

МИНИСТЕРСТВО
ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АКАДЕМИЯ
ГУМАНИТАРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ

Нам 50!

ФН

ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ

3/2008

Москва
Гуманитарий

**ЛИЧНОЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ:
КАНОН ТИБЕТСКОЙ МЕДИЦИНЫ «ЧЖУД-ШИ»
И ВИРТУАЛИСТИКА***

М.А. ПРОНИН

Личное и профессиональное долголетие — тема неисчерпаемая как сама жизнь. Посему интересно было бы сравнить значимые и/или самобытные (оригинальные) философские и теоретические представления нашего времени и глубокого прошлого по данному вопросу.

Конкретный предмет исследования позволяет сфокусировать сопоставление: в качестве материала анализа взят канон средневековой тибетской медицины «Чжуд-ши»¹ и виртуалистика.

Почему сделан такой выбор?

Полагаем, что сравнение парадигматической системы традиционной тибетской медицины — на материале канона «Чжуд-ши», — 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.

Концептуально статья направлена на обсуждение и решение проблем «постнеклассической рациональности» (термин В.С. Степина²) в биомедицинской этике — в этике медицины, психологии и биологии. Такой тип рациональности Л.П. Киященко и В.И. Моисеев предлагают обозначить термином «биорациональность».

Наконец, некоторые результаты сопоставления парадигматических подходов современной медицины и традиционной тибетской (канона «Чжуд-ши»), опубликованные нами в 2003 г.³, позволили предположить, что не менее важными для обсуждения проблем постнеклассической биорациональности смогут стать результаты сопоставления двух биомедикоэтических подходов: виртуального — подхода, рожденного в конце XX в., — и средневековой тибетской ме-

* Статья подготовлена в рамках проекта РГНФ «Трансдисциплинарные измерения биорациональности», № 07-03-00169а.

дицины, сохранившей и в наши дни свое практическое, теоретическое, культурное и социальное значение.

В статье дано краткое введение в виртуальный подход — в виртуалистику: описаны ключевые идеи МВ и виртуальной психологии, имеющие отношение заявленной тематике. Затем изложены особенности нашего комментария на текст канона «Чжуд-ши» о понимании природы здоровья и болезни. Рассмотрена онтология страдания — болезни, — в каноне, и онтология виртуала в понимании виртуалистики. Прокомментированы основания деонтологии в каноне, рассмотрено профессиональное и личное становление тибетского врача.

В завершение перечислены некоторые пролегомены философии долгожительства.

И, наконец, еще два момента. Некоторые материалы из канона приводятся без комментария. Это сделано специально, чтобы комментарий возник у самого читателя и чтобы была порождена целостность: отобранный материал говорит сам за себя. Наш комментарий также будет дан, но в своем месте.

Далее. Виртуалистика, выстраиваясь на материале психологии и медицины, формировала и одновременно экспериментально подтверждала онтологические основания внутреннего пространства человека. Канон тибетской медицины также выстраивается опираясь/отталкиваясь не столько на телесность человека (как современная психология и медицина), сколько на внутреннее пространство человека. Этот момент сопоставления наиболее интересен в философском, теоретическом и практическом планах.

Медицинская виртуалистика сегодня

Виртуалистика — современный 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 — родоначальником данного направления и создателем Центра виртуалистики Института человека РАН (ЦВ ИЧ РАН), — в концепции виртуальной психо-

логии⁴, которая оказалась одним из оснований психологии постнеклассической науки и практической философии⁵.

Виртуальность в виртуалистике противопоставляется не субстанциональности, как в схоластике, а константности. *Константность-виртуальность* являются категориальными оппозициями. Эти отношения относительные, так как виртуальная реальность может стать константной для виртуальной реальности следующего иерархического уровня. 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-либо одной реальности. Междисциплинарная проблематика жизнедеятельности актуализирует методологические и теоретические разработки комплексного, междисциплинарного подхода, в том числе применительно к человеку.

Как известно, общепризнанное решение проблемы комплексности на теоретическом и парадигматическом уровнях до сих пор не найдено: успешные решения проблемы комплексности в основном связаны с прикладным уровнем и ограниченными, хотя и сложными, задачами. Тем не менее, полагаем, что виртуалистика позволяет существенно продвинуться в данном направлении, предлагая прежде всего парадигматические, теоретические и вытекающие из подхода — методологические и принципиально новые практические результаты.

В частности, виртуалистика направлена на сопряжение антропоцентрической и космоцентрической перспектив при решении теоретических проблем постнеклассической антропологии — проблем понимания онтологии теоретической структуры внутреннего пространства человека (как бы мы его ни называли): психологическим, духовным, субъектным, антропологическим и т.д.

Виртуалистика, опираясь на одну из своих теоретических моделей — концепт *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 — реализовывать свой человеческий потенциал⁶ во *внешнем* человеке.

Подчеркнем: реальности сознания, телесности, личности и воли также характеризуются многомерностью. Кроме того, следует различать их *состояния, события* в их пространстве и *действия* (сознания, тела, личности, волевые и т.д., и т.п.). Иными словами, виртуальный человек характеризуется *гиперкомплексностью* своей структуры. В силу указанных особенностей адекватное моделирование онтологического, событийно-процессуального и деятельностного планов виртуального человека (его внутреннего пространства) требует одновременного решения трех ортогональных, но взаимоувязанных, задач:

1) определения размерности базового пространства признаков и параметров, относительно которого могут быть получены описания всех остальных (интересующих исследователя) параметров и признаков: онтологический аспект моделирования;

2) решения задачи инвариантности (универсальности): методологический аспект моделирования;

3) подобия (аналогии) — теоретический аспект моделирования. Следует добавить, что понимание различий в языках описания проблемы, в языке(ах) ее решения, в языке(ах) процедуры решения и языках общих (принципиальных) решений — стало уже общим местом: например, в искусственном интеллекте. Обсуждение особенностей моделирования виртуальных объектов, их *быстрого прототипирования* в частности, выходит за рамки настоящей статьи.

Сегодня в виртуальном подходе — МВ и виртуальной психологии, — общепринято, что здоровье и болезнь, как состояния человека, обладают всеми объективными атрибутами (признаками) *виртуальной реальности*, описанными в 1986 г. Н. Носовым и О. Генисаретским⁷, а именно:

порожденностью, автономностью, интерактивностью и актуальностью. Виртуальная реальность может быть любой природы: не только психологической или компьютерной⁸. Типичные эпистемологические проблемы классической и неклассической науки, возникающие при концептуализации понятия виртуальной реальности нами также подробно рассмотрены⁹.

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 реальность — виртуальную, — и константную (порождающую) реальность, и даже *модифицировать* самого себя: иногда модификация самого себя облегчается — она гратуальна, в других случаях, наоборот, — затруднена: она ингратуальна.

Что это за характеристики?

В виртуальной психологии выделяется два типа виртуальных психологических состояний: *гратуалы* и *ингратуалы*, которые порождаются из обыденной (*консуэальной*) 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, обладающих 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»¹⁰.

Заметим, что раз виртуальное состояние есть состояние, отражающее в самообразе процесс актуализации образа конкретного акта деятельности (совокупности актов) — образа, регулирующего протекание деятельности, а 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: напомним — виртуальная реальность в виртуалистике может быть любой природы).

И, наконец, напомним, что виртуалистику: ВМ и виртуальную психологию — наиболее развитые ее направления, можно отнести к одному из направлений постнеклассической науки в классификации В.С. Степина¹¹.

Особенности нашего комментария на текст канона «Чжуд-ши»

Оговоримся, что согласны с мнением С.М. Николаева — редактора издания первого полного перевода «Чжуд-ши» (см. статью от редактора¹²), — 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 последующее их комплексное изучение. 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* (Курс. мой. — 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». Это обширная литература, сложившаяся как *комментарий на весь текст канона* (Курс. мой. — М.П.) или на отдельные разделы и главы, свидетельствует о тенденциях распада некогда единого свода теоретических и практических знаний, которым не протяжении многих столетий был «Чжуд-ши», на ряд специализированных дисциплин».

Собственно, позволяя себе некоторый комментарий на канонический текст, мы не считаем, что тем самым реализуем «тенденцию распада» единого знания тибетской медицины: скорее работаем в уже сложившемся жанре комментария, пытаемся осмыслить научное, культурное и историческое значение канона.

Более того, наша теоретизация и концепции МВ были выстроены вне корпуса тибетской медицины, иными словами, МВ отнюдь не очередная, «весьма привлекательная концепция» тибетской медицины. Речь идет о сопоставлении двух самостоятельных отраслей медицинского знания — о сопоставлении постфактум.

Признаемся, работа эта не простая: наше первое прочтение 1988 г. (понимание), как легко догадаться, связанное с первым сокращенным изданием канона, 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.

Можно добавить к сказанному: первое прочтение, при опоре на парадигматику медицинского образования 90-х годов, которая не во многом изменилась, и позицию врача-практика, было очень нелегким и трудным — как интеллектуально, так и по временным затратам, причем при минимуме практического выхода. Вряд ли сегодняшний врач будет читать канон с меньшими трудностями и с большим энтузиазмом. В связи со сложностями восприятия текста канона полагаем, что полезно сформулировать некоторые резоны-мотиваторы и дать установки, облегчающие восприятие канона современными специалистами — врачами, психологами, биологами, фармакологами, философами и т.д.

Коллеги из Сибирского отделения РАН, ведущие многолетний проект по переводу канона, 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* (Курс. мой. — М.П.).

Поэтому полагаю приоритетным и целесообразным в данной краткой работе-комментарии — при сопоставлении, — привести наши соображения, подтверждения и данные по *наименее* доступным, на наш взгляд, «для идентификации и экспериментального апробирования» положениям канона. Особенно по таким, что имеют расхождение с преобладающей точкой зрения в современной классической и неклассической медицине. Из последних выберем также не все, но лишь имеющие отношение к фундаментальным — философским основаниям биорациональности.

Речь пойдет, прежде всего, о сопоставлении религиозно-мировоззренческих: философских и парадигматических установок, предопределяющих биорациональность канона — фундаментальных теоретических построений тибетской медицины, — и современного понимания природы болезни и здоровья, разрабатываемого в рамках виртуалистики — ВМ и виртуальной психологии — как одного из языков новой — постнеклассической биорациональности.

Так, 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.

Близкий к виртуальной парадигме тип соотношения здоровья и болезни постулируется в «Чжуд-ши» (далее цитаты даны по изданию 1988 г.¹³). Например: «наивысший (лекарь. — М.П.) — это тот, кто лечит болезни, являющиеся *плодами* (Курс. мой. — 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 работы¹⁴. Сегодня уже возможно измерение — объективизация, — таких рассогласований с помощью эгоскопии¹⁵ — инновационного инструмента эгосоматической медицины¹⁶, Идеолог разработки — Г.П. Юрьев.

В каноне «Чжуд-ши» «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 иерархического уровня).

Сегодня общеизвестно, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), давая определение здоровья, вполне закономерно пытается выйти за пределы оппозиции — определение такового через отсутствие болезней или физических дефектов, — и включает в определение здоровья состояние полного физического, психического, социального и нравственного благополучия человека. В последних несложно узнать Дхарму, богатство и счастье: согласитесь, интересные параллели «в сюжетах», а разница всего-то в каких-то пять-семь веков.

По сути, определение здоровья, даваемое ВОЗ, полионтологично, что вызывает вполне закономерную критику современной медицины: на неопределенность (неопрационализированность определения) для практикующего врача, деятельность которого сведена преимущественно к реальности телесности и, отчасти, к реальности сознания больного; на декларативность — идеалистический статус такого определения, неподкрепленного соответствующим инструментарием; 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: «вообще лекари делятся на хороших и плохих», — не тривиальна по своим основаниям (смотри ниже).

Онтология страдания в каноне «Чжуд-ши»

Кроме объективных признаков виртуальной реальности, имеются восемь субъективных¹⁷, 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 характеризуется «плачем, стенаниями и бессилием больного», т.е. измененными статусами телесности (плач), сознания (стенания) и воли (бессилие). Данная феноменология вроде бы подтверждается и современной медициной, используемой для описания клинической картины заболевания жалобы больного и изменения нормальных характеристик течения психофизиологических процессов в организме.

Тем не менее, парадигма современной массовой медицины полагает существующей преимущественно патоморфологическую картину болезни (вспомним известную медицинскую шутку «патологоанатом — лучший диагност»), т.е. статусом существования (онтологией) обладает только реальность телесности, в которой формируются и болезнь, и здоровье обследуемого, и к которой пытаются свести все заболевания, в том числе и психиатрические. Надо отдать должное: современная медицина достигла больших результатов в определении морфологического субстрата болезней. Конечно, тело — на первый взгляд, и то лишь на первый, — наиболее константное образование в человеке.

Сознание больного все еще рассматривается в основном как вспомогательная реальность для диагностики (жа-

лобы больного), оценки степени тяжести неотложных состояний, связанных с нарушениями сознания, и проведения некоторых медицинских процедур (психотерапии, например). Здесь-то и возникает многообразная казуистика современной медицины, связанная, например, с теорией нормы, когда нормирование здоровья (как полионтологического объекта) пытаются провести по одному онтологическому основанию, пытаюсь 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 рождается — 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 уже общим 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 — и тибетских в частности?

Вот некоторые вполне ожидаемые и, напротив, очень неожиданные примеры из 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 сосудах самого, то эти предсказания относятся к тому, на чьей руке гадают.

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

На сосудах сына — к сыну и внуку, на сосудах 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 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.

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.

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

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».

И т.д.

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

С одной стороны, данные измерения выглядят несколько «чудесно», с другой — этико-соматические проявления у участников социального, семейного, и даже внутриличностного конфликта — общеизвестны. Так же, как общеизвестно сегодня использование частоты сердечных сокращений или показателей гемодинамики в современных детекторах лжи.

Не менее интересны и показательны признаки, по которым можно сделать прогноз в отношении конкретного больного — будет ли его лечение легким.

«Больные, которые легко излечиваются.

Если больной — человек молодого возраста, смирный, сильный духом и телом, способный перенести лекарства, богатый, может понять все вопросы лекаря, точно описывает признаки болезни, он будет объектом легкого излечения».

Нетрудно вновь заметить, что современное определение здоровья ВОЗ — о физическом, психологическом, нравственном и социальном благополучии, — переключается со средневековыми критериями, положенными в основания прогноза исхода лечения больного. Ну, что тут можно сказать? Неисповедимы пути формирования постнеклассической биорациональности.

Онтология виртуала

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, уверен, что ко многим нижеприведенным примерам опытные коллеги к нам присоединятся: виртуал (иначе — виртуальная реальность) 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 не годным 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 хрестоматиен случай, относящийся к 20-м годам XX в., который произошел в результате события в статусе личности летчика: первый председатель первой врачебно-летной комиссии в СССР был застрелен летчиком, который был признан комиссией негодным к летной работе (до появления комиссии он спокойно себе летал).

Так вот, теоретическая виртуалистика полагает, что любой объект любой из реальностей может вызвать (породить) заболевание. Поэтому при разработке новых методов лечения алкоголизма¹⁸ Н.А. Носов задался отнюдь не риторическим вопросом: «Если любой объект, теоретически, может вызвать алкогольный виртуал, то может ли, ну, 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 призыв 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. *Аретевт* — 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 эффективным показали себя методы аретей бронхиальной астмы. Устранение болезни, ее девиртуализация, может быть проведена, например, из реальности сознания больного. *Аретевт* — человек, проводящий аретевт, может помочь аретенту (страдающему) изменить собственный статус воли, который позволяет страдающему устранив свое заболевание или купировать приступ, неподдающиеся лечению (купированию) современными медикаментозными средствами (например, бронхиальной астмы¹⁹).

Мы использовали слово страдание вместо «заболевание», так как болезнь — нозология, — отражает нозологический подход, сужающий виртуальную картину течения 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».

Основания деонтологии в «Чжуд-ши»

Весьма интересны этические основания биорациональности, деонтологии — отношений врач-пациент, — 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 от оказания помощи по биоэтическим: социально-психолого-религиозным основаниям — представляется очень интересным и требует прицельного рассмотрения и обсуждения.

Прагматичны и вполне современны психологические стратегии взаимодействия врач-больной в каноне: лечение и само проявление врача может (и должно быть!) подобающим образом «обставлено», преподнесено. Феномен плацебо, значение «театральности» в современном клиническом гипнозе и методах кодирования при различных аддикциях — общеизвестно.

Вот иллюстрация по данному вопросу из канона.

«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 проробочает, 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».

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

Можно высказать гипотезу, что преобладающей реальностью — константной на языке виртуальности, — к которой сводились или на которую опиралось теоретическое ядро тибетской медицины, естественно, в сравнении с современной, — была реальность внутреннего человека, а не столько и не только реальность телесности — морфологическая картина болезни. Морфологическая глубина современной медицины — заслуга науки нового времени.

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. В том числе логики и точек ее дивергенции, предопределяющих пути ее развития и, как следствие, формирующийся тип преобладающей биорациональности.

Профессиональное и личное становление, и долголетие тибетского врача

Следует обратить внимание, что сама структура канона тибетской медицины построена по полионтологичному принципу и в виртуальной логике. Канон (дословный перевод «чжуд-ши» — четыре тантры) 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.). Ритмический (поэтический) характер самого текста канона, также способствует порождению виртуальных событий (состояний) у будущих врачей, помогает им входить в подобающее рабочее состояние — в состояние врачующего.

Какие же основы канон полагает базовыми в личности лекаря? Основы, предопределяющие профессиональное и личное долголетие?

«Основы (лекаря. — М.П.): ум, «белая душа», умение хранить обеты, приветливость, прилежание, мудрость в людских законах.

Что значит «умный»?

Это значит — обладающий умом с тремя (качествами): широтой, крепостью и познавательной способностью, кто усвоил пространственные сутры по лечению, кого не поставит в тупик никакое руководство, кто образован, обладает логикой и интуицией. Последняя считается наивысшим видом знания».

(Здесь, скорее, на мой взгляд, под интуицией понимается способность «читать» виртуал болезни — синтетический по своей природе.)

«Белая душа» — это значит «обладающий душой бодхи».

(Отдельная тема для обсуждения. Общеизвестен феномен обращения в философы — в человека с определенной психофизиологией: вполне допустимо говорить, по-видимому, и об обращении во врача).

«Прилежание».

Прилежание в друге: обращайся (к учителю), спрашивай, усваивай и размышляй не ленься.

Ибо лень — это враг, создающий помехи. Пока не завершил обучение, смотри, слушай, вбирай в себя, отбросив сомнения.

Мудрость.

Мудростью великой он устраняет противоречия, вытекающие из буквального смысла (тантр)».

Из освоенности человеком — врачом, — данных странств, реальностей — проистекает каким он стал лекарем: их типология (в начале статьи мы уже об этом говорили).

«Различия лекарей.

Бхайшаджья-гуру — лекарь наивысший, исключительно хорошие и простые — итого три (вида) лекарей.

Наивысший — это тот, кто лечит болезни, являющиеся плодами трех ядов.*

Современная медицина уже начинает размышлять над тем, что эмоции являются «морфологическим субстратом»(!) аддикций. Интересно, что это за субстрат и как он выглядит морфологически?

Исключительные — те, кто имеет истинное знание и в других науках — милосердные риши.

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).

Вообще лекари делятся на хороших и плохих».

Хороший и плохой лекарь.

Тот, кто имеет хорошее происхождение, умен, чтит обеты, мудр в содержании источников, знает устные наставления, имеет опыт, живет по дхарме, бесстрастен, бескорыстен, укрощен, мягок в общении, сострадательен, не делает ошибок, о чужих делах заботится как о своих, во всех делах лечения просветлен, — это хороший лекарь.

Он единственный спаситель тех, кто болеет, он сын, продолжающий род риши — держателей наук, его называют перерожденцем исцелителя — царя лекарей.

Лекарь, у которого нет родословной, похож на лису, занявшую царский престол, он не достоин, чтобы люди подняли его на свои головы.

Лекарь, не знающий содержания источников, похож на слепого, которому показывают предметы, он не может различить род болезни, методы ее лечения.

* 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» (здесь и далее комментарии к терминам — переводчиков канона).

Лекарь который не видел, не размышлял, похож на вышедшего в путь без подготовки, у него не будет уверенности в опознании болезни и средствах лечения...

Перечень состоит из 12-ти признаков, определяющих (апофатически) плохого врача. (Извините, – лекаря: геоцентрическое пространство, в отличие от врачебного – космоцентрического. Но это – гипотеза.)

...И в итоге.

«Плохой лекарь не умеет разбираться в «тяжести» и «легкости», лечение его идет неверным путем. Он похож на демона в облике врача, который взял аркан Ямы , хочет вырвать посох жизни. С ним не связывайся. Он погубит доверившихся».*

Каковы же деяния хорошего лекаря?

«Деяния лекаря.

В деяниях лекаря есть общие и специальные.

Общие – это деяния тела, языка и души.

Телом он собирает лекарства и инструменты и заботится о делах больных.

Деяния языка – говорить искусно.

Советы конкретны, потому как ситуативны, а сами ситуации вполне узнаваемы и сегодня. Рекомендую прочитать их в каноне: объем их, отнюдь, не малый.

В светских делах поступай согласно мирским законам. ,

Кроме реальности внешнего человека задан императив и внутренний, если рассматривать в узком смысле, – психотехнологический.

Деяния души – безошибочность, усердие и размышление.

В частности же, воззрения, созерцание и деяния.

*Воззрения – дхармы все рассматривай через мадхьямику**.*

Недостаточное, излишнее и неверное воспринимай через совершенную мадхьямику – это лучшее из воззрений.

* Яма – властелин царства мертвых (здесь и далее комментарии к терминам – переводчиков канона).

** Мадхьямика – одна из школ махаянского направления буддизма, получившая распространение в Тибете. Мадхьямика отрицает реальность внутреннего и внешнего мира, содержание которых считается условным, относительным. Высшей, абсолютной реальностью в этой школе принимается пустота – шунья.

*Созерцания – пребывай в духе «четырёх безмерных»***, не ска-
тываясь на позиции «четырёх ошибок»****.*

(Случай артеи бронхиальной астмы²⁰ мною описан в 2002 г., в том числе и то, к чему приводит выход из состояния «безмерной уравновешенности»).

Из деяний, которые нужно принять или отвергнуть, отвергай греховные.

Не совершай безумств, распутства, болтовни и злобства.

Твори подаяния, храни обеты, будь терпелив и усерден.

Раз высокое звание лекаря благоприобретаемо как статус виртуоза – человека, преодолевшего технические сложности овладения профессией. Человека, научившегося, прежде всего, жить в профессиональном пространстве найденного личного предназначения, тогда у него есть возможность достичь долголетия как одного из плодов человеческой и профессиональной жизни.

Плоды, пожидаемые лекарем.

Плоды, пожидаемые лекарем, бывают преходящими и вечными.

Преходящие – это счастье в этой жизни, влияние, богатство, радость, покой.

То, что дает все это, является лекарством.

(Согласитесь, интересное понимание лекарства!)

Знания и качества свои проявляй на людях, даже к злобствующим на тебя, относись, как к братьям.

Этим ты достигнешь добродетелей и славы. Получишь желаемую пищу и богатство большое.

В тоже время не будь беспечным к себе – проси пищу и вещи, когда нуждаются в тебе, а то пройдет много времени – забудут твою помощь.

*** «Четыре безмерных» – безмерная благожелательность, безмерная милость, безмерная радость и безмерная уравновешенность, вырабатываемые в состоянии медитации.

**** «Четыре ошибки» – трактуются как состояния, противоположные «четырем безмерным». Применительно к этике врача своеобразное толкование имеют третья и четвертая «ошибки»: для врача недопустимо радоваться, когда умирают пациенты другого врача, и терять равновесие духа по случаю смерти или выздоровления своих пациентов. (Речь идет, на мой взгляд, о недопустимости выхода из «рабочего состояния» исцеляющего человека – в ссылке на артею бронхиальной астмы об этом же говорится. – М.П.)

Вечные — те, кто, не зная корысти, хитрости и жадности, занимались лечением больных, попадут в страну высшего Будды — так сказал Исцелитель — Царь лекарей».

Вот так описывается пространство возможных состояний лекаря и траектории становления в данном пространстве.

Исключительна в таком роль наставника — учителя.
«Учитель.

Об учителе: его качества, методы опоры, необходимость опоры.

О качествах: следует опираться на того, чья мудрость обширна и глубока, на того, кто имеет наставления, терпелив, честен, вызывает любовь и уважение.

Методы опоры: надо без сомнений довериться такому, не уклоняться от порученных дел, не совершать поступков, которые он не одобрит, и долго хранить чувство благодарности к нему.

Необходимость опоры: быстро обучишься и станешь мудрым».

Внутреннее пространство состоявшегося человека — главный ресурс для обучения.

Наставление говорит само за себя: антропоцентризм тибетской медицины очевиден.

Вместо заключения

Вот в заключении одна из профессиональных мировоззренческих установок для начинающего врача, касающаяся как канона, так и профессии в целом. Если хотите, — рецепт.

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

Итак, в статье было три линии в рассмотрении заявленного вопроса.

Два взгляда на личное и профессиональное долголетие: виртуальный и канона тибетской медицины. Первый — парадигматический, второй — феноменологический. Преимущественно так выстраивался материал, хотя, скорее речь идет об акцентах: феноменология и парадигматика здесь во многом взаимоподтверждающие — взаимодополняющие.

Третьей линией — пространством, — выступало пространство биорациональности: порождаемое нашим сравнением и феноменологии, и подходов. Одновременно, пространство биорациональности включало отсылки к современной медицине.

Методический прицел фиксирует расхождение современной медицинской и тибетской медицинской парадигм в выборе константной (базовой) реальности, предопределяющей точку (скорее плоскость: более точная классификация требует отдельных усилий) их дивергенции и, как следствие, преобладающий тип биорациональности: телесно-детерминированный (телесный) — для современной медицины, — и вне-телесный — духовный, психологический, субъективный и т.д., и т.п. — для тибетской медицины. Как это пространство будет названо в постнеклассической биорациональности сегодня — большой вопрос.

Виртуалистика для работы в данном пространстве разработала свою собственную философию, теоретические модели, эксперимент, практику — артею, — и инструменты. И это ее большой процептивный (термин О.И. Генисаретского) задел. Поэтому можно утверждать, что виртуалистика — один из возможных языков постнеклассической биорациональности. Почему один из языков? Ведь язык квантовой физики не заменяет же другие языки физики.

Из приведенных иллюстраций и теоретических выкладок можно увидеть, что особенности организации виртуального человека — как совокупность всех виртуальных реальностей человека (подробнее структуру теоретического концепта можно посмотреть в «Словаре виртуалистики» на сай-

те www.virtualistika.ru), — его добродетель (*virtus* — лат.: особое состояние силы, доблести и мужества у воина в бою) является константной реальностью для порождения виртуальной реальности следующего уровня — *феномена долгожительства*.

Ввиду того, что долгожительство — результат реализации жизненного пространства виртуоза, его витальной доблести: личной, человеческой, профессиональной, встает вопрос не только о биорациональности внешней, объектно ориентированной и социально детерминированной, но и внутренней: о личной жизненной философии профессионального долгожителя и долгожителя как обычного человека (хотя так про долгожителя, конечно, говорить несправедливо): долгожителя как человека бытийствующего.

Возможно, и здесь виртуалистика сможет стать основой практической философии — философии жизни. Для этого и в этом ей сможет послужить хорошей опорой канон тибетской медицины «Чжуд-ши», как, впрочем, и любого из нас в реализации личной доблести долгожителя.

Примечания

- ¹ См.: Атлас тибетской медицины. Свод иллюстраций к медицинскому трактату XVII века. Альбом. М., 1998; «Чжуд-ши» — памятник средневековой тибетской культуры / Пер. с тиб. Предисл. Д.Б. Дашиева, С.М. Николаева. Новосибирск, 1988; «Чжуд-ши» — памятник средневековой тибетской культуры / Пер. с тибетского, предисл., примеч., указатели Д.Б. Дашиева. М., 2001.
- ² См.: *Степин В.С.* Теоретическое знание. М., 2000.
- ³ См.: *Пронин М.А.* Здоровье как онтологическая проблема // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. М., 2003; *Пронин М.А.* Здоровье как онтологическая проблема // Устойчивое развитие. Вып. 4 – 5. Постнеклассическая наука: проблема человека. Материалы межрегионального философского семинара (8 – 9 окт. 2002 г.). Улан-Удэ, 2003.
- ⁴ См.: *Носов Н.А.* Виртуальная психология. М., 2000. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 6).
- ⁵ См.: *Пронин М.А.* Виртуалистика сегодня: история, пространство, иллюстрации, перспективы // Философские науки. 2007. № 8.
- ⁶ См.: Человеческий потенциал: опыт комплексного подхода / Под ред. И.Т. Фролова. М., 1999.
- ⁷ См.: *Носов Н.А., Генисаретский О.И.* Виртуальные состояния в деятельности человека-оператора // Труды ГосНИИГА. Авиационная эргономика и подготовка летного состава. Вып. 253. М., 1986.

- ⁸ См.: *Пронин М.А.* Виртуалистика сегодня: история, пространство, иллюстрации, перспективы.
- ⁹ См.: *Пронин М.А.* Эпистемологические проблемы исследования виртуальной реальности // Новое в искусственном интеллекте. Методические и теоретические вопросы. М., 2005.
- ¹⁰ См.: *Носов Н.А.* Словарь виртуальных терминов. М., 2000 (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 7). *Примечание:* весь словарь можно найти на сайте: www.virtualistika.ru.
- ¹¹ См.: *Степин В.С.* Теоретическое знание. М., 2000.
- ¹² См.: «Чжуд-ши» — памятник средневековой тибетской культуры. М., 2001.
- ¹³ См.: «Чжуд-ши» — памятник средневековой тибетской культуры. М., 1988.
- ¹⁴ См.: *Юрьев Г.П.* Виртуальный человек в экстремальных условиях (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 9). М., 2000; *Юрьев Г.П., Юрьева Н.А.* Виртуальная медицина: теория и практика триалектической аретей (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 16). М., 2001; *Г.П. Юрьев, Н.А. Юрьева, Е.И. Лебедь.* Виртуальная этика здоровья и страданий человека (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 25). М., 2004.
- ¹⁵ См.: *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. М., 2006.
- ¹⁶ См.: *Юрьев Г.П.* Эгосоматическая медицина // Там же.
- ¹⁷ См.: *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.
- ¹⁸ См.: *Носов Н.А., Яценко Ю.Т.* Параллельные миры. Виртуальная психология алкоголизма (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2). М., 1996.
- ¹⁹ См.: *Пронин М.А.* Случай Фаины // *Носов Н.А.* Виртуальный конфликт: виртуальная социология медицины. М., 2002.
- ²⁰ См. там же.