. Почки опущены. Одну подшивали. Потом снова опустилась. Фиброгастроскопию, лампочку глотаю каждый год. Сейчас, когда лежала, тоже делала. Пишут гастрит. В туалет нерегулярно хожу: геморрой. Только по женской части все хорошо. Всю жизнь. Тьфу-тьфу-тьфу...

Как мы видим, в актуальной картине виртуала изменения в данных органах не переживаются.

— А спина какого вкуса? — спрашиваю.

— Спина солоноватая, холодная. Как мерзнет всегда... сладкого вообще не нахожу. Ем вообще плохо...

— Ноги на вкус какие?

— ...Ноги какие?... Пресные... Вкуса нет...

— Вкус рук?

— Правая — обыкновенная. Левая — горькая.

— Какая грудь в районе шеи?

— Грудь в районе шеи сейчас обыкновенная, пресная... Сердце — как комочек. Как на иголках.

— Иголки какие в сердце: металлические, их много или одна, холодные или горячие? Какие? — уточняю я.

— Одна большая... Как одна...

— Иголка давно у вас? Сколько дней, месяцев, лет?

— Давно, уж лет 5.

— Хорошо, какая она? Шершавая, тупая, острая, круглая или плоская, сухая или горячая? Какая?

— Скользящая. Острая. Круглая, не расплющена...

— Как Ваше самочувствие сейчас? — перевожу разговор на общее.

— Сейчас повеселела, — отвечает. — Двигаться стала лучше.

Водит плечами, поворачивается из стороны в сторону.

Добавляет:

— И свистела. Весь день. Умирала прямо...

— Сейчас не умираете?

— Нет. Сейчас нет, — отвечает с улыбкой и, действительно, весело. Глаза блестят. Отечность на лице вроде как и уже спадает.

— Хорошо. А какая грудь сейчас на вкус?

— Сейчас... обыкновенная! Сейчас свободна. Была сдавлена со всех сторон. Вся твердая. Залитая вся... Сейчас вся отошла! Сейчас грудь ушла. Вся свободна... Только вверху сдвливает, дыхание захватывает...

Берет себя за кожу в районе яремной ямки. Платье у аретента с треугольным вырезом. Хорошо видно, что кожа в этом месте покрасневшая, мацерирована, имеет отечное уплотнение. Все это вызвано, по-видимому, постоянным растиранием. И сейчас, когда говорит, растирает болезненное место.

— Давайте поработаем с шеей, с дыханием. Что там у Вас стоит?

— Как кол...

— Какой кол: деревянный, металлический, какого цвета? Какой?

К этому моменту уже установлен полный рабочий контакт и понимание. У аретента нет сомнений в продуктивности и полезности нашей работы. Работает без скепсиса, которого, впрочем, и в начале не было, и сомнения, что получится у нее или нет. Вдруг приходит мысль, что это тот самый момент, когда и врач, и больной на одной стороне против болезни. Аретент искренне отзывается на каждое слово и предложение. Для меня, аретента, не существует ничего, кроме нас и нашей работы. Весь дом, соседние комнаты, время исчезли... Смотрю на часы, висящие на стене и отмечаю для себя, что «укладываемся»... Сомнений в успехе нет... Спокоен... Фиксирую собственное удивление тому, что так все быстро и само уходит, а вель проведена лишь аттракция и первые шаги в девиритуализации... Наполняюсь какой-то радостью... Останавливаю себя и возвращаю в рабочее состояние...

— Кол деревянный. Небольшой, сантиметров 5. Белый. Как лутошко от липы.

Лутошко — палка, которая оставалась от тонкого куста липы после того, как с него содрали лыко для лаптей.

Прошу нарисовать. Даю еще один лист. Белого карандаша нет, поэтому выбирает желтый.

Рисует голову без ушей и волос, шею. Ниже шеи рисует кол. Закрашивает его.

Уточняю характеристики «кола». Он чистый, сухой. Неподвижный. Выглядит как фотография (не многомерный).

Прошу нарисовать его отдельно, в натуральную величину.

Рисует ниже не более 1.5 см в длину. Хотя я просил в натуральную величину, т.е. он должен быть «сантиметров 5». Рисует желтым цветом. Смотрит и говорит, что не очень хорошо получился. Я отвечаю, что главное в том, чтобы она от души рисовала.



Рис. 2

— Я от души, от души рисую, — кивает головой несколько раз. Улыбается. Глаза горят.

— Ну, что ж. Теперь будем убирать его.

— Как? — вопросительно, с ожиданием смотрит на меня.

— Ну как?... Давайте сожжем. Берите красный карандаш и давайте его жечь. От души...



Рис. 3

Берет карандаш и начинает кол закрашивать. Делает это аккуратно, со всей серьезностью. Начинает сама приговаривать:

— Гори, милый, гори... Вот так мы тебя...

— Угу... Ну как?...

— Горечь меньше стала, — отвечает.

— Давайте теперь его влажным делать. Заливайте его водой.

Берите синий карандаш и зарисовывайте.

Смотрит на меня несколько смущенно или растеряно:

— Мы же огонь зальем?!

— Ничего, знаете, как костер заливают, угли расплываются, жухнут, пепел расплывается и все уходит...

— Хорошо, — отвечает и начинает заливать. Закрашивает все синим цветом...

Неожиданно говорит:

— Язык... Язык горит все время. Даже как-то раной болел. Самый его кончик.

— Хорошо, займемся позже и языком.

У меня возникает желание прикоснуться к аретенту, что-то сделать самому.

Встаю, подхожу к аретенту. Беру его за левую руку. Кладу левое предплечье на стол и прошу принять удобную позу. Говорю, что будем работать с пальцами. Начинаем с указательного. Прошу помочь мне найти наиболее удобное для пальца положение. Привожу, отвожу его от кисти, сгибаю, разгибаю... Стараюсь делать движения плавно и медленно. Находим удобное положение: палец согнут, приведен мною к середине ладони. Нахожу болевую точку в районе пальце-запястного сочленения, прикасаюсь второй рукой к этой точке. Фиксирую кисть и палец в таком положении 90 секунд... Спрашиваю:

— Как рука?

— Стало лучше. Легче. Спасибо.

— Так, а как игла в груди под лопаткой?

Еще раз изменяю фокус внимания аретента. Если виртуал девиртуализирован в одном элементе, то должен быть как минимум еще один элемент виртуала, изменивший свою интенсивность. Я его и пытаюсь определить.

Аретент крутит плечами, поворачивается сидя из стороны в сторону и отвечает:

— Стало лучше, куда-то уходит, но боль еще есть. Остается игла.

— Хорошо, давайте большой палец посмотрим.

Ищу приятное положение для большого пальца левой руки. Находим его: несколько разогнут, отведен назад к тыльной стороне ладони. Нахожу болевые точки, накладываю на них свои пальцы. Фиксирую палец и кисть в таком положении 90 секунд... Отпускаю, спрашиваю как ощущения в руках.

Аретент сжимает — разжимает пальцы кистей рук... Смотрит на меня, улыбается, говорит, что все прошло:

– Хорошие нормальные руки.

Действительно, создается впечатление удивительной мягкости рук. У аретента такое выражение лица, будто он не верит своим рукам...

Возвращаюсь к игле в груди. Спрашиваю о ней. Получаю ответ, что еще осталась, хотя уже совсем не болит. Мысленно стараюсь представить иглу. Вижу ее как тупое металлическое веретено, по форме напоминающее дирижабль, в теле аретента. Приходит решение извлечь его. В этот момент ошущаю только себя. Аретент сидит рядом справа от меня. Я стою как во время процедуры фиксации пальцев. Аретента вижу справа боковым зрением как фигуру без четких очертаний и прорисовки... Вытаскиваю иглу из груди аретента. Расплавляю в прах. Повторяю процедуру трижды. На третий раз чувствую, что доставать нечего. Спрашиваю:

– А как сейчас?

– Все, ничего нет... Все ушло.

– Ушло?

– ... Да. Все, ничего нет... Лопатка нормальная.

Вертит плечами, поворачивается вправо-влево, качается из стороны в сторону... Трогает рукой спину... Да, все. Ничего нет. Сажусь на свое место.

То, что я сел, заметил, только когда уже описывал результаты. Когда работал, не заметил, что сел. Было такое чувство, что сделал ответственный, важный кусок работы. Усталости не было. Было чувство, что «закончилось... теперь аретент снова может работать сам».

При описании вдруг ощутил, что был во внутреннем пространстве аретента, пространстве болезни. Что аретент указывает, куда идти, а я только делаю то, что надо. «Что надо делать» приходит само...

Это самый куцый кусок в моих записях. «Фиксация пальцев – ушла игла в груди – лопатка нормальная». Ход событий восстанавливал, еще раз все проживая.

– Что в груди? Грудь здоровая?

– Нет, еще сердце...

– Что сердце?... – спрашиваю не уточняя.

– Сердце маленькое, как болтается. Твердое.

– Как твердое? Металлическое, деревянное, какое?

– Как кулак, как рука. Такое. – Показывает сжатый кулак.

– А по размеру какое, как Ваш кулак?

— Нет, маленькое, как комочек. Меньше кулака, комочек.
— Хорошо, давайте его делать мягким, как хлебный мякиш разминаем. — Показываю руками, как мну. Аретент присоединяется к моим действиям. Мнем вместе...

В китайской медицине рекомендуют с сердцем обращаться нежно, как с норовистой лошадью (на печень можно кричать). Процедуру разминания сердца лучше избегать. Здесь воспользовался новым статусом кистей рук.

— Размяли?

— Да, мягкое...

— Боль еще есть?

— Да.

— Так, разорвали боль... Разлетелась она по груди... Мелкая... Как сахар. Превратили ее в сахар... Превратили?

— Да, но еще осталась, везде в груди рассеяна...

Специально переключил внимание и перешел к другому элементу, так как при чрезмерной аттракции возможно возвращение виртуала.

— Хорошо, пусть тает сахар... Давайте займемся языком. Итак, язык горький?

— Да. Постоянно горький.

Рисуйте.

Рисует красным цветом ниже. Говорит, что язык у нее длинный, как у коровы. Жесткий и сухой.



Рис.4

— Пусть горечь будет зеленая... Язык красный вытянутый... С кончиком острым... Шершавый..

— Теперь, делайте язык влажным, гладким...

Берет синий карандаш и начинает его закрашивать. Сама проговаривает:

— Так, теперь ты у нас мокрый... Слюнявый (смеется)... Ну да, если влажный, то слюнявый... (Радуется своей логике).

— Так, становится мокрее, мягче, — помогаю я.

— Нет, горечь не уходит...

— Давайте кислым языком сделаем.

— Нет, я кислое есть не могу. Я наши яблоки не ем. Не могу. —

Кивает головой на подоконник, где лежат яблоки из сада... — Только когда сын покупает импортные сладкие: красные снаружи, а внутри желтые, их могу есть. Ем с удовольствием.

— Хорошо, давайте яблок добавим...

Здесь подчеркну, что аретент часто сам «подсказывает», как ему можно помочь. Я подсказкой и воспользовался.

Сама берет красный карандаш и зарисовывает синий цвет красным...

— Ну, и давайте желтого добавим, раз яблоки внутри желтые, — подсказываю я.

Закрашивает желтым. Рисует активно, с самоотдачей. Помогаю ей еще раз, говоря:

— От души, от души рисуйте! Не жалейте желтого...

Вдруг смеется, смотрит на меня и говорит:

— Аж слюни потекли, язык мокрый-ы-й!...

— Все прошло?

— Да, все!

— Хорошо! — говорю. — Давайте ноги.

— Ноги — как по иголкам хожу, все ступни колят и пятки... иголками. И пальцы ног у меня всегда холодные... — Встает, ходит по полу рядом со столом... На ноги надеты хлопчатобумажные носки.

— Представьте, что ноги стали теплые, горячие. Что Вы ходите по полу, на котором рассыпана крупа и Вы ее давите, она становится мягкой, давится... А на ногах у вас надеты шерстяные носки и Вы чувствуете крупу через них...

— Да, я и так чувствую, что хожу по крупе...

— Садитесь.

Села.

— Ну, что? Как ноги?

— Пятки отошли. Не колят иголками... А вот где пальцы — там еще осталось.

— Давайте представим, что насыпали в шерстяные носки горчицы и пусть она ноги греет. Теперь встаньте рядом со столом, обопритесь на него и давайте разминать подушечки ступней у пальцев. Встаньте на цыпочки, чтобы было удобнее разминать... Боль должна уйти...

Какое-то время аретент разминает пальцы и ступни ног. Затем говорит, что устал и хочет есть.

По ходу процедуры я периодически спрашивал, устал ли аретент или нет. Моменты задавания вопросов соответствовали переходам от одного органа (части тела) к другому.

До этого все ответы на этот вопрос были отрицательными.

– Как ноги, ступни?

– Пятки нормально, пальцы стали меньше колоть, стало легче, но еще колет.

– Хорошо, пусть носки и горчица остается... Процесс запущен, пусть идет ... А мы должны идти дальше. Как ваше горло, комок?

– Ничего нет!... Все хорошо! – голос стал веселее, улучшился!

Из элементов виртуала мы не трогали глаза, так как они не участвовали в картине развертывания виртуала дыхания, и «загривок». «Загривок», возможно, пришлось бы использовать на следующем шаге. Остались также пальцы ног с частично измененным статусом. И вдруг, после обращения внимания снова на грудь и исчезнувший «кол», приступ бронхиальной астмы проходит.

Виртуал убран.

Далее, необходимо заместить удаленный виртуал виртуалом здоровья. Здоровье, как и болезнь, также является порожденным состоянием, то есть виртуальным.

4. Синомия: замещение виртуала болезни виртуалом здоровья

– Итак, у нас все здорово! Давайте теперь все нарисуем здоровым, как есть. Берите карандаш, рисуйте (рис. 5).

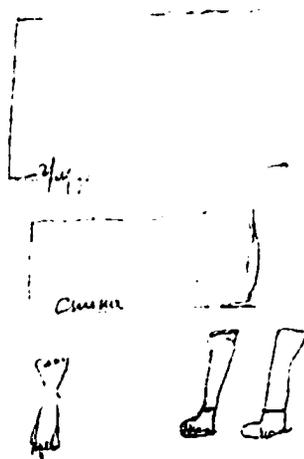


Рис.5

Прошел 1 час 10 мин с начала процедуры.

Берет карандаш, рисует грудь. Теперь, говорит, что она у нее большая. Больше спины. Ниже рисует спину. Спина меньше груди, тоже чистая. И спина, и грудь больше по размеру, чем первоначально. Рисует левую руку. Подписывает «рука». Прорисовывает (насколько может) пальчики, проговаривая: «Один, второй, третий, четвертый и пятый!». Рисует с большой верой и энтузиазмом.

Ноги рисует в шерстяных носках. Говорит, что не умеет рисовать красиво. Я отвечаю:

– Рисуйте от души!

– Я рисую от души, – кивает она.

– Это главное.

Действительно, рисует с увлечением, с верой, можно сказать, окрыленно. «Уравнивает» ноги, так как показалось, что они нарисованы неодинаково. Говорит, что они у нее большие, 37 размера. Сама подписывает все здоровые части тела.

– Итак, вроде у Вас все хорошо. По-моему, и губы розовые. Посмотрите.

Встает. Берет зеркало, смотрится в него и говорит:

– Да, действительно, розовые, нормальные, – садится довольная.

– Хорошо, – говорю я. – Мы все нарисовали по частям, теперь давайте все соберем и нарисуем все вместе.

Затруднений дыхания нет. Дыхание жесткое. Далее необходимо провести синомию отдельных «здоровых» органов в целостный организм.

Переходим к синомии органов и частей тела.

– Человечка, да? – спрашивает аретент в ответ на мое предложение нарисовать все вместе.

– Угу, – отвечаю я специально невнятно, чтобы не сбивать собственную интенцию аретента, и даю еще один лист.

Рисует, сама комментирует:



Рис.6

– Шея длинная, тонкая, здоровая... Не художник я...
– Рисуйте от души! – говорю я.
– Я от души и рисую. – Продолжает комментировать. –
Поясок, талия у меня...теперь глаза, уши, брови, нос мой кривой... ротастая я... лохмастая я...высокие брови...

– Угу...

– Платье у меня открытое, хожу по травке, бегаю. – Рисует травку.

Добавляет:

– Собрали все в кучу...здоровая я...бабища... вот такая, настоящая бабища...

– Сколько Вам сейчас лет? – спрашиваю.

– Лет 40, – отвечает. Пишет под рисунком «Мне 40 лет».

Смотрит на меня, задумывается... Я практически ровесник ее сына, нам с ним также около 40 лет.

– Нет, больно мало... Лет 50...

Смотрит на меня, на рисунок, в сторону, думает... Говорит:

– Да, 50 лет. – Исправляет подпись под рисунком.

– Хорошо, значит, минимум 14 лет прожить теперь должны. – Имею в виду от 50 лет на рисунке до 64 лет паспортных.

– Хорошо бы, а то меня домой умирать из больницы выписали.

– Так, давайте заканчивать. За что Вы мне признательны?

Смутилась, растерялась, задумалась... Улыбнулась:

– Как за что, облегчение какое дал, время уделил... Чтобы работа твоя шла дальше хорошо, счастья здоровья, чтобы все было хорошо. Спасибо большое... Возьмешь десяточек яичек, я тебе дам для дочери?

– Конечно, возьму, с благодарностью. Давайте.

«Больная» вскочила, забегала по хате, позабыв про свои палки, ища пакет, собирая яйца и пр. Вышла провожать на крыльцо, еще раз поблагодарила. Извинилась, что ничего больше дать не может:

– Вот если 6 осенью... когда поросенка зарежем, тогда я передам сала!

– Если вы должны еще 14 лет прожить, то успеете отблагодарить, – успокоил я ее.

– Тогда мы еще и выпьем! – ответила она мне.

Уходя, дал рекомендации. Состояли они в следующем. Никому не рассказывать, КАК мы работали – что рисовали и прочее. Если родные и близкие будут спрашивать, говорить можно о результатах: помог – не помог, хорошо – не хорошо, ЧТО прошло, а ЧТО нет. Когда полностью выздоровеет, то можно рассказывать уже все, что сочтет нужным. Данная рекомендация направлена на профилактику искусственной провокации нежелательных виртуальных состояний пока идет аретей страдания. Как я уже отмечал выше, аретевт не должен чрезмерно фиксировать внимание на виртуале. Здесь родственники при распросах могут вернуть прежнюю картину страдания.

Добавлю также следующее. Близкие аретента часто имеют свой собственный виртуал его страдания, особенно при длительной истории страдания. Поэтому в тяжелых случаях для избежания внешней репозиции виртуального состояния (со стороны близких) необходимо девиртуализировать и их виртуал.

Договорились встретиться через день.

Рассказ про яичный гонорар и прощание не случайно здесь приведен. Дело не в количестве яиц. Прощание продемонстрировало изменение статуса телесности аретента, когда он начал

бегать и собирать признательность, не думая о болезни. Во-вторых, изменился статус воли. Если в начале он характеризовался словами «так плохо, что хоть умирай» и «выписали умирать» (врачи предупредили родственников, что «вряд ли август переживет»), то в конце речь уже шла об осени («будем резать порожь») и о всей жизни («тогда мы еще и выпьем»).

Собственно, речь здесь идет об искусстве врачевания, когда человеку после беседы с врачом стало легче. Врачам со студенческой скамьи известно, что если этого не происходит, то врач должен задуматься о том, не стоит ли ему сменить свою профессию. Посыл эмоционально сильный, но онтологически неверный. Стоит сменить не профессию, а статус воли, сознания, телесности, и, как следствие, личности. Что это за новый статус личности врача? Ответ известен со времен Гиппократ.

Как писал Гиппократ, «врач-философ – равен Богу». Врач, вооруженный виртуальной философией, способен исцелять словом и прикосновением. Но это уже другой статус врача – врача равного Богу. Этот статус в научный контекст введен как статус аретевта, специалиста в области виртуальных психологических реальностей. Это не медицина, не психология, это принципиально, качественно другой тип практики – не медицинской, а значит, и не лечебной, но исцеляющей.

Медицина лечит, природа – исцеляет, оздоравливает. Аретевт работает с самой природой человека, который сам по себе есть весь мир. Аретевт запускает, направляет процессы самокоррекции и самовосстановления, самоорганизации в человеке. Эффекты от его работы лежат и в плоскости, в реальности медицинской деятельности. Никто об этом не спорит. Излечение наступает, но как следствие, частный случай исцеления, оздоровления организма.

Вы скажете, что это делает и медицина. Да, для нее исцеление тоже результат, но результат, как «его величество случай», удача, венец работы врача.

Медицина исцеляет редко, излечивает часто, облегчает всегда. Что стоит за этими словами?

Аретей. Сеанс 2 (16.08.2001)

Вторая встреча состоялась через день.

При встрече у аретента отмечалась одышка. Дыхание свистящее, шумное, дышит через рот. Сухой, приступообразный кашель.

Спала две ночи плохо. Не могла лечь на спину — начинался приступ кашля. Пыталась делать ингаляции «Беротек», «Антосман» — не помогали. Приняла 100 граммов водки с медом. Минут на 10 было облегчение, затем все возобновилось.

На вопрос: «Как самочувствие?» — ответила:

— Совсем плохо. Кашель, свист. Не хватает духу. Голоса не хватает. Не хочу есть.

— Что, все вернулось? И руки, и ноги, и прочее?

— Нет, нет, не все. Руки, пальцы — нормально, не болят. Ноги лучше: ступни колят еще, пальцы получше. Язык влажный. Хороший язык и горечи нет. Совсем. Даже непривычно. Пять лет с горечью на языке ходила, а сейчас нет. Хороший, хороший язык.

— А что есть, что болит, что вернулось?

— Грудь — вся болит, всю заложило окончательно. Кажется нет воздуха.

— А кол?

— Кола нет, лутошка этого нету, нет. Все нормально.

Смотрю на кожу в области яремной ямки. Отек, мацерация меньше.

Продолжает:

— Сердца на иголках нет. Нормальное сердце. Не чувствую. И ноги, я бы сказала, нормальные ноги. Так бы было — и хорошо.

Здесь делаю некоторое отступление в процедуре аретей: «завожу разговор о разговоре», то есть о нашей с ней прошлой работе и ее результатах. Говорю, что мы приступ сняли, астматический статус, но не работали с источником (причиной), который данное состояние вызывает. Если у нас получится, то мы это сделаем на данной встрече. Объясняю, что у нас здесь три участника событий: болезнь, она (аретент) и я (аретевт). Если аретент на стороне болезни, то аретевту с ними не справиться. Если и аретевт, и аретент вместе, то они могут победить. Спрашиваю:

— Вы со мной?

— Да, да, с Вами. Мы вместе. Давайте попробуем, я готова работать, а Вы мне помогите!

Еще раз повторяюсь: Слова аретента нужно слышать! Часто аретент сам говорит то, чем должен ему помочь аретевт. Напоминаю про яблоки.

Здесь же хочу подчеркнуть. Складывается впечатление, что «ключевые» слова вылетают у человека произвольно. То есть он их не фиксирует в сознании. Когда вы ему немного позже предлагаете то, что он «просил» помочь сделать, то он, как правило, удивляется и с радостью соглашается.

Прошу нарисовать, что есть сейчас: что нормально, а что нет.
Берет сама простой карандаш, лист бумаги. Рисует спину.
Большую. Подписывает «спина нормальная».

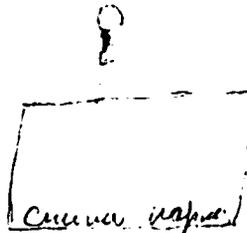


Рис. 7

— Болят только мышцы шеи слева.

Рисует шею и чертит на ней черную линию. Шея длинная. Боль (линия) располагается на шее и затылочной части головы. Пририсовывает и голову, к которой идет боль. Далее рисует грудь. Прямоугольник поменьше, говорит, что грудь меньше и болит вся. Закрашивает ее черным цветом. Горло хорошее, здоровое — закрашивает красным. Добавляет, что болят мышцы живота, в них напряжение, особенно в правом подреберье. Высказывает предположение, что, может, и от печени.

Из описания видно, что клиническая картина страдания изменилась. Выскажем гипотезу. Возможно, мы вернули патофизиологическую картину страдания на раннюю стадию ее патогенеза. Если это так, то возможно менять лечение бронхиальной астмы и возвращаться, например, на этап догормонального лечения.

Заметим также, что медицина выделяет дискретные характеристики заболевания: здоровье, предболезнь (донозологические состояния), и, как правило, 3 стадии развития или 3 степени тяжести заболевания.

Сейчас мы фиксируем изменения со стороны легких, которые и провоцируют вновь возникновение астматического виртуала.

По состоянию аретента все же отмечаю улучшение.

Далее расспрашиваю, как началось ухудшение, откуда пришло, с какого места начался приступ. Ответить не может. Жалуется, что как ляжет на спину — начинается кашель, и всю ночь не спит.

Прошу ее перейти в свою комнату и показать, как она пробует заснуть и как начинается кашель.

Переходим, она устраивается на диване с пятью подушками. Ложится на спину полусидя. Буквально сразу же начинается сухой, лающий кашель, лицо отекает, синеет. Вынуждена сесть.

Прошу ее занять ту позу, в которой кашель успокаивается. Такое положение она уже находила сама: сидя в кресле, ноги лежат на стуле, стоящем перед креслом, на коленях подушка или две, она наклоняется и грудью лежит на подушке.

Сидим минут пять. Приступы кашля урежаются, аретенту становится легче.

Спрашиваю про боли в области шеи. Находим положение, в котором боль утихает, фиксируем тело в найденной позе 90 секунд... Боли в шее ушли.

Сохраняются боли в области передней стенки живота, преимущественно в эпигастрии и правом подреберье. Снова ищем болевые точки и позу, в которой мышцы расслабляются. Такая позиция создается, когда аретент стоит левым коленом на стуле, стоящем перед столом, на столе лежат подушки и она грудью лежит на них. Фиксируем позу в течение 90 секунд. Предлагаю постоять так еще. Стоим...

В какой-то момент аретент говорит:

— Фу, аж в пот бросило, вся мокрая.

Смотрю на нее, вижу перед собой «другого человека», спрашиваю:

— Как самочувствие?

Клиническая картина стала похожа на бронхиальную астму первой степени тяжести.

— Лучше, — отвечает, — хочу посидеть. — Усаживается в кресло.

— Как живот?

– Еще что-то есть, но стало легче.

Беру подушку, складываю ее пополам и в виде валика подкладываю ей под поясницу. Под голову еще одну подушку. Прошу посидеть. Сам сажусь напротив.

Надо сказать, что процедура аретен требует периодического перевода внимания аретевта с аретента на самого себя. Время от времени необходимо «простраивать» самого себя.

Здесь напомним, что в каноне тибетской медицины «Чжудши» лекарю не рекомендуется терять рабочего состояния духа: не радоваться при успехе и не расстраиваться при неудаче в своей работе.

При «простраивании» я провожу процедуру аутосинонии.

Процедура каждый раз проводится по-разному, в зависимости от настроения и ситуации. Можно встать, походить и умыться холодной водой. Можно про себя читать ритмический текст: художественный или любой другой.

Читаю про себя ритмический текст, фиксирую внимание на звуке ходиков, висящих на стене... Как только начал читать, аретент сказал, что «вот сейчас совсем хорошо стало».

Примерно через 5 минут она сама говорит:

– Совсем хорошо, ничего не болит. Очень приятно, хорошо животу. И кашля нет. Грудь отпустило, все прошло... все...

Сидим еще какое-то время, затем возвращаемся на кухню. Работа с мышцами и позами заняла почти час времени.

Садимся на кухне так же: стол у окна, мы напротив друг друга. Прошу нарисовать, что теперь с грудью. Берет бумагу, карандаши. Начинает рисовать и вдруг говорит:

– Что-то руки трясутся, как сто лет отболевши... И мокрая вся, вся мокрая...

– Хорошо, рисуем! – отвечаю.

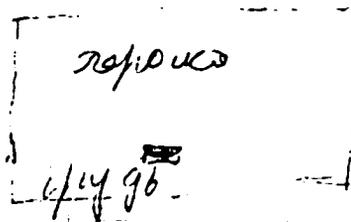


Рис. 8

Рисует грудь в виде большого прямоугольника. Закрашивает ее красным цветом. подписывает на груди «хорошо». Мышцы живота в эпигастрии и в правом подреберье рисует красным цветом – тоже хорошо (не болят). Уточняю: «Все ли так хорошо?» – Задумывается, «смотрит внутрь себя» и говорит, что не все. Есть еще что-то черное, неприятное в середине груди, как раз между молочными железами. Прошу нарисовать. Дорисовывает маленький черный прямоугольник в центре груди.

По-видимому, мы обнаружили то, что искали – автономный виртуал. Таким образом, возможно, подтвердится то, что после первого сеанса аретеи мы аретента из статуса человека-виртуала перевели в статус человека-оператора⁴.

Теперь прошу нарисовать приступ. Просьба вызывает затруднение. Подсказываю:

– Нарисуйте человека, а потом что и откуда начинается.

Начинает рисовать и говорит (рис. 9):

– Сделаю себя здоровой» (Говорит сама! У аретента совершенно другой статус воли!).

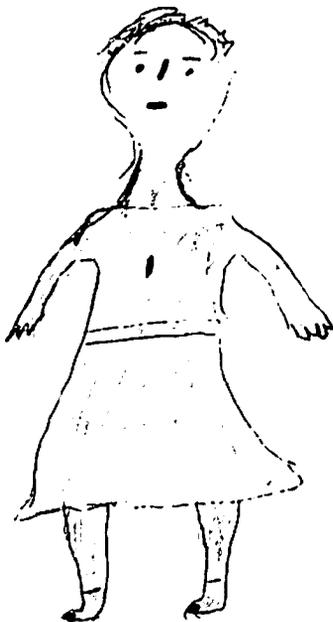


Рис. 9

⁴ Носов Н.А. Словарь виртуальных терминов. – М.: Путь, 2000. – 69 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 7).

Рис. 10



Рисует приговаривая:
 — Руки нормальные... ноги, читаю, тоже нормальные (рисую «в носках»)... все нормальное и мы считаем (другой статус те-лесности; — «мы!»; т.е. она и артеф), что все будет нормально... Затем берет красный карандаш и начинает себя раскраши-вать, комментируя:
 — Язык красный, где губы... (закрашивает, комментируя, что это «язык»), уши нормальные, пусть также красными будут... где красное, все нормально... шея нормальная (заштриховывает бывшие большие места более жирным красным цветом)... кола тоже нет, и здесь красным рисую...
 берет черный карандаш:
 — Так черным промеш груди рисую... грудь сильно рисо-вать, не буду... да, здесь еще плечи... пальцы ног чернить не буду (закрашивается)... пока еще болят, но уже лучше... возьму другой цвет, коричневый...
 Закрашивает пальцы ног коричневым карандашом. Дорисо-вывает, прописывает волосы, вносит еще какие-то поправки: старается сделать себя красивой.
 Закачиваем, снова возвращаюсь к вопросу о присутствии: от-куда он приходит. Она задумывается, не может ответить. Помо-гаю: сам рисую контур человека (рис. 10), поворачиваю ногами к ней и спрашиваю:

- Откуда начинается?
- Она смотрит, трог себя между молочными железами и ниже к животу, говорит:
- Отсюда, да..., отсюда!
- Закрашиваю это место в контуре карандашом.
- Так, отсюда! И что дальше?
- Дальше приступ и все...
- То есть вдруг? Раз, и он уже есть? Не было и есть? Так?
- Да, вдруг и уже есть.
- Получается, что нельзя сказать, как он приходит: не постепенно, а вдруг пришло состояние и Вы уже в нем?
- Да, так!... Неожиданно... (Обращаю ваше внимание, что она описывает признаки виртуала).
- И какой он, этот приступ? Какой: теплый – холодный, металлический – деревянный...? Какой? – уточняю характеристики.
- Холодный!
- Холодный?
- Да, всегда холодный!
- А консистенция: металлический...?
- Нет, пластмассовый... Рассыпной, расширенный... Свист, на всю грудь свист. Свист тяжелый, прямо по-собачьи...
- Где свист больше?
- Рассыпчатый – по всей груди, со всех краев.
- Давайте нарисуем.
- Задумалась. Говорит, что не хочет рисовать черным, так как черный более страшный, выбирает синий. Я поддерживаю выбор, напомнив, что приступ холодный. Рисует рассыпчатый, как горох по всей груди.
- Как горох... и тогда как шибанет – все: концы в воду... Задыхаюсь... Под глотку... Все оторвано... Этот один черный стоит..., в глазах темный стоит... Искры темные, и потолок темный, ничего не вижу...
- Правильно ли я понял, что в этот момент в Вас два человека? Один приступ – черный, а второй нормальный – здоровый?
- Да, два. Больной – черный и второй здоровый...
- Одновременно? И здоровый смотрит на этого больного и ничего сделать не может?
- Да, так... Так и есть.
- А второй, здоровый, он какой?
- Здоровый – белый, нормальный.
- Рисуйте!



Рис. 11

Рисует маленького и нормального человека. Маленького - черным цветом, а здорового - желтым. Нормальный, здоровый человек - прорисованный. В центре его груди черная отметина.

Когда рисует, приговаривает, как бы комментирует:

- Маленький... прямо в глазах и душе темнота..., - рисует кривоногим, ноги разные, без пальцев.

- Как назовем? - спрашиваю.

- Здоровый - человек нормальный, - отвечает. Вот как назвать маленького? Смертный - страшно... Плохой - тоже не подходит... Неважный!... Да! Неважный.

Подписывает «нормальный» и «человек неважный». Одна подпись идет под здоровым человеком, а другая прямо по «неважному».

- Как закрашивать будем? - веду работу дальше.

- Пусть хороший красным будет. И ноги красные, загорелые... и морда красная, как после бани (смеется, вспоминая героя сатирика Михаила Евдокимова). Волосы черные, как обычно. И шею красную... тоже нормальная... шея хорошая у меня...

Шею густо закрашивает красным.

- Как уходит? - меняю тему работы.

- С груди.

- Может, с мышцы живота? – переспрашиваю.
- Нет, с груди.
- Какого вкуса эти люди? – снова меняю тему работы.
- Черный человек – горький... Нормальный человек обычного, пресного вкуса... Язык у меня сейчас хороший, не горький... влажный... хороший язык. Здоровый – хороший человек, обычный... обычный вкус у него.
- А какие они? Плоские, как фотография, или объемные? – снова меняю модальность работы.
- Неважный человек – плоский, необъемный... как фотография... Да, плоский.
- Какой температуры? Теплый, холодный, обычный?
- Холодный человек.
- А нормальный какой? Когда приступ уходит, какой нормальный человек?
- Когда приступ уходит – потею, горячо... Иной раз рубаху меняю от пота.
- Получается, когда мы с Вами в спальне работали, и Вы пропотели – это значит приступ ушел?
- Да, ушел. Сейчас все нормально: и настроение веселое, и кашля нет, и дыхание хорошее... Нет приступа... нет!
- Хорошо, так все-таки, откуда он приходит?
- Из души!
- Так, а уходит куда?
- Не знаю, неизвестно куда.
- Предлагаю дорисовать «неважного человека». Закрашивает синим. Часть груди и мышцы живота красные.
- Ну, что, – спрашиваю, – будем его прогонять? Чтобы не приходил?
- Да, будем, давайте попробуем его прогнать!
- Хорошо, представьте его. Представили?
- Да, вот он!... здесь... смотреть страшно!
- Далее пошла процедура элиминации образа из реальностей сознания и тела. Процедура была примерно следующая. Здесь точность шагов не важна.
- Хорошо, давайте делаем его теплым...
- Жду, переспрашиваю, получилось или нет. Помогаю:
- Теплеет, теплеет...
- Напоминаю, что он горький, предлагаю сделать его сладким. Помогаю:
- Яблоки, яблоки добавляем...
- Перехожу на температуру:
- Делаем его теплым... А затем он растворяется...
- Одновременно с элиминацией делаем аретента здоровым.

После первой процедуры говорю, что нам надо проделать процедуру элиминации «человека неважного» 21 раз. Спрашиваю, не устала ли, готова ли продолжать.

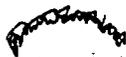
Получаю утвердительный ответ и просьбу, чтобы я сам считал. Соглашаюсь. Говорю, что буду рисовать «домики».

Процедура повторяется 18 раз. Меняем консистенцию, цвет, вкус, из неподвижного делаем подвижным, уменьшаем в размерах и т.д. и т.п. Одновременно при завершении девиртуализации заменяем «неважного» на «здорового».

Прошу отдохнуть, спрашиваю о самочувствии, жалобах. Беседуем несколько минут на отвлеченные темы. Затем прошу проверить, может ли она его снова представить. Отвечает, что может. Только «человек неважный» уже маленький, совсем не страшный и бегаёт — боится. Уточняю, что нам еще надо долеять три процедуры. Прodelываем вариации на ту же тему.

Снова замечая, что передо мной сидит «другой человек». Еще раз проверяю образ на возникновение: прошу представить черного человека. Отвечает, что не может.

Прошу аретента еще раз нарисовать себя, какая она сейчас есть. Рисует красным цветом свой портрет во весь лист. Ноги в носках, волосы нормального черного цвета, пальцы прорисованы.



Задаю вопрос про черную отметину в груди. Говорит, что ничего нет. Все хорошо. Прошу подписать рисунок.

Пишет по портрету «человек хороший»! Потом добавляет «я», получается «человек я хороший». Снова смотрит и добавляет «здоровый». Читает надпись: «Здоровый человек я хороший»!

Заканчиваем. Кашля нет. Дыхание практически не слышно. Лицо нормального цвета. Губы розовые.

Еще раз напоминаю, что мы запустили процесс выздоровления. Кашель еще может быть, но она теперь может позы для его купирования выбирать сама без меня.

Договорились встретиться через день, если за ней не придет сын. Я также уже собирался возвращаться в Москву.

Что планировалось сделать в третью встречу.

Изменить отношение к дыханию: с астматического — к дыханию больных легких — к дыханию выздоравливающих легких.

Посмотреть вернулось ли состояние. Если да, то разобраться, что значит «как шибанет».

Поработать в сознании и нарисовать карту страхов. Убрать страхи.

Поработать со статусом личности. Нарисовать, написать историю будущей жизни.

Если дети (сын и невестка) приедут, поработать с семейными виртуалами. Поработать совместно с мужем, если получится.

Поработать с медицинскими виртуалами — предотвратить возможное порождение состояния врачами.

4. Катамнез.

Третий сеанс не состоялся, так как за ней приехал сын и увез на следующий день в больницу. Других сведений у меня пока нет.

Самонаблюдение.

На четвертый день у меня обострился фарингит. Заболело горло. Еще через два дня начался трахеит с приступообразным сухим кашлем. Температуры не было. Болел семь дней. Пишу эти строки как раз на седьмой день болезни.

Приступы кашля начинаются снизу, от уровня диафрагмы, неожиданно. Такое чувство во время дыхания, что вдруг может начнется кашель.

Сейчас, вроде, состояние проходит.

Ухудшение состояния возникает, когда описываешь случаи артеи. Даже если используешь диктофон, приходится заново переживать всю ситуацию. Кроме того, восстановление работы занимает в два-три раза больше времени. Безопаснее работать, когда просто ничего не фиксируешь, кроме рисунков артеи. «Отработал – забыл». Нет ни удач, ни поражений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здесь должно было быть заключение, написанное Николаем Александровичем Носовым... К нашему глубокому прискорбию, 10 января 2002 года, в день 10-летия Центра виртуалистики и Института человека РАН, Николай Носов скоропостижно ушел из жизни, не дожив сорока дней до своего юбилея. Похоронили его близ Москвы на Станции-Перепеченском кладбище, недалеко от дачеви с неожиданным для нас, как и его смерть, названнем Носово...

Писать эти строки мне просто больно, а рассказывать о наших планах здесь и сейчас кажется просто неуместным. Да и зачем, когда книга говорит сама за себя: какое может быть заключение в работе, открывающей новые практические горизонты уже постнеклассической науки...

М. Пронин
Ил. руководителю
Центра виртуалистики Института человека РАН

Литература

- Аршинов В.И.* Синергетика как феномен постнеклассической науки. – М., 1999. – 203 с.
- Асадуллин Э.Ф.* Виртуальный подход в истории. – М.: Путь, 2002 (в печати).
- Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П.* Обучение больных бронхиальной астмой // Бронхиальная астма /Ред. А.Г.Чучалин. В 2 т. Т. 2. М., 1997. С. 375–393.
- Биличенко Т.Н.* Эпидемиология бронхиальной астмы // Там же. Т. 1. М., 1997а. С. 400–423.
- Борчиков С.А.* Метафизика виртуальности. – М.: Ин-т человека РАН, 2000. – 49 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 8).
- Бронхиальная астма* /Ред. М.Э.Гершвин. – М.: Медицина, 1984а. – 464 с.
- Гершвин М.Э.* Предисловие // Бронхиальная астма. М., 1984б. С. 10–11.
- Гундаров И.А.* Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. – М.: Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
- Завалова Н.Д., Пономаренко В.А.* Принцип активного оператора в инженерной психологии // Инженерная психология. М., 1977. С. 119–133.
- Бронхиальная астма у детей* /Ред. С.Ю.Каганов. – М.: Медицина, 1999а. – 368 с.
- Каганов С.Ю.* Предисловие // Бронхиальная астма у детей. М., 1999б. С. 9–11.
- Каганов С.Ю.* Бронхиальная астма у детей и ее классификация // Там же. М., 1999в. С. 12–26.
- Киященко Л.П.* В поисках исчезающей предметности. Очерки синергетики языка. – М., 2000. – 199 с.
- Кун Т.* Структура научных революций. – М.: Прогресс, 1977. – 300 с.
- Лекторский В.А.* Теория познания (гносеология, эпистемология) // Вопр. философии. 1999. № 8. С. 72–80.
- Носов Н.А.* Психологические виртуальные реальности. – М.: Ин-т человека, 1994. – 195 с.
- Носов Н.А.* Виртуальный человек: Очерки по виртуал. психологии детства. – М.: Магистр, 1997. – 192 с.
- Носов Н.А.* Виртуальная реальность // Вопр. философии. 1999. № 10. С. 152–164.
- Носов Н.А.* Психологическая виртуальная реальность // Человек: Философско-энцикл. словарь. М., 2000а. С. 292–296.
- Носов Н.А.* Виртуальная реальность // Новая философская энциклопедия. В 4 т. Т. 1. М., 2000б. С. 403–404.
- Носов Н.А.* Виртуальная психология. – М.: Аграф, 2000в. – 432 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 6).
- Носов Н.А.* Словарь виртуальных терминов. – М.: Путь, 2000. – 69 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 7).
- Носов Н.А.* Не-виртуалистика: (Соврем. философия психологии). – М.: Гуманитарий, 2001а. – 56 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 12).
- Носов Н.А.* Манифест виртуалистики. – М.: Путь, 2001б. – 17 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 15).

Носов Н.А., Михайлова А.Н. Диагностика виртуальной образности. – М.: Путь, 2000. – 55 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 10).

Носов Н.А., Яценко Ю.Т. Параллельные миры. Виртуальная психология алкоголизма. – М.: ИТАР-ТАСС, 1996. – 128 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2).

Степин В.С. Научное познание и ценности техногенной цивилизации // Вопр. философии. 1989. № 10. С. 3-18.

Степин В.С. Теоретическое знание. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. – 744 с.

Терр А.И. Профессиональная бронхиальная астма // Бронхиальная астма. М., 1984а. С. 269 – 289.

Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. – М., 2001. – 177 с.

Хачатурьянц Л.С. Актуальные проблемы психофизиологии космического труда (состояние и прогноз) // Деятельность космонавта в полете и повышение ее эффективности: М., 1981. С. 13-25.

Херрера Г., Филалков Дж. Психологические аспекты ведения больных бронхиальной астмой // Бронхиальная астма. М., 1984а. С. 423 – 445.

Черняев А.Л. и др. Морфология и цитология бронхиальной астмы // Бронхиальная астма. В 2 т. Т. 1. М., 1997а. С. 10–51.

Черняк А.В., Пашкова Т.Л. Бронхиальная гиперреактивность: механизмы развития и ее изменение // Там же. М., 1997а. С. 343–356.

Чучалин А.Г. Предисловие к русскому изданию // Бронхиальная астма. М., 1984а. 464 с.

Чучалин А.Г. (ред.) Бронхиальная астма. В 2 т. Т. 1. М.: Агар, 1997а. – 432 с.

Чучалин А.Г. Предисловие // Там же. М., 1997б. С. 3 – 9.

Чучалин А.Г. Клиническая картина // Там же. М., 1997в. С. 375–399.

Чучалин А.Г. (ред.) Бронхиальная астма. В 2 т. Т. 2. – М.: Агар, 1997г. – 432 с.

Чучалин А.Г. Тяжелые формы бронхиальной астмы (difficult asthma) // Лекции по актуальным проблемам педиатрии. М., 2000. С. 283–290.

Шугуров М.В. Виртуальная герменевтика. – М.: Ин-т человека РАН, 2001. – 69 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 13).

Форстер Т.Дж., Гершвин М.Э. Дальнейшие направления в изучении бронхиальной астмы: перспективы в ретроспективе // Бронхиальная астма. М., 1984. С. 445-449.

Юрелев П.Н., Семенович Н.И., Чучалин А.Г. Бронхиальная астма. – М.: Медицина, 1976. – 162 с.

Юрьев Г.И. Виртуальный человек в экстремальных условиях. – М.: Ин-т человека РАН, 2000. – 61 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 9).

Издания Центра виртуалистики

1. *Носов Н.А.* Ошибки пилота: психологические причины. – М.: Транспорт, 1990. – 64 с.
2. *Носов Н.А.* Психологические виртуальные реальности. – М., 1994. – 196 с.
3. *Носов Н.А.* Психология ангелов. – М.: ИТАР-ТАСС, 1995. – 80 с.
4. Виртуальные реальности в психологии и психопрактике /Под ред. Н.А.Носова, О.И.Генисаретского. – М., 1995. – 181 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 1).
5. *Носов Н.А., Яценко Ю.Т.* Параллельные миры. Виртуальная психология алкоголизма. – М., 1996. – 128 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2).
6. Технологии виртуальной реальности: Состояние и тенденции развития /Под ред. Н.А.Носова. – М.: ИТАР-ТАСС, 1996. – 160 с.
7. *Носов Н.А.* Виртуальный человек: очерки по виртуальной психологии детства. – М.: Магистр, 1997. – 192 с.
8. Управление человеческими ресурсами: психологические проблемы /Под ред. Ю.М.Забродина, Н.А.Носова. – М.: Магистр, 1997. – 216 с.
9. Виртуальная реальность: философские и психологические проблемы /Под ред. Н.А.Носова. – М., 1997. – 187 с.
10. Виртуальные реальности и современный мир /Под ред. Н.А.Носова. – М., 1997. – 85 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 3).
11. Виртуальные реальности /Под ред. Р.Г.Яновского, Н.А.Носова. – М., 1998. – 212 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 4).
12. *Носов Н.А.* Виртуальное убийство. – М., 1999. – 50 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 5).
13. *Носов Н.А.* Виртуальная психология. – М.: Аграф, 2000. – 432 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 6).
14. *Носов Н.А.* Словарь виртуальных терминов. – М.: Путь, 2000. – 69 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 7).
15. *Борчиков С.А.* Метафизика виртуальности. – М., 2000. – 49 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 8).
16. *Юрьев Г.П.* Виртуальный человек в экстремальных условиях. – М., 2000. – 61 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 9).
17. *Носов Н.А., Михайлов А.Н.* Диагностика виртуальной общности. – М.: Путь, 2000. – 55 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 10).
18. *Носова Т.В.* Феномен соположения реальностей. – М.: Путь, 2000. – 62 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 11).
19. *Носов Н.А.* Не-виртуалистика: (Соврем. философия психологии). – М.: Гуманитарий, 2001. – 56 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 12).
20. *Шугуров М.В.* Виртуальная герменевтика. – М., 2001. – 69 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 13).
21. *Анисимов О.С.* Дух и духовность: рефлексивно-виртуальная версия неогегельянца. – М.: Путь, 2001. – 114 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 14).
22. *Носов Н.А.* Манифест виртуалистики. – М.: Путь, 2001. – 17 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 15).
23. *Юрьев Г.П., Юрьева Н.А.* Виртуальная медицина: теория и практика триалектической аретей. – М.: Путь, 2001. – 101 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 16).
24. *Гиренок Ф.И.* Антропологические исследования: Кант и Гегель. – М.: Путь, 2001. – 82 с. – (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 17).

Научное издание

Носов Николай Александрович

Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины

В авторской редакции

Технический редактор *Ю.А. Аношина*

Корректор *Т.М. Раманова*

Лицензия серия ЛР № 066634 от 27 мая 1999 г.

Подписано в печать с оригинал-макета 07.10.02.

Формат 60x84 1/16. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.

Усл. печ. л. 8,75. Уч.-изд. л. 6,47. Тираж 200 экз. Заказ № 032.

Компьютерный набор авторов

Компьютерная верстка: *Ю.А. Аношина*

