

ПРОБЛЕМЫ ВИРТУАЛИСТИКИ

М.А. Пронин, В.А. Завьялова

Философские и теоретические основания биорациональности в средневековом каноне тибетской медицины «Чжуд-ши» и виртуалистика

Сравнительное исследование парадигматической системы традиционной тибетской медицины в каноне «Чжуд-ши» [1, 16 и 17] и современной медицинской виртуалистики (МВ) с целью описания и сопоставительного осмысления теоретической структуры, лежащей в основе биорациональности древности и нашего времени, имеет важное философское, теоретическое и прикладное значение.

Некоторые результаты сопоставления парадигматических подходов современной медицины и традиционной тибетской (канона «Чжуд-ши»), были опубликованы нами в 2003 году [6].

Компаративистика современной виртуальной философии и философии традиционной тибетской медицины проводится в рамках исследования «Трансдисциплинарные измерения биорациональности», поддержанного РГНФ, проект № 07–03–00169а.

Научно-исследовательский проект направлен на обсуждение и решение проблемы «постнеклассической рациональности» (термин В.С.Степина. [8]) в биомедицинской этике – в этике медицины, психологии и биологии. Такой тип рациональности Л.П.Киященко и В.И.Моисеев предлагают обозначить термином «биорациональность». Формирование последней с точки зрения предлагаемого проекта созвучно с наметившейся в отечественной биомедицинской этике тенденцией осмысления, обсуждения и разрешения моральных проблем, порожденных новейшими достижениями науки и практики. В проекте

ставится проблема экспликации теоретических оснований и структур биорациональности на материале биомедицинской этики, ее философского обоснования; планируется провести сопоставительный анализ основных мировых и отечественных тенденций развития биомедикоэтического знания.

Медицинская виртуалистика

Виртуалистика – новый парадигматический подход, развивающийся в рамках постнеклассической картины мира, основанный на идеях полионтизма и полионтологичности (т.е. множественности) любой реальности. Относительно психики виртуальный подход был оригинально воплощен Н.А.Носовым (1952–2002) – родоначальником данного направления и создателем Центра виртуалистики Института человека РАН (ЦВ ИЧ РАН) – в концепции виртуальной психологии [3], которая оказалась одним из оснований психологии постнеклассической науки и практической философии.

Виртуальность в виртуалистике противопоставляется не субстанциональности, как в схоластике, а константности. *Константность-виртуальность* являются категориальными оппозициями. Эта оппозиция относительна, т.к. виртуальная реальность может стать константной для следующей виртуальной реальности. Ограничений на количество порождений и свертываний реальностей нет.

Феноменология проблем практики в силу своей природы характеризуется полионтологичностью, что затрудняет ее концептуализацию в рамках моноонтической науки. Как следствие, по поводу одного и того же объекта (феномена) создается масса частных теорий, пытающихся свести полионтологичный мир к какой-то одной реальности. Виртуалистика помогает снять данное противоречие.

В частности, виртуалистика помогает снять проблему экстернализма и интернализма в понимании механизмов (инструментов) научной деятельности, т.к. направлена на сопряжение антропоцентрической и космоцентрической перспектив при решении теоретических проблем постнеклассической ан-

тропологии – проблем понимания теоретической структуры внутреннего пространства человека, как бы мы его ни называли: психологическим, духовным, субъектным и т.д.

Виртуалистика, опираясь на свою теоретическую модель *виртуального человека*, полагает, что любой объект внешней реальности должен быть представлен в реальностях сознания, телесности, личности и воли *внутреннего* человека. Только тогда объект может не просто отражаться человеком, но переживаться человеком актуально, т.е. порождать у него виртуальные реальности, в которых человек может реализовать себя как целостная личность – реализовать свой человеческий потенциал [15] во *внешнем* человеке.

Здоровье и болезнь как состояния человека обладают всеми *объективными атрибутами (признаками) виртуальной реальности*, описанными Н.Носовым и О.Генисаретским [2], а именно: *порожденностью, автономностью, интерактивностью и актуальностью*.

Подчеркнем, виртуальная психологическая реальность рассматривается виртуалистикой не как потенциальная, надуманная, а как актуально существующая и переживаемая человеком. Исходя из факта ее существования, онтологичности, в порожденной реальности действуют свои собственные законы (т.е. она характеризуется *автономностью*) и человек способен, в случае обладания волей, действовать в данной реальности адекватно, т.е. согласно ее законам. Более того, он может *интерактивно* изменять и порожденную, и константную (порождающую) реальность, и даже *модифицировать* самого себя.

Выделяется два типа виртуальных психологических состояний: *гратуалы* и *ингратуалы*, которые порождаются из обыденной (*консуетальной*) реальности человека. Гратуальные состояния («*гратус*» в переводе с лат. означает приятный; грациозная <женщина>, харизматичный <мужчина> – однокоренные слова) переживаются как необычные, в которых человеку удается все с легкостью, практически без усилий. Ингратуальные состояния связаны с развалом текущей деятельности и переживаются как утрата возможности что-либо сделать для коррекции наступившего состояния. Соответственно, здоровье и болезнь можно рассматривать как видовые проявления

гратуальных и ингратуальных состояний человека, обладающие известной устойчивостью, в отличие от других, более скоротечных состояний, таких как утомление или вдохновение.

Для понимания природы виртуальной психологической реальности важно понятие самообраза.

«*Самообраз* — динамический образ, в котором отражается процесс актуализации образа. Самообраз, в отличие от образа и близких ему понятий, таких как: план, функциональный орган, когнитивная карта, паттерн, энграмма и т.д. — отражает в психике ее же текущие, актуальные состояния. В самообразе, в отличие от образа самого себя, представлено не все содержание психики (мировоззрение, самооценка и т.д.), а только выполняемый акт деятельности независимо от того, является ли этот акт внешним или чисто психическим. Самообраз — это табло, на котором отражено текущее, актуальное состояние разворачивающегося образа. Если “образ” и близкие ему понятия вводились в психологический оборот для описания свойств психического отражения внешнего мира, то понятие самообраза важно прежде всего с точки зрения идеи отражения в психике состояний психических же образований. Ощущения характера протекания, актуализации психических процессов в самообразе и есть виртуальные переживания, и эти переживания образуют виртуальную реальность» [9].

Заметим, что раз виртуальное состояние есть состояние, отражающее в самообразе процесс актуализации образа конкретного акта деятельности (совокупности актов) — образа, регулирующего протекание деятельности, то тем самым есть показатель качества протекания и самого процесса деятельности. Поэтому, кстати, эти состояния и были названы *индикативными*.

Итак, виртуальный человек в качестве онтологической структуры представлен реальностью сознания, реальностью телесности, реальностью личности и реальностью воли. Каждая из реальностей в свою очередь также полионтологична (полионтична), автономна, порождается другими реальностями, находясь с ними в актуальных, интерактивных — *динамических* — отношениях.

Поэтому здоровье и болезнь — это виртуальные состояния (виртуалы), которые порождаются непрерывным динамичным взаимодействием реальностей сознания, телесности, воли и

личности человека в ответ на изменение внешней среды, внешних виртуальных реальностей: виртуальная реальность в виртуалистике может быть любой природы.

Данные динамичные взаимоотношения порождают личность здорового или больного человека. В свою очередь, его новая *актуализированная* личность предопределяет чувства, мысли и поведение в реальностях здоровья или болезни. Иными словами, порожденная реальность, здоровье или болезнь, начинает развиваться по своим собственным внутренним, *автономным* законам, которые не могут быть сведены к законам породившей ее реальности.

Понимание природы здоровья и болезни в «Чжуд-ши»

Оговоримся, что согласны с мнением С.М.Николаева — редактора издания первого полного перевода «Чжуд-ши» (см. статью от редактора [17]), что «путь к адекватному пониманию феномена тибетской медицины лежит через введение в научный оборот источников на основе кропотливого, максимально полного определения и идентификации всех понятий и реалий и последующего их комплексного изучения. В то же время *попытки теоретизирования и построения различных, порой весьма привлекательных концепций относительно тибетской медицины без достаточного источниковедческого фундамента не только малопродуктивны, но зачастую могут приносить вред, приписывая объекту не свойственные ему качества* (выделено нами. — М.П.)».

Тем не менее С.М.Николаев указывает там же, что «исследование тибетской медицинской литературы обнаруживает в ней значительное число жанров, в большей или меньшей степени связанных со структурой и содержанием канонического трактата «Чжуд-ши». Эта обширная литература, сложившаяся *как комментарий всего текста канона* (выделено нами. — М.П.) или отдельных разделов и глав, свидетельствует о тенденциях распада некогда единого свода теоретических и практических знаний, которым не протяжении многих столетий был «Чжуд-ши», на ряд специализированных дисциплин» [17].

Собственно, позволяя себе некоторый комментарий канонического текста, мы не считаем, что тем самым реализуем «тенденцию распада» единого знания: скорее, работаем в уже сложившемся жанре комментария, пытаюсь осмыслить научное, культурное и историческое значение канона.

Признаемся, работа эта не простая: наше первое прочтение 1988 г., понимание, как легко догадаться, связанное с первым изданием, и современное значительно разнятся. И дело не только и не столько в том, что мы получили в распоряжение первый полный перевод канона, сколько в том, что за эти годы развился наш парадигматический аппарат: был создан виртуальный подход и разработаны его приложения в психологии и медицине.

Коллеги из Сибирского отделения РАН, ведущие данный многолетний переводческий проект, в качестве приоритетных к введению в научный, медицинский, культурный и исторический оборот называют источники по лекарствоведению, объясняя это тем, что *содержащийся в них материал характеризуется наибольшей доступностью для идентификации и экспериментального апробирования* (выделено нами. — М.П.).

Поэтому мы полагаем целесообразным в данной краткой работе-комментарии привести наши соображения, подтверждения и данные по *наименее* доступным для идентификации и экспериментального апробирования положениям канона. Особенно по таким, которые имеют расхождение с преобладающей точкой зрения современной медицины. Из последних выберем также не все, но лишь имеющие отношение к фундаментальным — философским — основаниям биорациональности.

Речь пойдет прежде всего о сопоставлении религиозно-мировоззренческих установок, предопределяющих биорациональность канона, — фундаментальных теоретических построений тибетской медицины — и современного понимания природы болезни и здоровья, разрабатываемого в рамках виртуалистики.

При сопоставлении двух типов биорациональности — виртуальной и средневековой тибетской в каноне — просматриваются некоторые парадигматические аналогии и параллели. Как, впрочем, и с некоторыми установками современной медицины.

Так, близкий к виртуальной парадигме тип соотношения здоровья и болезни постулируется в «Чжуд-ши» (далее цитаты даны по [16]).

Например, «наивысший (лекарь. — *М.П.*) — это тот, кто лечит болезни, являющиеся *плодами* (выделено мной. — *М.П.*) трех ядов», где три яда — страсть, гнев и невежество, которые называются также «болезнями души» и «болезнями причины». Производными от этих «трех ядов» считаются «пороки» в телесной природе человека в виде ветра, желчи и слизи. Последние называются «болезнями тела» или «болезнями следствий».

Этико-соматические рассогласования — давний объект исследований ЦВ ИЧ РАН, а после присоединения Института человека к Институту философии РАН (ИФ РАН) — исследовательской группы «Виртуалистика» как на философском, теоретическом, так и на методологическом и прикладном — практическом, технологическом — уровнях работы [10–12]. Сегодня уже возможно измерение — объективизация — таких рассогласований с помощью эгоскопии [13] — инновационного инструмента эгосоматической медицины [14].

В каноне «Чжуд-ши» говорится, что «цветками» (виртуальными, порожденными реальностями) медицины являются «здоровье» и «долголетие», которые в свою очередь сами могут рассматриваться как константные (порождающие) реальности для трех «плодов» (преуспеваний в жизни): дхармы, богатства и счастья — виртуальных реальностей следующего уровня.

Сегодня общеизвестно, что Всемирная организация здравоохранения, давая определение здоровья, вполне закономерно пытается выйти за пределы оппозиции — отсутствия болезней или физических дефектов — и включает в определение здоровья состояние полного физического, психического, социального и нравственного благополучия человека. По сути определение здоровья, даваемое ВОЗ, полионтологично, что вызывает вполне закономерные нарекания современной медицины: на неопределенность (неопрационализированность определения) для практикующего врача, деятельность которого сведена к реальности телесности и отчасти к реальности сознания больного; на декларативность — идеалистический статус такого определения, не подкрепленного соответствующим ин-

струментарием; на «выход» определения здоровья за рамки социально признанной ответственности медицины (духовное и социальное благополучие лежит вне реальности воли медицинского сообщества).

Данный факт отражает редуцированность мировоззрения современной медицины. По классификации лекарей в «Чжуд-ши», это всего лишь лекари обычные: *«Друзьями живых существ являются те, которые следуют традиции сострадания и имеют в этом опыт, а враги жизни те, которые ради наживы приобрели какие-то (знания)».*

К слову, классификация лекарей в «Чжуд-ши» полионтологична, потому что включает и *этическое* основание для таковой, имеется в виду следующая сентенция: *«Вообще лекари делятся на хороших и плохих».*

Кроме объективных признаков виртуальной реальности, имеются 8 субъективных (Т.В.Носова, [5]), переживаемых человеком, попавшим в виртуальную психологическую реальность. Это так называемые *субъективные свойства виртуала*: его непривыкаемость, спонтанность, фрагментарность, объективированность, а также измененность статуса телесности, статуса сознания, статуса воли и статуса личности попавшего в него человека.

Статус личности больного человека, согласно канону «Чжуд-ши», характеризуется «плачем, стенаниями и бессилием больного», то есть измененными статусами телесности (плач), сознания (стенания) и воли (бессилие). Данная феноменология вроде бы подтверждается и современной медициной, использующей для описания клинической картины заболевания жалобы больного и изменения нормальных характеристик течения психофизиологических процессов в организме.

Кстати, обращаем внимание, что сама структура канона тибетской медицины построена по полионтологичному принципу и в виртуальной логике. Она состоит из трех основных разделов (тантр): *«Тантры основ»* (статус телесности врача, т.е. мировоззрение), *«Тантры объяснений»* (статус сознания врача), *«Тантры наставлений»* (статус воли врача) и одной *«Дополнительной Тантры»* (личность врача), что в совокупности должно ввести молодого специалиста в виртуальную реальность врачевания, т.е. породить его новую добродетель (*virtus* — лат.). Рит-

мический — поэтический — характер самого текста канона также способствует порождению виртуальных событий (состояний) у будущих врачей, помогает им входить в подобающее рабочее состояние — в состояние врачующего.

Вот одна из профессиональных мировоззренческих установок для начинающего врача, касающаяся как канона, так и профессии в целом.

«Эти слова не следует записывать, а надо усвоить их смысл (реальность сознания — статус сознания; здесь и далее в скобках примеч. наши. — М.П.).

И смысл этот бережно хранить в сердце (реальность телесности — стать / быть врачом в психофизиологическом плане).

Наставления не делай упражнением для языка, а усваивай их суть (дается характеристика результата — эффекта обучения: события во внутреннем пространстве обучающегося человека).

Не удовлетворяйся знанием только лекарств и процедур, а занимайся глубочайшим изучением (теории) (многие увидят параллели с современными принципами проблемного обучения, недопустимостью «фельдшерского» подхода в подготовке врачей и т.д.).

Никогда не считай себя старым для постижения истины» (реальность личности, можно сказать, установка на эпистемологическое — профессиональное — долголетие).

Тем не менее современная массовая медицина полагает существующей только патоморфологическую картину болезни (вспомним известную медицинскую шутку: «Патологоанатом — лучший диагност»), т.е. статусом существования (онтологией) обладает только реальность телесности, в которой отражаются и болезнь, и здоровье обследуемого и к которой пытаются свести все заболевания, в том числе и психиатрические. Конечно, тело, на первый взгляд, наиболее константное образование в человеке.

Сознание больного рассматривается в основном как вспомогательная реальность для диагностики (жалобы больного), оценки степени тяжести неотложных состояний, связанных с нарушениями сознания, и проведения некоторых медицинских процедур, например психотерапии. Здесь-то и возникает многообразная казуистика современной медицины, связанная с теорией нормы, когда нормирование здоровья как полионтологического объекта пытаются провести по одному онтологиче-

скому основанию, стараясь разрешить данное качественное противоречие статистическими методами за счет закона (феномена) перехода количества наблюдений в новое качество — выявление общей закономерности.

В отличие от современной медицины, тибетские врачи, имея в основе полионтологичную парадигму медицинского знания, считали возможным постановку диагноза через оценку состояния родственника больного. То есть по оценке статуса телесности родственника, по его пульсу, в котором отражался семейный виртуал болезни, они могли поставить диагноз больному. Наши исследования это подтверждают.

Метафорически можно утверждать, что соматическое заболевание — это член семьи больного. Вокруг этого «невидимого» члена семьи все и «пляшут». Болезнь для них — это реальность, обладающая статусом существования, которую они актуально переживают. Как только болезнь порождается, меняется семейная виртуальная реальность, которая интерактивно меняет статусы телесности, сознания, воли, личности всех близких больного. Поэтому через членов семьи страдающего тем или иным соматическим заболеванием можно вести большинство возможных направлений медицинской и психологической работы.

Что более очевидно или менее спорно, так это то, что некоторые психосоматические расстройства требуют семейной психотерапии: данный факт стал общим уже местом и в современной медицине.

Пока вызывает недоумение или вопросы вот что: почему одно возможно рассматривать как объективную проблему, а другие феномены, на наш взгляд, той же природы следует трактовать или как архаичные, или как заблуждение средневековых врачей, тибетских в частности?

Вот некоторые примеры пульсовой диагностики из канона.

«Семь удивительных пульсов, которые о домашних делах, гостях, врагах, прибыли и демонах дают предсказания, по ним же гадают, меняя места Огня и Воды, и гадают о ребенке в утробе.

О первом <гадание о домашних делах>.

Уходит в глубь и слабеет — таков пульс скверны.

Словно туманом закрыт и доносится слабо — предвещает горе.

Пульс, как горчичное зерно , — от страдания не избавиться.*

Пульс, как бурлящий горячий источник, — к сплетням и пересудам.

Пульс, как рвущиеся языки пламени, — к убытку.

Если пульсы наблюдаются на сосуде самого, то эти предсказания относятся к тому, на чьей руке гадают.

При появлении их на сосуде матери предсказание относится к его матери или дяде,

На сосуде сына — к сыну и внуку, на сосуде друга — к имуществу, врага — к врагу.

О гостях гадают по руке того, кому дорог этот гость.

Сильно бьется пульс печени, легких, селезенки, почек — значит, гость совершенно еще не тронулся в путь, близко подъехал, скоро прибудет или же в гости едет враг — так это толкуется.

Или же бьется сильно пульс самого или матери — гость не тронулся с места, бьется пульс сына — выехал, врага — гость сейчас подъедет.

Гадание об исполнении задуманного дела.

Если усилены пульсы сердца, печени, почек, то (соответственно) будет помеха, исполнится дело, вернется с пустыми руками.

Если усилен пульс врага — дело не сбудется, друга — сбудется.

Гадание о враге.

Если при наступлении сильно бьется пульс легких — к победе, если почек — к поражению, дух врага будет выше.

Или же пульс врага бьется сильно — это к победе, а если пульс самого бьется, как должен биться пульс врага, — к поражению.

Если при вражеском наступлении пульс будет, как выше, — враг проникает (на территорию), а если сильны пульсы самого или матери — вторжения не будет.

Гадание о прибыли по пульсу владельца имущества.

Бьется сильно пульс печени — к прибыли, убытка не будет. Ослаблен пульс сердца и почек — ожидается убыток.

Очень хорошо, когда при гадании о прибыли бьется пульс друга.

Если бьется пульс матери — это посредственно.

Если пульс сына — прибыли нет; врага — прибыль присвоит враг.

Гадание о демонах.

Плохой пульс Дерева говорит о вреде со стороны гнйан и ргй-по.

* «Горчичное зерно» — пульс как будто остренько покалывает палец лекаря.

Плохой пульс Огня — вредят цан и бдуд; Железа — ргйал-по и дкор-бдаг; плохой пульс Земли — са-бдаг и ма-мо; плохой пульс Воды — клу, клу-срин и дам-сри.

Неровен пульс сына — вредят "дре со стороны отца и матери; неровен пульс сына — вредят "дре со стороны братьев матери, детей или внуков;

неровен пульс врага — вредят "дре, которого наслали враги;

неровен пульс друга — "дре, который пришел в дом с какими-то вещами;

неровен пульс друга — "дре, который пришел с другом.

Изменение места Воды и Огня <метод гадания по пульсу клиента о судьбе его близких>.

Болеет отец — гадают по руке сына.

Если полон пульс печени — выздоровеет, не полон — умрет.

Усилен пульс матери — выздоровеет, ослаблен — умрет.

Если болеет сын — гадают по руке отца.

Полон пульс сердца — выздоровеет, не полон — умрет.

Усилен пульс сына — выздоровеет, ослаблен — умрет.

Точно так же гадают по рукам матери и дочери.

При болезни мужа — смотрят пульс жены.

Не полон пульс печени — умрет, полон — выздоровеет.

Жена заболела — смотрят пульс мужа.

Не полон пульс печени — умрет, полон — выздоровеет.

Или же о муже гадают по пульсу друга, о жене — врага.

Если они усилены — выздоровеет, ослаблены — умрет.

Пульс беременных выпуклый и словно туго скрученный (шнур).

Если пульс правой почки сильнее — родится мальчик, если левой сильнее — девочка.

Пульс плода.

Если пульс матери бьется, как должен биться пульс сына, то этого ребенка будет легко вырастить, а если как врага — тяжело».

В большинстве случаев речь идет о семейном, групповом пространстве, на языке виртуалистики — о виртуале. О его измерениях. В каноне — с помощью пульса либо самого человека, либо пульса его родственника.

С одной стороны, данные измерения выглядят несколько «чудесно», с другой — этико-соматические проявления у участников социального, семейного и даже внутриличностного конфликта общеизвестны.

К сожалению, современная медицина виртуальные феномены либо не фиксирует, либо с ними не работает, либо не может объяснить их природу. В этом отношении мировоззрение современной медицины по сути своей ущербно.

Как показывают наши работы, впрочем, мы уверены, что к многим нижеприведенным примерам опытные коллеги присоединятся: виртуал болезни может быть развернут из реальности телесности в результате дисфункции любого из органов человеческого организма, что блестяще демонстрирует современная медицина. Из реальности сознания — всем известны ятрогении (болезни, вызванные неквалифицированным обращением медицинского персонала). Из реальности личности — можно взять наблюдения из сферы определения профессиональной пригодности человека. Достаточно типичны факты в военно-морской медицине, когда моряк признается военно-врачебной комиссией годным к службе на подводных лодках, но негодным к обучению на очном факультете военной академии: вся оставшаяся личная жизнь — сплошное отражение болезни. А личность — это уже и социальный контекст (реальность), поэтому можно сказать, что хрестоматийный случай, относящийся к 20-м гг. XX в., который произошел в результате события в статусе личности летчика: первый председатель первой врачебно-лётной комиссии в СССР был застрелен летчиком, признанным комиссией негодным к лётной работе.

Так вот, теоретическая виртуалистика полагает, что любой объект любой из реальностей может вызвать (породить) заболевание. Поэтому при разработке новых методов лечения алкоголизма [4] Н.А.Носов задался отнюдь не риторическим вопросом: «Если любой объект теоретически может вызвать алкогольный виртуал, то может ли, например, камень породить приступ (запой) при алкоголизме?» Как говорят, «не прошло и трех дней», Ю.Т.Яценко, с которой они делали первые шаги в направлении виртуальной медицины и психологии, описала случай течения алкоголизма, когда у больного императивный позыв к употреблению алкоголя вызывал вид бюста Ленина, т.е. камень. Данный факт был связан с тем, что пациент в начале течения болезни частенько распивал алкогольные напитки со своими товарищами после работы рядом с памятником Ленину.

Не менее важным считаем возможность решения обратной задачи: лечение многих заболеваний возможно из любой реальности человека. Установлено, что у человека имеется собственная «партитура» болезни и здоровья, которая может быть страдающим изменена с помощью аретевта. *Аретейя* — это новый тип практики, в основе которой лежит виртуальная парадигма, рассматривающая здоровье и болезнь как порожденные виртуальные состояния, не сводимые к одной из реальностей человека. Так, достаточно эффективными показали себя методы аретеи бронхиальной астмы. Устранение болезни, ее девиртуализация может быть проведена, например, из реальности сознания больного. *Аретевт* — человек, проводящий аретею, может помочь аретенту (больному) изменить собственный статус воли, который позволяет страдающему устранить свое заболевание или купировать приступ, не поддающийся лечению (купированию) современными медикаментозными средствами [7].

Мы использовали слово «страдание» вместо «заболевание», так как болезнь — нозология — отражает нозологический подход, сужающий виртуальную картину проявления тех или иных расстройств у человека до клинического течения болезни, имеющей патоморфологическое основание. Клиницисты тут, конечно, отметят, что современная медицина уже выделяет донозологические состояния или предболезнь. Это, несомненно, шаг вперед, но, как мы теперь понимаем, исключительно в феноменологическую сторону.. Приборы становятся точнее, методы обследования изощреннее, все это дает мощный феноменологический пласт, фиксируемый в статусе телесности человека, от которого современная медицина отмахнуться уже не в силах, но объяснить данные научные факты еще не в состоянии, ограничиваясь концепцией ничего не объясняющей «психосоматики».

Этические основания деонтологии в «Чжуд-ши»

Весьма интересны этические основания биорациональности, деонтологии в частности, в тибетской медицине.

Например, можно рассмотреть причины отказа больному в оказании медицинской помощи.

*«Отказаться от больных можно в двух случаях:
когда есть средства лечения и когда их нет.*

О первом случае: не братья за больных, которые ненавидят Будду, монахов и живых существ, неблагодарных, не отвечающих на заботу лекаря, торопливых, бедных, непослушных, исчерпавших срок жизни, подавленных духом, и врагов религии, ибо можно испортить свои отношения с другими.

Есть средства или нет — от таких лучше отказаться.

Отказываются, ссылаясь на отсутствие средств, от запущенных больных, от тех, у кого уже появились признаки смерти, от больных, охваченных девятью болезнями, обрывающими жизнь».

Если тезис, резон с отказом в оказании *лечебной* помощи умирающим больным в общем-то понятен, то отказ в оказании помощи по биоэтическим (социально-психологическим) основаниям представляется очень интересным и требующим прицельного рассмотрения и обсуждения.

Прагматичны и современны психологические стратегии взаимодействия врач-больной в каноне: лечение и само появление врача может (и должно быть!) подобающим образом «обставлено», преподнесено.

Вот еще одна иллюстрация.

«Уловки и хитрости, применяемые при обследовании, включают: “определение проявлений болезней”, “выяснение того, что случилось”, “тянуть время”, “обследовать последствия”, “заставить говорить”, “рот заткнуть”, «ясность вносить», “попал в тупик”.

Лекарю, знающему проявления общих и частных болезней, достаточно сказать: “Здесь болит”, — и он сразу же поймет, в чем дело.

Но для этого необходимы навыки и опыт.

Ведь умение разбираться в качестве драгоценностей зависит не только от книг, хотя без них не обойтись.

“Выяснение того, что случилось”. Лекарь может опросить гонца, что болит у больного, как болит, чем лечили, кто лечил, сколько дней прошло и т.д., чтобы потом сделать вид, что ему и без слов все ясно.

“Тянуть время”. Не торопясь, побыть около больного, словами и действиями выяснить в беседе все, что ему нужно.

“Обследование последствий”. Выявив, как действуют на больного кровопускания, прижигания и лекарства, назначенные ранее, можно определить, жар у больного или холод.

“Заставить”. Больной не хочет разговаривать. И если лекарь не может болезнь определить, то во избежание дурной славы пусть не делает больному еще хуже, а совершит обряд против демонов и пробормочет, что “ему могли бы помочь такие-то лекарства”.

Тут больной не выдержит и скажет: “Здесь болит, как лечить?”.

“Рот заткнуть”. Если, принимая некоторых больных, лекарь сразу определит болезнь, он может прервать больного словами: “Что и где болит — лекарю виднее, можете не продолжать”, — и ясно описать его болезни — все будут восхищены.

“Вносить ясность”. Лекарь может сказать: «При обследовании другие лекари используют много разных методов сразу, смотрят пульс, мочу, спрашивают: “Где болит?”», не то что я — я определяю болезнь только по одному методу».

Такой лекарь прославится как лекарь, который с одного только взгляда определит болезнь, или же как чрезвычайно искусный в тонких методах обследования.

“Попал в тупик”. Все вышеописанные методы могут оказаться тщетными — лекарь не разобрался в болезни; в таком случае он, не теряя достоинства, должен “отступить в свою крепость” двумя способами.

Первый: говорить, что у больного питание и образ жизни неподходящие, что вредят демоны, что болезнь от якобы несвежего, прокисшего, сырого, и назначить лекарства, не оказывающие действия на жар и холод.

Второй: сыпать названиями болезней и лекарств, о которых никто не слышал. Это вызовет удивление у больных и близких. Хотя они ничего не поймут, но лекаря сочтут толковым».

Рекомендации ясны, понятны и просты. Во многом не устарели до сих пор. Современность их связана с их «психофизиологичностью» — антропологической глубиной, неизбывной, — адекватной и современному человеку.

На этом фоне, на наш взгляд, вскрытие парадигматической системы древнетибетской медицины с использованием виртуального подхода может стать важным фактором развития постнеклассической биорациональности и философии современной медицины. Фактором, задающим понимание генеза и истории развития биорациональности.

Литература

1. Атлас тибетской медицины: Свод иллюстраций к медицинскому трактату XVII века. Альбом. М.: Изд-во АСТ-ЛТД, 1998. 592 с.
2. *Носов Н.А., Генисаретский О.И.* Виртуальные состояния в деятельности человека-оператора // Тр. ГосНИИГА. Авиацион. эргономика и подготовка летного состава. Вып. 253. М., 1986. С. 147–155.
3. *Носов Н.А.* Виртуальная психология. М.: Аграф, 2000. 432 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 6).
4. *Носов Н.А., Яценко Ю.Т.* Параллельные миры: Виртуал. психология алкоголизма. М.: ИЧ РАН, 1996. 128 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2).
5. *Носова Т.В.* Психологические признаки виртуального состояния в деятельности пилота // Авиамедицинские и эргономические исследования человеческого фактора в гражданской авиации. Тр. ГосНИИГА. Вып. 294. М., 1990.
6. *Пронин М.А.* Здоровье как онтологическая проблема // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М.: ИЧ РАН, 2003. С. 77–83. См. также: Устойчивое развитие. Вып. 4–5: Постнеклассическая наука: проблема человека. Материалы межрегион. Филос. семинара (8–9 окт. 2002 г.). Улан-Удэ, 2003. С. 285–297.
7. *Пронин М.А.* Случай Фаины // *Носов Н.А.* Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины. М., 2002. С. 105–135.
8. *Стёпин В.С.* Теоретическое знание. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 744 с.
9. *Носов Н.А.* Словарь виртуальных терминов. М.: Путь, 2000. 69 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 7). *Примечание:* весь словарь можно найти на сайте: www.virtualistika.ru.
10. *Юрьев Г.П.* Виртуальный человек в экстремальных условиях // Тр. Лаб. виртуалистики. Вып. 9. М., 2000. 61 с.
11. *Юрьев Г.П., Юрьева Н.А.* Виртуальная медицина: теория и практика триалектической арети // Тр. Лаб. виртуалистики. Вып. 16. М., 2001. 102 с.
12. Виртуальная этика здоровья и страданий человека / *Г.П.Юрьев, Н.А.Юрьева, Е.И.Лебедь*; Под ред. Р.А.Вартбаронова; ИЧ РАН; Поликлиника № 1 РАН. М.: Наука, 2004. 359 с. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 25).
13. *Юрьев Г.П., Скоморохов А.А., Чеховский Л.В., Тищенко А.А., Буйнов А.А., Лебедь Е.И., Харламова Н.И.* Эгоскопия: смысло-физиологическая диагностика человека // Переход на новую модель здравоохранения: мед. и др. технологии: к 60-летию Поликлиники № 1 РАН / Ред.-сост. Г.П.Юрьев. М., 2006. С. 203–217.
14. *Юрьев Г.П.* Эгосоматическая медицина // Переход на новую модель здравоохранения: мед. и др. технологии: к 60-летию Поликлиники № 1 РАН / Ред.-сост. Г.П.Юрьев. М., 2006. С. 218–241.

15. Человеческий потенциал: опыт комплексного подхода /Под ред. И.Т.Фролова. М.: Эдиториал УРСС, 1999. 176 с.

16. «Чжуд-ши» – памятник средневековой тибетской культуры /Пер. с тибет. Предисл. Д.Б.Дашиева, С.М.Николаева. Новосибирск: Наука, 1988. 349 с.

17. «Чжуд-ши» – памятник средневековой тибетской культуры /Пер. с тибет, предисл., примеч., указ. Д.Б.Дашиева. М.: Издат. фирма Вост. лит. РАН, 2001. 766 с.