

Главный редактор

ЧЕРНОБРОВКИНА Т.В.

д.м.н., профессор

Заместители главного редактора

ВАЛЕНТИК Ю.В.

д.м.н., профессор

БАЛАШОВ А.М.

д.б.н.

Ответственный секретарь редакции

САБАНЦЕВ Б.Н.

Редакционная коллегия

БЛАГОВ Л.Н.

к.м.н. (Москва, Россия)

ВОРОБЬЕВА Т.М.

д.б.н., профессор (Харьков, Украина)

ГАЛАКТИОНОВ О.К.

д.б.н., профессор (Владивосток, Россия)

ЕГОРОВ А.Ю.

д.м.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)

ЗВАРТАУ Э.Э.

д.б.н., профессор (Санкт-Петербург, Россия)

КАРПОВ А.М.

д.м.н., профессор (Казань, Россия)

КЕРШЕНГОЛЬЦ Б.М.

д.б.н., профессор (Якутск, Россия)

КОРОЛЕНКО Ц.П.

д.м.н., профессор (Новосибирск, Россия)

КОТОВ А.В.

д.м.н., профессор (Великий Новгород, Россия)

НУЖНЫЙ В.П.

д.б.н. (Москва, Россия)

ПРОНИН М.А.

к.м.н. (Москва, Россия)

СОЛОВЬЕВ А.Г.

д.м.н., профессор (Архангельск, Россия)

СОСИН И.К.

д.м.н., профессор (Харьков, Украина)

ЧИРКО В.В.

д.м.н., профессор (Москва, Россия)

ШАЙДУКОВА Л.Х.

д.м.н., профессор (Казань, Россия)

ШОРИН В.В.

д.м.н., профессор (Владивосток, Россия)

ЮРЬЕВ Г.П.

д.м.н., к.психол.н. (Москва, Россия)

Рукописи и иллюстрации не возвращаются.
При перепечатке материалов согласование
с редакцией журнала обязательно.
За содержание рекламных публикаций
ответственность несет рекламодатель.

Журнал зарегистрирован в Минпечати РФ. Адрес
издательства: 125313, Москва, а/я 9. e-mail:
literra2000@mail.ru. Тел./факс (095) 518-14-31.
Сдано в набор 18.04.2005 года. Подписано к
печати 31.05.2005 года. Формат 60x90/8. Условных
печатных листов 3. Тираж 400 экз. Заказ 59.
Отпечатано в типографии
редакционно-издательской группы ПУ НИИ общей
патологии и патофизиологии РАМН, Москва, ул.
Балтийская, 3. Тел. (095) 151-31-37.

© ООО «Издательство «Гениус»

Publisher: Genius Ltd. Publishing House, Moscow,
Russia Address: Moscow, Russia, Baltiyskaya Street, 3

АДДИКТОЛОГИЯ

1

2005

Научно-практический рецензируемый журнал

СОДЕРЖАНИЕ НОМЕРА

Вступительное слово редакции 2

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ, ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ФИЛОСОФСКИЕ ВОПРОСЫ АДДИКТОЛОГИИ

Воробьева Т.М.
*Мозговая система позитивного подкрепления
и ее место в механизмах морфинной зависимости* 3

Даренский И.Д.
Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности 8

Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М.
Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии 14

Головки А.И., Тихомиров С.М., Леонтьева Л.В., Головки С.И.
Экономические аспекты аддиктивных заболеваний 21

Балашов А.М.
Парадокс патогенетической терапии наркоманий 27

Юрьев Г.П.
*Мировоззренческая травма как один из
филогенетических механизмов аддикций* 32

Пронин М.А.
*Здоровье человека как онтологическая проблема
современной медицины и аддиктологии* 35

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДДИКТОЛОГИИ

Короленко Ц.П., Шпикс Т.А.
*Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном
личностном расстройстве* 41

Валентик Ю.В., Новиков Е.М.
Информационная терапия больных с зависимостью от психоактивных веществ 46

Чирко В.В., Демина М.В.
Особенности клиники и терапии «кокаиновой» зависимости 53

Благов Л.И.
Современная проблематика клинической наркологии в свете аддиктологии 56

Дронова Т.Г.
*Случай амбулаторного наблюдения перемежающегося
аддиктивного расстройства* 59

**Валеева Н.Ф., Гизатуллин Р.Х., Кадырова Р.З.,
Салихова И.А., Хасанова Л.Д., Масарутов Р.М., Peter V. Anderson**
*Посттравматическое стрессовое расстройство у девочек-подростков
с делинквентным и аддиктивным поведением* 61

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

Егоров А.Ю.
Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) 65

Вартамян Ф.Е., Шаховский К.П.
Наркомании и сопутствующие им инфекционные заболевания 78

Здоровье человека как онтологическая проблема современной медицины и аддиктологии^{1,2}

ПРОНИН М.А.

к.м.н., руководитель исследовательской группы "Виртуалистика" Института философии РАН, г. Москва

На примере полионтологичного феномена "здоровье" рассмотрены механизмы возникновения затруднений современной медицины, лежащие в ее знаниевых (когнитивных) основаниях. Подчеркивается, что такие затруднения медициной не осознаются на теоретическом уровне и не разрешаются на уровне практики ни эскалацией комплексного и/или междисциплинарного подхода, теперь называемого как интегративный, ни углублением частных (аспектуальных) знаний о человеке. В приложении к аддиктологии, изучающей болезненные состояния в поведении человека и, в частности, формирование химических и нехимических зависимостей, сформулирован основной онтологический вопрос современной медицины — вопрос о сущности человека и его здоровья, — и рассмотрены главные парадигматические сдвиги в рамках нового подхода "виртуалистика", определяющие пути решения задач диагностики и лечения аддикций.

Введение

Рассмотрение понятий болезни и здоровья, обсуждение противоречивого характера связи этих каждодневных для любого практикующего врача феноменов, проблем соотношения абстрактной нормы и индивидуальности конкретного человека, выступающего в роли пациента, и т.д. — темы не просто характерные для высоконаучной медицинской дискуссии, но можно утверждать — "вечные", все чаще вызывающие уже известное раздражение как у практиков, так и теоретиков медико-биологического знания. Очередной виток таких дискуссий, имея в своем генезе этапы и даже эпохи системности, комплексности, междисциплинарности, сегодня состоит в мотивирующей медико-биологическое сообщество концепции интегративной медицины... и ее аксиоматики.

Парадокс развития медицинского знания и всей системы медицины как социального института состоит в том, что ее развитие и успехи на технологическом уровне упираются в мировоззренческие, парадигматические ограничения, имеющие когнитивные (знаниевые) корни. Природа парадигматического пласта психики человека до конца не ясна, но известно, что парадигматические, знаниевые структуры скрыто детерминируют работу сознания, вызывая так называемое "ослепление парадигмой". Введение понятия "установки" в психологии, аксиоматики в математике, парадигмы в философии, обсуждение проблем человеческой рефлексии, возможностей ее моделирования и интерпретации, и т.п. — показывают значимость парадигмы для гуманитарного, естественнонаучного знания в целом и для медицины в частности.

¹ Специальная публикация доклада, сделанного на Конференции "Здоровье как проблема гуманитарного знания" (смотри сб.: Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. — М.: Институт человека, 2003. — 288 с.), подготовленная для журнала "Аддиктология"

² Выражаю искреннюю признательность глубокоуважаемой Тамаре Васильевне Чернобровкиной за поддержку при обсуждении темы работы и за огромную помощь при ее подготовке.

Краткий исторический обзор

смены онтологических оснований медицины

Как показывает опыт развития медицины, в ее истории были уже этапы, когда онтологический, гуманитарный, мировоззренческий статус медицины менялся вследствие появления в ее основании реальностей, выходящих за рамки имеющихся парадигматических и гносеологических медицинских установок. Так эра асептики и антисептики в медицине наступила с появлением, полаганием существующей другой реальности — бактериальной, которая не может быть сведена только к реальности телесности человека.

Так, в конце XIX в. видный русский психиатр В.Х. Кандинский, однофамилец художника В.В. Кандинского, изменил онтологический статус галлюцинаций у психических больных. До него галлюцинации статусом существования в медицине не обладали. Говорят, для него галлюцинации были не фактом — он их сам видел.

И, наконец, совсем недавно, в середине XX в. с открытием пенициллина пришла эра антибиотиков: начав результативно, эффективно и экономично действовать на бактериальную реальность медицина стала менять реальность болезни: клиника многих заболеваний изменилась. Спустя некоторое время пришлось признать как факт существование еще одной реальности — внутригоспитальной инфекции.

Смеем утверждать, — и это наш третий вывод, — что здоровье до сих пор статусом существования в современной медицине не обладает, так как не может быть концептуализировано в рамках доминирующей моноонтологичной парадигмы и гносеологического бессилия.

В чем это проявляется? Нельзя показать рентгенограмму здоровья, нельзя продать килограмм здоровья и т.д. Измерение здоровья продолжается в "отраженном свете болезни". В этом свете, вопросы и ответы о здоровье похожи на риторику Козьмы Прутков: "Что полезней — Солнце (здоровье) или Луна (медицина)? Конечно, Луна (медицина), потому что она светит ночью, когда темно (когда есть болезни). А Солнце днем, когда и так светло!"

Здоровье в современной медицине существует как лозунг, который с медицинских кафедр перекочевал уже и в рекламу: "Здоровье начинается с аптеки!". Здравоохранение как функция остается все же как декларация, а уж ва-

леология (здоровье здоровых), так и вовсе, превратились в "больную мозоль" современной медицины.

Собственно, онтология, это то, что исследователь полагает для себя существующим... Но моноонтичность (монизм) или полионтичность (полионтизм) мировоззрения исследователя или нарколога, в частности, могут порождать виртуальные конфликты между поли- и моноонтичными парадигмами и соответствующие им *виртуальные ловушки* (ВЛ), не фиксируемые в рамках моноонтичной науки, полагающей, например, что в человеке существует только морфологический субстрат любого процесса, а все остальное лишь эпифеномен этого субстрата...³

Итак, феноменология проблем наркологической практики характеризуется полионтологичностью, что исключает решение этих проблем в рамках моноонтичной науки и уж тем более — в рамках одной дисциплины. Как следствие, по поводу одного и того же объекта (феномена) создается масса узконаправленных научных теорий, пытающихся свести полионтологичный мир к какой-то одной реальности. Поэтому, комплексность, междисциплинарность, интегративность составляют общеизвестные методологические попытки разрешить данное противоречие, данный конфликт.

Следует указать на два принципиально различных подхода, два ортогональных друг другу типа разрешения данного противоречия. Первый реализуется на уровне решения конкретной задачи или программы. Стоит, например, задача расшифровки генома и все, что мы имеем и можем использовать на сегодня — мы применим. Второй подход позволяет решить проблему комплексности на парадигматическом уровне, на уровне теоретического знания [12]. Сложность получения второго типа решений общеизвестна: до сих пор не создана единая теория поля и вещества, как и не воплощена, сформулированная Ф. Бэконом более 300 лет назад, идея создания единой теории науки. На этом "парадигматическом" фоне осмысление феномена здоровья это серьезная мировоззренческая и философская проблема.

Следует признать, что история науки, история медицины это, прежде всего, история успеха и эскалации первого подхода. Это история накопления предметных знаний об объекте исследований. Во вторую очередь, это история осмысления этих знаний — история их теоретизации, в основе которой лежат парадигматические сдвиги.

Сегодня наука претерпевает очередной парадигматический сдвиг — входит в эпоху *постнеклассического развития* в классификации В.С. Степина [12]. Этот этап связан с включением в схему производства теоретического знания наряду с объектом, материалом исследований и средствами (в узком смысле — с методами исследований) самого субъекта исследований и, прежде всего, его ценностных и целевых характеристик. В нашем случае науки аддиктологии (наркологии) — с включением субъективного мира врача-нарколога (в узком смысле — субъективного мира). Руководствуясь одним типом своего субъективного мира (одной парадигмой), нарколог видит и может работать с одним типом объектов и пользоваться одним типом методов, а применяя другую парадигму — он видит другой объект и способен реализовать на практике другие способы лечения.

Рассмотрим теперь более подробно несколько проблем, парадоксов или феноменов, относящихся непосред-

ственно к здоровью, которые разрешаются или объясняются с помощью одного из самых современных парадигматических подходов — *виртуалистики*.

Теоретический анализ феномена "здоровье": виртуальный подход

Постановка темы "Здоровье как онтологическая проблема" — опирается на мировоззрение, полагающее, что здоровье, во-первых, обладает статусом существования (онтологией) и, во-вторых, оно может выступать в качестве объекта для познания. Соответственно, необходим инструментарий для изучения этого феномена.

Понимание феномена "здоровье" не может быть редуцировано и сведено лишь к онтологической, гносеологической или мировоззренческой проблемам в отдельности. Оно должно рассматриваться с позиций полионтологичности, исходя из того, что существует множество не сводимых друг к другу, т.е. онтологически самостоятельных, но взаимопределяющих друг друга, реальностей: онтологии, гносеологии и мировоззрения. Для этого представляется не только удобным, но и перспективным использовать подход, разработанный и описанный Николаем Носовым — создателем и первым руководителем Центра виртуалистики Института человека РАН, — названный им *виртуалистика*.

Виртуалистика есть парадигматический подход, который может быть использован в любой научной дисциплине, но сама она не является наукой. Виртуалистика предполагает принципиально новую для европейской культуры парадигму мышления, в которой ухватывается сложность устройства мира, в отличие от парадигмы ньютоновской простоты, на которой зиждется современная европейская культура и современная медицина.

Стоит подчеркнуть, что идея виртуальности разрабатывалась в философии еще со времен античности и активно используется в современной философии и науке. Прикладные методологические наработки виртуального подхода могут быть использованы практичными врачами-наркологами.

Виртуалистика, которую можно отнести к постнеклассической научной парадигме, и ее раздел *виртуальная психология* (ВП) указывают на то, что любой объект внешней реальности должен быть представлен в трех базовых реальностях: сознания, телесности и личности человека. Только тогда объект может не просто отражаться человеком, но переживаться им актуально, т.е. порождать, разворачивать у него различные виртуальные психологические реальности, в которых человек может проявить свою волю и реализовать себя как целостная личность в окружающем мире.⁴

Здоровье и болезнь, как состояния человека, обладают всеми объективными атрибутами виртуальной реальности (ВР), описанными Н. Носовым и О. Генисаретским [4], а именно: порожденностью, автономностью, интерактивностью и актуальностью^{5, 6}.

⁴ К слову, только что мы сформулировали общее решение задачи адекватности учета особенностей субъекта деятельности (человека, как полионтичного и полионтологичного природного образования) в системе деятельности (в полионтичной и полионтологичной природе или в порождаемом человеком мире).

⁵ Подчеркнем, что виртуальная реальность, в отличие от обыденного и широко распространенного, массового, обывательского ее понимания, не рассматривается виртуалистикой как потенциальная, надуманная или идеальная, и не сводится к компьютерам или Интернету.

⁶ С систематическим изложением виртуального подхода можно познакомиться по трудам Центра виртуалистики Института человека РАН (ныне — исследовательской группы "Виртуалистика" Института философии РАН) — www.virtualistika.ru.

³ Вышеназванные ВЛ относятся к ВЛ первого порядка. Виртуальные ловушки второго порядка возникают, например, при междисциплинарной трансляции знаний в науке. То есть они порождены предыдущими ВЛ (конфликтами).

Исходя из факта существования порожденной ВР — ее онтологичности, — ней 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, и может интерактивно изменять, модифицировать ее.

Врач психиатр-нарколог в своей работе с аддиктивными пациентами имеет дело с вышеназванными базовыми реальностями человека — с телесностью, с сознанием, с личностью и волей, находящимися между собой в интерактивных отношениях. ВП определяет человека как реальность, порожденную динамичным взаимодействием этих не сводимых друг к другу базовых реальностей. В связи с этим, вопрос о "главной", единственно "истинной" реальности в ВП не ставится; отношения между перечисленными реальностями относительны; они рассматриваются как базовые и онтологически равноправные.

Статус личности больного человека, согласно древним воззрениям на болезнь и здоровье (смотри, например, канон тибетской медицины Джуд-ши) характеризуется "плачем, стенаниями и бессилием больного", то есть измененными статусами телесности (плач), сознания (стенания) и воли (бессилие). Данная феноменология подтверждается и современной медициной, использующей для описания клинической картины заболевания жалобы больного и описания им изменения нормальных характеристик течения психобиологических процессов в организме.

Тем не менее, современная медицина полагает существующей только патоморфологическую картину болезни (вспомним известную медицинскую шутку "патологоанатом — лучший диагност"), т.е. статусом существования (онтологией) в современной медицине обладает только реальность телесности, в которой отражаются и болезнь и здоровье обследуемого, и к которой пытаются свести все заболевания, в том числе и психические. Сознание больного рассматривается в основном как вспомогательная реальность для диагностики (жалобы больного), оценки степени тяжести неотложных состояний, связанных с нарушениями сознания, и проведения некоторых процедур (психотерапии, например). Здесь-то и возникает много казуистика современной медицины, связанная, например, с теорией нормы, когда нормирование здоровья (как полионтологического объекта) пытаются провести по одному онтологическому основанию, пытаясь разрешить данное качественное разнообразие и в том числе противоречие статистическими методами и применяя закон (феномен) перехода количества наблюдений в новое качество для выявления общих закономерностей⁷.

Следует признать, что о природе сознания и подсознания, естественного интеллекта, их структуре, топологии, законах функционирования и т.д. — нам известно не так уж много. Но врач-психиатр, нарколог, использующий методы фармакопсихотерапии и немедикаментозной психотерапии в работе с аддиктивными субъектами сталкивается с проблемой полионтологичности здоровья пациента, причем пациента с измененными интерактивными взаимодействиями между базовыми реальностями.

Множественность реальностей (полионтичность) природы, мира и человека, перевоплощения реального статуса человека в состоянии измененного сознания, предопределяют актуальность постановки и необходимость решения задачи

⁷ Такие попытки моноонтической науки преодолеть ВЛ первого рода первого порядка через накопление феноменов проявления полионтологического объекта в одной реальности относятся к ВЛ четвертого рода второго порядка.

адекватного отражения объекта исследования в *другой реальности*. Например, речь может идти об адекватном отражении запаха в сознании или об описании ментальных репрезентаций эмоций как в нормальном состоянии, так и в состоянии наркотической интоксикации и постинтоксикации.

Перед наркологом встает вопрос: измененные состояния сознания у наркозависимого — это проявление состояния здоровья или болезни или это разные типы состояния болезни?

ВП выделяет два типа состояний: консуэтные (обыденные) и виртуальные, порожденные из обыденной реальности. В свою очередь, виртуальные состояния делятся на *гратуалы* и *ингратуалы*. *Гратуальные состояния* ("gratis" 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 человеком как утрата возможности что-либо сделать для коррекции наступившего состояния. Исходя из этих определений виртуалистики *здоровье и болезнь можно рассматривать как видовые проявления гратуальных и ингратуальных состояний человека*, характеризующиеся известной устойчивостью, в отличие от других скоротечных виртуальных состояний, таких как подавленность или вдохновение. Очень важно отметить, что виртуальные состояния человека могут трансформироваться в консуэтные — в обыденные, опривыченные. Переход из виртуала в консуэтал именуется феноменом *девиртуализации*. Консуэтное состояние человеком обычно или чаще всего не рефлексируется. Аддиктивное поведение и различные зависимости рассматриваются виртуалистикой как образцы виртуального состояния, ставшего консуэталами.

Итак, здоровье и болезнь, как их рассматривает виртуалистика и виртуальная медицина — это виртуальные состояния (реальности), которые порождаются непрерывным (актуальным), динамичным (интерактивным) взаимодействием реальностей сознания, телесности, воли и личности человека в ответ на изменение внешних и внутренних реальностей человека. Эти динамичные взаимоотношения порождают его личность как личность здорового или больного человека. В свою очередь, новая личность предопределяет чувства, мысли и поведение этого человека в реальностях здоровья или болезни. Иными словами, порожденная реальность (здоровье или болезнь) начинает развиваться по своим собственным внутренним законам, которые не могут быть сведены к законам породившей ее реальности.

Таким образом, вытекает первый вывод: определение здоровья через оппозицию болезни и наоборот — определение болезни через оппозицию здоровью, онтологически неправомерно. А если и правомерно, то недостаточно.

Поэтому Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), формулируя определение здоровья, 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, но вызывает вполне закономерную критику современной медицины по следующим соображениям:

- 1) из-за неопределенности термина для практикующего врача, деятельность которого сведена к реальностям телесности и сознания больного;
- 2) из-за декларативности определения, не подкрепленного соответствующим инструментарием;

3) по причине "выхода" формулировки определения здоровья за рамки социально признанной ответственности медицины (так как духовное и социальное благополучие лежит вне реальности воли медицинского сообщества).

Признание, полагание какой-либо из реальностей человека первичной (сознания, воли, личности или телесности), при рассмотрении и концептуализации феноменов практики, приводит к виртуальным ловушкам (ВЛ), которые бывают двух видов. Видовыми проявлениями ВЛ первого рода, например, являются телесно-ориентированная или личностно-ориентированная виды психотерапии при попытке сведения природы аддиктивных, пристрастных форм поведения к нейробиохимическим процессам или социальным факторам.

Виртуальная парадигма исходит из динамичности отношений между реальностями, обладающими свойствами (признаками) порожденности, актуальности, автономности и интерактивности. Полагание динамичных феноменов константными при их исследовании и концептуализации приводит к ВЛ второго рода, в качестве видовых проявлений которых в психологии можно назвать трансперсональную психологию или гештальт-психологию.

Итак, современная медицина, отказываясь от официального определения здоровья, пытаясь свести полионтологичный объект (человека и его состояние или его здоровье) к одной или двум реальностям, попадает в виртуальную ловушку первого рода. Данный факт отражает редуцированность мировоззрения современной медицины. И этот вывод ухватывает главную причину несостоятельности (паллиативный характер) многих лечебных практик.

Здесь уместно короткое методологическое замечание. Наш вывод включает две составляющих: феноменологическую и теоретическую. Что касается второй части, то виртуалистика здесь играет свою позитивную роль следующим образом.

Структура виртуальной логики такова, что в ней рассматриваются не одна, а как минимум две реальности — порожденная (виртуальная), в которой протекают все описанные процессы и события, и порождающая (константная), которая и запускает, разворачивает всю феноменологию другой, следующей виртуальной реальности, в силу того, что в ней находится субстанция, порождающая эти самые события. (В свою очередь, порожденная реальность может стать константной для реальности следующего уровня. Иными словами, событие может стать субстанцией, порождая событие в следующей реальности. Таким образом, оппозиция "константный — порожденный" является относительной.)

Врач-нарколог сталкивается с такими состояниями здоровья человека (например галлюцинаторными), которые могут представлять собой разновидности обычных реальностей или порожденные виртуальные реальности. В квалификации этих состояний (реальностей) невозможно разобратся с позиций моноонтичности.

Приведенная ниже феноменологическая иллюстрация подтверждает практическую важность данного методологического замечания.

В настоящее время многие исследователи, врачи, социологи, да и общественность в целом, озабочены демографическими проблемами России. Одной из составляющих указанного проблемного поля считается половое воспитание подростков и молодежи. Многие из вас помнят, когда были детьми или сами стали родителями, как родители отвечают на вопрос "откуда берутся дети?". Родитель (даже доктор медицинских наук), и не моргнув глазом, должен ответить "в капусте" или "принес аист". Почему? Потому что каждый родитель знает, что его ребенок — "чудо!", а не просто результат

его родительской эмпирической половой грамотности. И дабы не уродовать своего ребенка, не делать из него реалиста одной реальности, такого "натурала", родитель должен адекватно, конгруэнтно (виртуально выразиться) — рассказать своему ребенку не только о самом "процессе", но и передать идею порожденности, виртуальности мира, причем на языке миропонимания ребенка (соответственно реальности его сознания), а значит, рассказать про "аиста". При таком характере рассказа передаются не только "технологические" аспекты деятельности, но и парадигматические, мировоззренческие установки полионтологичного (сложного, многосущностного) миропонимания.

Поэтому, греша редуционизмом, программы поборонок физиологической правды не только девиртуализируют человека, лишая его феноменов порожденности (на уровне обыденного понимания — чуда). Они идут дальше, опуская реальности сознания и воли, не оставляя место тому, что является результатом непосредственного взаимодействия воли и сознания с реальностью телесности — личности человека и ее венца — добродетели.

В отличие от современной медицины, тибетские врачи, имея в основе полионтологичную парадигму медицинского знания, считали возможным постановку диагноза и прогноз течения болезни 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. Исследования в Центре виртуалистики Института человека РАН подтверждают данную феноменологию семейной репрезентации большинства соматических заболеваний одного из членов семьи.

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 больного, страдающего тем или иным соматическим заболеванием, можно вести большинство возможных направлений медицинской и психологической работы.

Короче говоря, современная медицина либо вообще не фиксирует виртуальные феномены, либо видит их, но не работает с ними, так как не может объяснить их природу. Поэтому очевидно, что мировоззрение современной медицины в определенной части ушербно.

Все вышеперечисленное позволяет также сделать второй вывод о полионтологичности, о том, что *здоровье или болезнь могут возникать (порождаться) из любой внутренней реальности человека*. Здесь отметим, что возможность вывода, полученного на одной феноменологии, подтверждает исходное утверждение нашего доклада о полионтологичной природе мира и человека.

Виртуальное состояние болезни, или виртуал, может быть развернуто, порождено, во-первых, из реальности телесности — в результате дисфункции любого из органов человеческого организма (что блестяще демонстрирует современная медицина); во-вторых, из реальности сознания — всем известны ятрогении (болезни, вызванные неквалифицированным обращением с пациентами медицинского персонала). Из реальности личности — можно взять наблюдения из сферы профориентации и определения профессиональной пригодности человека. Достаточно типичны примеры из военно-морской медицины, 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 хрестоматийный случай, относящийся к 20-м годам XX века, 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.

Прикладные аспекты виртуалистики в наркологии

Таким образом, теоретическая виртуалистика утверждает, что любой объект любой из реальностей может вызвать (породить) заболевание. Поэтому при разработке новых методов лечения алкоголизма Н. Носов и Ю. Яценко задались отнюдь не риторическим вопросом: "Если существует объект, который теоретически, может вызвать болезненное состояние (виртуал), например, запой, то можно ли, например, опосредованно, через этот объект предупредить приступ при алкоголизме?" Как говорят "не прошло и трех дней", как Ю. Яценко, проводившая прикладные исследования виртуальной медицины и психологии в наркологии, описала случай течения алкоголизма, когда у больного императивный позыв к употреблению алкоголя вызывал вид скульптуры, т.е. каменный объект. Данный факт был связан с тем, что пациент в начале течения болезни частенько распивал алкогольные напитки со своими товарищами после работы рядом с этим объектом [5].

Отсюда родилась идея девиртуализации образа, запускающего заболевание, т.е. идея специальной манипуляции с этим образом. Не менее важным представляется то, что лечение многих заболеваний можно (возможно!) начинать из любой реальности человека.

Установлено, что у человека имеется собственная *внутренняя партитура страдания (и здоровья)*, которая может быть изменена с помощью *аретевта* — врача, психолога, использующего виртуальные подходы в своей практике [14]. *Аретей* — это новый тип практики, в основе которой лежит полионтологичная парадигма виртуалистики, рассматривающая здоровье и болезнь как порожденные виртуальные состояния, не сводимые к одной из известных, описанных реальностей человека. Устранение виртуального образа болезни, его девиртуализация, "размонтирование" может быть проведено, например, из / через реальность сознания больного. Аретей — человек, проводящий аретей, — может помочь аретенту (страдающему) изменить собственный статус воли, который позволит страдающему устранить свое заболевание или купировать, например, бронхоастматический приступ, не поддающийся лечению современными медикаментозными средствами, снять тягу к алкоголю. Высокоэффективной оказалась аретей синдрома зависимости от алкоголя (алкоголизма) по разработанному Ю. Яценко методу "Форсаж" [5, 13, 15]. Испытания на практике показали перспективность аретей бронхиальной астмы [3].

Мы сознательно использовали слово *страдание* вместо слова *заболевание*, так как болезнь — нозология, — отражает сугубо нозологический подход, сужающий многообразие виртуальной картины течения тех или иных расстройств у человека до классических клинических признаков течения болезни в их патоморфологическом и психопатологическом выражении (в рамках классической науки, т.е. внешнего объективистского описания объекта исследований).

То, что современная медицина уже выделяет донозологические состояния или предболезнь — несомненно, шаг вперед, но, как мы теперь понимаем, исключительно в феноменологическую сторону... Увеличение разрешающей способности приборов повышает чувствительность и точность методов обследования, что обеспечивает мощный

феноменологический информационный пласт, фиксируемый в статусе телесности человека. Но константная медицина объяснить многие факты еще не в состоянии, ограничиваясь концепцией все обобщающей "психосоматики".

Надо заметить, что виртуальных феноменов очень много и в клинике внутренних болезней: это транзиторные, пароксизмальные нарушения, приступообразный характер течения, астмоидный статус, *facies hippocatica* — инварианты в течении многих заболеваний — независимо от их этиологии или локализации.

Здесь же можно подчеркнуть, что изменение социальной установки на отношение к инвалидам как к людям с ограниченными возможностями, но не лишенными возможностей, близко виртуальной парадигме. Суть в том, что виртуал здоровья может быть развернут из реальности имеющихся у инвалидов возможностей, иногда даже с относительной гиперкомпенсацией по сравнению с обычными здоровыми лицами, как, например, у инвалидов — спортсменов, добивающихся высоких спортивных результатов.

В современной медицине общепризнано, что заболевание есть результат взаимодействия внешнего патогенного фактора и целостного организма. Если напомнить, что организм и означает в переводе целостный, то получается "целостной целостности". Данная тавтология — еще одно отражение гносеологических потерь на пути развития современной медицины, которая несмотря на удивительные успехи уже даже на субклеточном уровне, находится в кризисе... Константируем диагноз — гносеологической тупик виртуальной природы. Биоэтический тупик, в который попала современная медицина и биотехнология, — его видовые проявления, одно из которых в том, что геном прочитан ("пистолет куплен"), теперь надо клонировать ("нужно застрелиться")...

Таким образом, гносеологический аппарат современной медицины несовершенен. Признание виртуальной этиологии заболеваний, природы здоровья и человека открывает новые перспективные подходы в диагностике и лечебной практике.

Заключение

Итак, мы вскрыли три источника и три составных части кризиса современной медицины:

- непризнание онтологичности здоровья;
- редуцированность мировоззрения (относительно полионтологичной природы мира);
- бедность гносеологического инструментария (относительно виртуальной этиологии болезней, природы человека и его здоровья).

Наш неутешительный общий теоретический вывод подтверждается следующим. Общепризнано, что медицина вносит в формирование здоровья населения всего лишь около 8—10% от общего вклада наряду с вкладом образа жизни (18—20%), состояния окружающей среды (22%), наследственными факторами (11%), городской и внутрипроизводственной средой (19%). Примечательно, что величины могут варьировать, но соотношение Парето 20/80 сохраняется, оно константно.

Итак, в период адаптации к новым историческим условиям на индивидуальном и популяционном уровнях должны фиксироваться изменения в статусах сознания, телесности, воли и личности людей. Поэтому реструктуризация СССР и последующие реформы в Российской Федерации не могли не привести к популяционным сдвигам (причину которых современная медицина объяснить не в состоянии), к изменениям в статусе воли населения (росту миграционных процессов, снижению рождаемости), изменениям в статусе сознания (росту агрессии и депрессии в обществе, росту убийств и самоубийств), к изменениям в статусе телесности — заболеваемо-

сти и сверхсмертности населения в работоспособном возрасте от неинфекционных заболеваний. Данный факт дополнительно подтверждается тем, что факторы, традиционно определяющие смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, перестали играть свою ведущую роль в детерминации уровня смертности работоспособного населения. Таким образом, во-первых, в основе описанных И.А. Гундаровым популяционных реакций и закона духовно-популяционной детерминации [1, 2] лежат виртуальные механизмы.

Во-вторых, констатируем еще одно проявление системного кризиса медицины. Получается так, что современная медицина со здоровьем "еще не справляется", а с болезнями реформ "уже не справляется". К сожалению, она неадекватна не только реальности здоровья, но и реальности болезни. Медицина оказалась не готова к "вызову современности" — проблеме сверхсмертности. Так сейчас считают многие: и население, и специалисты, и политики. Надеемся, что на вопрос "почему?" мы в своей статье ответили.

Признание кризиса, а не просто сетование на его счет, де-факто будет означать, что современная медицина должна претерпеть коренные преобразования, чтобы начать давать то, чего она давать пока не может. А это значит, здоровье должно стать (быть!) признаваемо для медицины в качестве онтологии — *в качестве сущности*, с которой она должна уметь работать.

Признание кризисной ситуации одновременно указывает на то, что ответ на данный вопрос лежит вне рутинной медицинской практики, а в реальности ценностей, в системе гуманитарного знания.

Приведем пример с несколькими определениями войны. "Война — продолжение политики насильственными средствами", и "война — это травматическая эпидемия". Первое определение, как известно, дано Лениным, второе — Н.И. Пироговым. И то и другое абсолютно верно, но для конкретной реальности. Н.И. Пирогов произвел, как мы теперь понимаем, конгруэнтный (адекватный) трансферт войны как онтологии политической реальности в медицинскую реальность. Или, если угодно, зафиксировал отражение войны, как полионтологического объекта, в реальности военной медицины...

Вспомним также, что потребовалось еще полстолетия после Н.И. Пирогова прежде чем В.А. Оппель разработал систему сортировки и этапного лечения больных, раненых и обожженных с эвакуацией по назначению. И еще полстолетия, с описанным многотомным опытом советской медицины в годы Великой отечественной войны, для разработки военно-медицинской доктрины...

Наверное, у нас этих ста лет в запасе нет. Нация сейчас вымирает...

В заключение целесообразно вернуться к вопросу исторической роли состояния обсуждаемого вопроса.

Итак, виртуалистика полагает существующим внутреннему человеку, который предопределяет порождения тех или иных феноменов в реальности телесности, сознания, воли и личности человека. Внутренний человек находится со всеми другими реальностями человека в интерактивных отношениях. Результатом этих отношений являются такие состояния как *здоровье* или *болезнь*. Иными словами, здоровье и болезнь есть функция не целостного организма, а человека. Таким образом, перед медициной встает главный вопрос, и это вопрос онтологический, — что такое человек?

В постановке этого вопроса и состоит задача (цель) настоящего сообщения. Как мы ответим на обсуждаемые вопросы — покажет история.

Список литературы

1. Гундаров И.А., Деев А.Д., Пронин М.А. Закон духовно-популяционной детерминации // И.А. Гундаров Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. — М.: Эдиториал УРСС, 2001. — С. 39—47.
2. Гундаров из сборника "Философия здоровья"
3. Михайлов А.Н. Артея нарушения дыхания. — М., 2003. — 131 с. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 22).
4. Носов Н.А., Генисаретский О.И. Виртуальные состояния в деятельности человека-оператора // Труды государственного ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института гражданской авиации. — М.: Б.и., 1986. (Вып. 253) — С. 147—155.
5. Носов Н.А., Яценко Ю.Т. Параллельные миры: Виртуальная психология алкоголизма. — М., 1996. — 128 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 2).
6. Носов Н.А. Виртуальная психология. — М.: Аграф, 2000. — 432 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 6).
7. Носов Н.А. Виртуальная реальность // Новая философская энциклопедия: В 4 т. — М.: Мысль, 2000. — Т. 1. — С. 403—404.
8. Носов Н.А. Не-виртуалистика (Современная философия психологии). — М.: Гуманитарий, 2001. — 56 с. (Тр. лаб. виртуалистики. Вып. 12).
9. Носов Н.А. Виртуальный конфликт. Виртуальная социология медицины. — М.: Путь, 2002. — 140 с. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 18).
10. Пронин М.А. Здоровье как онтологическая проблема // Здоровье человека: социогуманитарные и медико-биологические аспекты. — М.: Институт человека РАН, 2003. — С. 77—83.
11. Пронин М.А. Виртуальные ловушки // Рационализм и культура на пороге третьего тысячелетия: Материалы Третьего российского философского конгресса (16—20 сентября 2002 г.) В 3 т. — Ростов-на-Дону: Б.и., 2002. — Т. 2. — С. 354.
12. Степин В.С. Теоретическое знание. — М.: "Прогресс-традиция, 2000. — 744 с.
13. Чернобровкина Т.В., Яценко Ю.Т., Соловьев А.Г. Лечение абстинентного синдрома со снятием влечения к алкоголю методом "Форсаж": Методическое пособие. — Архангельск—Москва, 2001. — 32 с.
14. Юрьев Г.П., Юрьева Н.А., Лебедь Е.И. Виртуальная этика здоровья и страданий человека. — М.: Наука, 2004. — 159 с. (Тр. Центра виртуалистики. Вып. 25).
15. Яценко Ю.Т. Физиолого-биохимические и психопатологические компоненты алкогольного синдрома отмены при различных методах лечения: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — Архангельск, 2001. — 19 с.

The health as a the ontological problem of actual medicine and addictologia

PRONIN M.A.

cand. med. sci., Head of lab. of virtualists, Institute of philosophy RAS, Moscow

In connection with new paradigm "virtualistica" on an example of a phenomenon "health" the origin and mechanisms of difficulties of knowledge (cognitive) basis of the modern are discussed. It is notes that such difficulties is not fixed by medicine, there are not realized at a theoretical level and are not solved at a practice level by escalation complex (integrated) and — or of the interdisciplinary approach now sell (realizable) as integrative, recess individual (fragmental) of knowledge of the man. The main (basic) ontological problem of modern medicine — problem on an essence of the man health is formulated, that determines of a paths and methods of medicine and addictological problems investigations.