

**НОВАЯ МОДЕЛЬ
ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

**A NEW MODEL
FOR HEALTH AND DISEASE**

GEORGE VITHOULKAS

Health and Habitat Mill Valley,
California
and North Atlantic Books
Berkeley, California

**НОВАЯ МОДЕЛЬ
ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

ДЖОРДЖ ВИТУЛКАС

Альтернативная Нобелевская премия 1996 г.

Джорж Витулкас. Новая модель здоровья и болезни.
Пер. с англ. — М.: Издательская группа «АРиНА», 1997 — 184 с.

В этом трактате теоретик и учитель гомеопатии Джордж Витулкас представляет новую парадигму современной медицины. В её основе — обоснованная гипотеза о том, что чрезмерное применение сильных лекарств не только не излечивает, но ведёт к росту общей заболеваемости. В 1996 году за выдающийся вклад в развитие гомеопатии Джордж Витулкас был удостоен альтернативной Нобелевской премии. Рассчитана как на медицинских работников, так и на широкий круг читателей.

© Copyright 1991 by George Vithoulkas

© Семёнов А. П., все права на перевод и издание на русском языке, 1997

Ни одна часть данного издания не может быть воспроизведена или передана ни в каком виде и никаким способом, электронным или механическим, включая фотокопирование, запись или любой другой вид хранения и извлечения данных без письменного разрешения автора (текст на английском языке) или Семёнова А. П. (текст на русском языке).

*Посвящается
моей любимой жене*

БЛАГОДАРНОСТИ

Я чувствую себя обязанным прежде всего поблагодарить следующих людей, помощь которых в написании этого небольшого трактата была бесценной:

- Александру Делиник, доктора медицины, за её терпение и энтузиазм в стремлении помочь мне изложить мои идеи в форме книги;
- Майкла Лефаса, доктора медицины, за его бесценную помощь в виде колоссальных исследований, потребовавшихся для подкрепления содержащихся в книге гипотез;
- Джорджа Гесса, доктора медицины, моего американского редактора, за то, что они вложил много времени и энергии в редактирование и анализ этой книги;
- Сэнди Росс, доктора философии, мою американскую помощницу, за её преданность и неустойчивые многолетние усилия в поддержку всей моей работы, а также её фонд «Хелс энд Хабитат» за издание этой книги и моей «Materia Medica Viva»;
- Джулию Кэгуин, наборщицу издательства «Уайлд Флауэр Пресс», Милл Вэлли, Калифорния, за её упорство и указания;
- Грегори Вламиса за то, что он привёл к нам Ника Дженниса, щедро профинансировавшего большую часть выпуска этой книги.

Я хочу также поблагодарить Джона Пападопулоса, помощника профессора факультета фармакологии Афинского университета, за бесценную помощь и критику, д-ра Френсиса Тройхерца за редакторские замечания, Харви Хабера за раннюю работу и транскрипции, Джин Барнард, внучку американского гомеопата Уильяма Берике, доктора медицины, за редактирование на раннем этапе и Линду Джонстон, доктора медицины, за помощь, поддержку и преданность делу. Я благодарю Пегги Чипкин за редактирование второго издания.

Я не могу удержаться от выражения глубочайшей признательности и благодарности всем своим Учителям, с которыми мне повезло встретиться в этой жизни. Как ни странно, никто из не был хорошо известен в академических кругах и не преподавал в «признанных» учебных заведениях; они настаивали на том, чтобы продолжать свою работу «молча» и анонимно.

ПРЕДИСЛОВИЕ

При написании этой книги я ставил перед собой три цели:

1. Показать, что традиционная медицина не смогла решить задачу профилактики или излечения болезни. Вместо этого она несёт ответственность за ухудшение здоровья во всемирном масштабе, обусловленное чрезмерным применением мощных химических лекарственных средств. Из-за этой практики даже эффективным альтернативным терапевтическим системам потребуются годы, чтобы обратить или исправить это положение.
2. Представить новую Модель здоровья и болезни как новую парадигму медицинской науки. Я надеюсь, что путём перечисления различных законов природы, управляющих явлениями здоровья и болезни, она поможет прояснить те терапевтические модальности, которые обеспечивают оптимальные результаты.
3. Показать, что такие терапевтические системы сегодня существуют и доступны, но значительное большинство медицинских авторитетов мира либо подавляет их, либо намеренно пренебрегает ими.

Книга предназначена, в первую очередь, врачам-практикам и мировым авторитетам, но написана так, чтобы её мог легко понять и непрофессионал.

Я должен извиниться, если читатель воспримет эту книгу как написанную в полемической манере или с предубеждением. Я чувствую быстро надвигающуюся планетарную катастрофу; стиль письма отражает то, насколько безотлагательной я считаю эту проблему. Это печальное положение стало результатом неблагоразумного и чрезмерного применения лекарственных средств, отпускаемых по рецепту и без рецепта, и вызвало (согласно оценкам и исследованиям автора) эпидемию СПИДа, а в будущем, вероятно, создаст ещё худшие проблемы.

Было бы неправильно воспринимать эту книгу только как критику аллопатической медицины. Я подчеркнул эти моменты потому, что хочу привлечь внимание читателя к негативным аспектам современной медицины.

В ходе исследования и изучения глубочайших тайников человеческого тела и сознания обнаружились крайне интересные аспекты строения человека; к сожалению, исследователи не поняли основных принципов медицины и здоровья, которые всегда существовали как «вечные истины».

Я испытываю особое уважение к тем преданным своему делу и серьёзным учёным, которые упорно трудились в своих лабораториях, стремясь расшифровать и понять тайны природы. Я бесконечно восхищаюсь ими, потому что они страстно посвятили свою жизнь достижению своих научных целей. Но это восхищение не мешает мне заключить, что традиционная медицина следовала неправильному курсу действий.

Я надеюсь ясно показать на следующих страницах, что основа медицинских исследований и терапевтического применения была не только неправильной, но и разрушительной для здоровья человечества.

Эта книга предлагается как полное надежд предсказание Новой Эры в Медицине.

Автор

Алониссос, Греция Август 1987 г.

Введение

В 1972 г., читая лекции группе врачей в Афинах, в Греции, я сделал следующее заявление: «Из-за того, что врачи так часто назначают сегодня антибиотики, иммунная система скоро ослабеет настолько, что появится множество новых, более заразных и неизлечимых болезней. Избыточное применение антибиотиков пагубно влияет на иммунную систему, нанося ей во многих случаях необратимый вред».

Мысль о том, чтобы сделать это мрачное предсказание, подсказал мне мой собственный опыт в области здравоохранения. Моё заявление было весьма спорным для аудитории, состоявшей из врачей, поскольку традиционная медицина рассматривает антибиотики почти как самое «поразительное и эффективное» оружие, которое она имеет в борьбе с болезнями. Но к 1972 г. я уже наблюдал и лечил сотни больных, на которых мог ясно видеть, что возникновение их хронических проблем было напрямую связано с чрезмерным использованием аллопатических лекарственных средств — обычно антибиотиков — и в особенности производных пенициллина.

Помимо этого конкретного наблюдения, я, как и другие работники здравоохранения, знал, что в той части мира, которая хвастается тем, что имеет самое лучшее и дорогое медицинское обслуживание, происходит общее ухудшение здоровья. Мы видим, как это ухудшение проявляется в средней продолжительности жизни мужчин в Соединённых Штатах. По сравнению с другими развитыми странами (которые все тратят на здравоохранение значительно меньше), Соединённые Штаты занимают девятнадцатое место по показателям смертности.¹

Из следующей статистики очевидно, что в Южной Америке есть много развивающихся стран, где средняя продолжительность жизни больше, чем в США. Если правда, что самая большая средняя продолжительность жизни обеспечивается самым дорогим и лучшим медицинским обслуживанием, то эта честь должна принадлежать США, однако в действительности верно обратное.

	1980	1981	1982	1983	1984	1986
Коста-Рика				74.5		
Пуэрто-Рико		70.8	73.2			
Панама			72.8	72.9		
Барбадос					72.2	
Куба					72.0	
США ^{2,3,4}	70.1	70.5	70.9	71.0		
Исландия			74.7		74.9	
Греция			73.6		73.8	
Швеция		73.1			73.9	
Австрия			69.4			70.4

	1980	1981	1982	1983	1984	1986
Венгрия			65.6		65.1	65.1
Чехословакия		67.0		66.9	67.1	
Румыния			67.1	66.9	67.1	
Польша		67.1	67.3	67.1	66.8	
Болгария			68.5	68.3	68.5	

Мы можем прийти к тем же выводам в Европе, где Греция и Исландия — две всё ещё развивающиеся страны — имеют наилучшие показатели средней продолжительности жизни и смертности. В странах восточного блока мы видим весьма низкие показатели, причём лидирует в этом отношении Венгрия. Среди промышленно развитых стран Европы наивысший показатель средней продолжительности жизни имеет Швеция, а затем, в порядке убывания, Нидерланды, Норвегия, Англия и Уэльс, Франция, Федеративная Республика Германия, Италия, Бельгия и, наконец, Австрия с наихудшим показателем.^{2,3,4}

Несмотря на предполагаемый полный охват медицинским обслуживанием и принудительную иммунизацию всего населения, страны восточного блока сообщают о наинизшей средней продолжительности жизни. Я надеюсь показать с помощью теории, которую собираюсь представить, что это явление — не парадокс.^{2,3,4}

Таким образом, мы видим, что простые цифры рассказывают нечто отличное от того, что обычно говорит медицинский истеблишмент. Он обычно говорит, что средняя продолжительность жизни выросла благодаря лучшему медицинскому обслуживанию. Кроме того, приведённые выше данные дают нам картину только количественной стороны вопроса, не затрагивая предлагаемого современной медициной качества жизни.

Что такое «качество жизни» для тех, кто живёт на диализе почек или с сердечными трансплантатами, ревматоидным артритом, болезнью Альцгеймера, раком или СПИДом? Все эти люди включены в статистику, оценивающую среднюю продолжительность жизни, однако качество их жизни вполне может быть таким, что заставит усомниться в ценности долгой жизни самой по себе. Прежде чем можно будет прийти к каким бы то ни было осмысленным заключениям о последствиях любой системы здравоохранения, в дополнение к продолжительности жизни следует рассмотреть качество жизни — количество радости, счастья и творческих способностей, которые придают цель нашей жизни.

Сколько из нас живёт в таком здоровом состоянии, что может понастоящему наслаждаться жизнью и одновременно заниматься творческой деятельностью? Измерение степени здоровья населения — трудная задача, особенно когда имеешь дело со статистикой, но когда-нибудь это должно быть так или иначе сделано. Я даже могу предсказать, что если мы продолжим действовать так же, как в прошлом, то очень скоро станем свидетелями снижения даже количественной статистики развитых стран.

Если бы мы могли или хотели измерить качество своего здоровья, то, уверен, немедленно изменили бы свою медицинскую систему.

Поскольку никто не занимается такой оценкой, мы вынуждены полагаться на своё собственное восприятие и опыт, чтобы ответить на связанные с этим следующие вопросы:

- Насколько Вы удовлетворены лекарственными средствами, которые получали от своих различных хронических недугов?
- Можете ли Вы сказать на основании своего собственного опыта, что эти лекарственные средства, если принимать их долго, причиняют Вам вред на других уровнях Вашего здоровья?
- Как такие лекарственные средства повлияли на качество Вашей жизни?
- Чувствуете ли Вы, что Ваше здоровье действительно вернулось к норме, даже если не испытываете больше беспокоящих симптомов?
- Что Вы думаете по поводу постоянного приёма транквилизаторов, седативных, болеутоляющих, бронхолитических и гормональных средств, кортизона и прочих лекарств?
- Действительно ли лечит наша медицинская система или ей просто удаётся «подавить» симптомы болезни?

То, что мы вводим в своё тело, влияет на каждый уровень нашей жизни. Количество и качество различных лекарственных средств, попадающих в наше тело, играет большую роль в повышении или снижении **качества** нашего существования, к которому, собственно, и сводится жизнь.

Последние пятнадцать лет мы постоянно являемся свидетелями появления новых болезней. С 1972 по 1980 г. появилось примерно пятнадцать «новых» болезней. Их причины были неизвестны, озадачивали и ускользали от понимания. Насколько ответственны были за это явление те химические лекарственные средства, которыми мы тогда пользовались? Возможна ли связь между явлением чрезмерного приёма лекарств и неспособностью нашей иммунной системы предотвратить появление этих внушающих тревогу новых болезней?

Кроме появления новых болезней, имеет место также резкий рост грибковых инфекций. К 1975 г. я уже наблюдал растущее число пациентов, страдающих от таких инфекций. В последнее время мы наблюдаем такой колоссальный «взрыв» кожных и генитальных микозов, что это явление близко к тому, чтобы стать всеобщей проблемой. В Великобритании только число новых больных кандидозом, вызванным грибом *Candida Albicans*, выросло с 34 696 в 1973 г. до 64 173 в 1984 г.⁵ В 1984 г. он был поставлен в Британии на второе место среди всех венерических заболеваний.⁶ Весьма многие авторитетные специалисты приписывают многое из сегодняшней «хронической системной симптоматики» грибку. Рэймонд Кейт в своей книге «СПИД, рак и медицинский истеблишмент» заявляет: «В последние годы было признано, что хронические

и часто незаметные инфекции *Candida* связаны с тяжёлыми симптомами, которые можно отнести к **каждой системе тела**.⁷ Я перестал думать о том, что могло вызвать этот колоссальный рост грибковых инфекций, а затем понял, что один из главных антибиотиков, назначаемых миллионам людей врачами, был ничем иным, как производным **грибка**, плесенью! Обычное название этой плесени — **пенициллин**. По существу, со времён второй мировой войны в человеческие организмы закачивались тысячи тонн этого лекарственного средства. В развитых странах вряд ли остался кто-нибудь, кто избежал этого «чудо-лекарства». Приведём некоторые цифры, просто для того, чтобы дать общее представление о количестве потреблённых антибиотиков: только в США годовое производство антибиотиков в 1965 г. составило 3.3 тысячи тонн, а к 1970 г. — 7.7 тысячи тонн. За четыре года с 1967 по 1971 число рецептов только на ампициллин выросло с 9.5 миллиона до 21.5 миллиона.⁸ Записи Управления продуктов питания и лекарственных средств США о сертификации антибиотиков показывают, что количество инъекций цефалоспоринов и гентамицина постоянно увеличивалось и в 1977 г. по-прежнему росло.⁹

Необходимая для борьбы с инфекциями доза антибиотиков колоссально выросла из-за того, что организмы становились всё менее и менее чувствительны к ним. Для того чтобы привести пример увеличения доз пенициллина, необходимых для борьбы с такими инфекциями, как гонорея, приведём требования к дозировке из старых текстов по фармакологии и из пятого издания книги Гудмена и Джилмена «*Фармацевтическая основа терапии*», вышедшего в 1985 г.:

«Когда гонорее лечили прокаинпенициллином в первый раз, для лечения требовалось несколько сот тысяч единиц (300 000 международных единиц). Однако по мере того, как человеческая система оказывала ему всё большее и большее сопротивление, количество увеличилось до миллионов единиц (4 800 000 международных единиц пенициллина +1 г пробенецида)». Это в **шестнадцать раз больше первоначального количества**.

Было очевидно, что пенициллин — производное от грибка — сильнее микробов и бактерий в теле, потому что после введения в организм он иммобилизует их.¹⁰ Однако таким образом **пенициллин (грибок)** вероломно устанавливает свою **собственную власть** в теле, и оказалось, что она устанавливается навсегда.

Затем для борьбы с непрерывно растущей смертоносной силой грибов разрабатывались всё более и более сильные лекарственные средства, например амфотерицин-В, флюцитозин, кетоконазол, миконазол. Но какой ценой? Согласно д-ру Х. Симмонсу, «Серьёзной проблемой общественного здоровья в США стала ятрогенная болезнь. Согласно оценкам, это выражается в двух миллионах нозокомиальных инфекций и многих тысячах смертей в год. Как уже указывали другие, это явление в значительной степени обусловлено неуместным применением антиинфекционных средств»¹⁰.

Вскоре разные голоса из медицинского мира начали выдвигать возражения, но, к сожалению, никто не обратил на них внимания.

«Настоящая трагедия заключается в том, что специалисты по инфекционным заболеваниям указывали на эти проблемы и отчаянно призывали к переменам в течение последних тридцати лет — большей частью безрезультатно».¹⁰

В редакционной статье под названием «И это медицинский прогресс?»⁸, опубликованной в «Журнале Американской медицинской ассоциации», было поставлено несколько жёстких вопросов. Вопросы были следующие:

- Привело ли широкое применение антибиотиков к появлению новых устойчивых бактериальных штаммов?
- Изменилась ли из-за применения антибиотиков экология «естественной» или «больничной» флоры?
- Изменилась ли из-за применения антибиотиков частота или тяжесть нозокомиальных инфекций?
- Каковы тенденции применения антибиотиков?
- Представляет ли всё более частое применение антибиотиков для медицинского мира и общественности новый набор опасностей, с которыми следует бороться каким-то новыми административными или просветительскими мерами?
- Правильно ли применяются антибиотики на практике?

И далее: «Наряду с резким сокращением заболеваемости ранее смертельными болезнями, возникли также **новые и большие опасности**, вызванные лечением антибиотиками.»

Это, как и многие другие, было ранним предупреждением об опасностях лекарственной терапии. Это было предупреждение о том, что хотя новые «чудо-лекарства» снизили число смертей от острых инфекционных заболеваний, они добавили новое измерение проявлению и распространению хронических заболеваний. Как точно сказал Рене Дюбо в своей книге *«Такое человеческое животное»*: *«...Хотя они много сделали для профилактики и лечения нескольких конкретных заболеваний, они не смогли пока увеличить истинное долголетие или создать положительное здоровье. Век изобилия, технологических и медицинских чудес является, как это ни парадоксально, веком хронических недугов, тревоги и даже отчаяния».*

Кроме того, поскольку чрезмерное использование антимикробных средств ускорило появление более опасных инфекционных микроорганизмов, лечить острые инфекционные заболевания стало в целом труднее.

Сегодня, спустя тринадцать лет, несмотря на эту информацию, медики пользуются даже ещё более сильными лекарственными средствами.

Вполне логично, что сейчас, после того, как стали известны все эти факты, возникают некоторые вопросы в связи с широким применением антибиотиков и их влиянием на человеческое тело.

1. Мог ли пенициллин и его производные вызвать такие изменения или дефекты в иммунной системе, что она больше не может сопротивляться колонизации тела другими видами грибов?

Вот несколько отчётов других исследователей, которые отвечают на этот вопрос:

«Грибки возникают как сильные патогенные микроорганизмы, особенно у больных с подавленным иммунитетом и продолжительной гранулоцитопенией, подвергающихся длительным курсам лечения антибиотиками».¹¹

«Подавление функции Т-лимфоцитов тетрациклином могло бы частично объяснить суперинфекцию *Candida*, иногда наблюдаемую клинически после продолжительного применения этих средств».¹²

«К mirиаду потенциальных побочных действий антибиотиков следует добавить иммуномодуляцию (недостаточность иммунной системы)».¹⁴

Более конкретную информацию см. в литературе.^{13,15,16,17}

2. Может ли безответственное применение этих лекарственных средств и происходящая в результате мутация микроорганизмов расчищать путь для проявления каких-нибудь ужасных неизлечимых болезней с новыми и нераспознаваемыми мутантами (новыми вирусами, грибами и т. п.)?

Процитируем несколько источников со статистическими данными, которые дают полный ответ на поставленные выше вопросы:

«Инфекции, вызываемые грамотрицательными бактериями, начинают всё больше доминировать, и в настоящее время являются самым частым типом нозокомиальных инфекций. Несколько крупных центров сообщили, что заболеваемость грамотрицательной бактериемией составляет приблизительно 1 на 100 госпитализированных больных в год, при этом коэффициент смертности равен 30–50 %. Если в 30 000 000 ежегодно осуществляемых в Соединённых Штатах госпитализаций с острыми формами заболеваний коэффициенты заболеваемости и смертности такие же, то каждый год может иметь место целых 300 000 эпизодов и более 100 000 смертельных исходов от грамотрицательной бактериемии».⁸

«В одном исследовании с помощью строгих критериев среди 3 000 больных, подвергавшихся лечению антибиотиками, была отмечена частота суперинфекций 2.2 %. Самым поразительным в этом исследовании было то, что в большинстве этих «суперинфекций» участвовали грамотрицательные бактерии, и бороться с ними было гораздо труднее, чем с первичным заболеванием».¹⁸

«Из-за безответственности, с которой антибиотики обычно прописываются больным, мы имеем «непрерывное возникновение всё более опасных и устойчивых штаммов бактерий, с которыми должно попытаться справиться следующее поколение антибиотиков».¹⁰

В литературе указывалось, что антибиотики «могут оказывать заметное влияние на взаимодействие между хозяином и паразитом» в форме создания множественной устойчивости к лекарственным средствам путём фактического индуцирования определённых мутаций, изменения структуры их поверхности, обусловленного их адаптацией к избирательному действию антибиотиков».¹⁹

Таким образом, «первоначально чувствительные бактерии могут стать устойчивыми к лекарственным средствам за счёт мутации, плазмидов, либо в ходе одного из процессов, требующих переноса генетического материала от устойчивых организмов к чувствительным».²⁰

Упомянется также несколько других механизмов, таких как изменение бактериальных хромосом, ферментативная инактивация антибиотиков и установление барьера проникновению лекарств.²¹

У нас есть много случаев, когда возникали более новые и сильные штаммы микроорганизмов, менее чувствительные и более устойчивые к лекарствам. Один случай произошёл в нейрохирургическом отделении, где заражение газообразующими микроорганизмами *Klebsiella* достигло масштабов эпидемии, потому что «в качестве „профилактики“ годами применялись ампициллин и клоксациллин».²⁰

Упомянутый ранее перенос генетического материала при индуцировании устойчивости к лекарственным средствам — пример R-фактора (фактора передачи устойчивости). Было обнаружено, что R-факторы «часто встречаются среди больничных штаммов *Pseudomonas aeruginosa*». Эти R-факторы, определяющие **множественную устойчивость**, могут легко передаваться от одного штамма *Pseudomonas aeruginosa* к другому, что затрудняет борьбу с ними даже для «антибиотиков на основе аминоклизида».²² Таким образом, те самые «антибиотики», которые должны были уничтожить эти бактерии, фактически сделали их сильнее.

Ещё одна индуцированная антибиотиками устойчивость — это «возникновение устойчивости к... более новым антибиотикам на основе В-лактама».²³

«С момента появления сорок лет назад пенициллина устойчивость стафилококков к пенициллину выросла, и сейчас по меньшей мере 80 % стафилококков из развитых стран производят В-лактамазу».²⁴ В-лактамаза — это вещество, которое делает стафилококки устойчивыми к пенициллину. Кроме того, «особая устойчивость к пенициллину становится всё большей проблемой в борьбе с гонореей».²⁵

«Устойчивый к метициллину *staphylococcus aureus* превратился в некоторых больницах США в национальную проблему. Инфекции *staphylococcus aureus* начали распространяться по больницам США в конце 1970-х гг., и к началу 1980-х достигли масштабов эпидемии».²⁶

«Быстрота, с которой разные гены устойчивости, транспозоны и R-плазмиды распространились на разные патогенные микроорганизмы по всему миру, показывает, какие мощные избирательные силы вызваны применением человеком антибиотиков. Однако недавнее исследование

более, чем 400 энтеро-бактерий, собранных и впоследствии хранившихся с 1917 по 1954 гг., позволяет предположить, что в эру, предшествовавшую появлению антибиотиков, устойчивость встречалась очень редко... Первичными источниками многих генов устойчивости являются, вероятно, микроорганизмы почвы, которые фактически производят большинство антибиотиков или которые конкурировали бы с такими производителями. Поскольку антибиотики потенциально токсичны для производящего их организма, вряд ли удивителен тот факт, что такие бактерии, как стрептомицеты, должны иметь механизмы устойчивости для защиты себя от антибиотиков, которые они производят.»²⁷

Некоторые учёные и исследователи-медики по-настоящему верят, что мы, возможно, возвращаемся к «эре, предшествовавшей появлению антибиотиков, когда эти трансформированные мультиустойчивые микроорганизмы снова разрушат человечество. Эта тревога вызвана наблюдающимся избирательным воздействием, которое оказывает широкое и постоянное расширяющееся применение антибиотиков на микробную среду человека и не только человека.»²⁷

Возможно, до сих пор не понято, что качество нашего здоровья почти полностью зависит от качества микроорганизмов, которые обычно живут в нашем теле и образуют, таким образом, основу нашей жизни. Если мы нарушаем их равновесие путём закачки в организм всей этой «плесени», то постепенно получаем «заплесневелый» организм.

Было сказано, что «назначение антибиотиков, будь то в больницах или в домашних условиях, без надобности дополнительно усиливает отбор устойчивых организмов. Описывать это как акт загрязнения окружающей среды может показаться преувеличением, но если полностью понять конечные последствия такого способа применения, это выглядит меньшим преувеличением, чем могло показаться вначале».²⁰

До сих пор, по-видимому, современная медицина не интересовалась жизненно важным вопросом качества микроорганизмов, которые обычно живут в теле, и мутацией, которой подвергаются эти микроорганизмы под влиянием инородных веществ типа антибиотиков. **Результатом стала трансформация, мутация, в ходе которой непатогенная бактерия превращается в патогенную.** Например, *Alcaligenes*, непатогенная бактерия, обычно имеющаяся в микрофлоре человека и являющаяся устойчивым к антибиотикам организмом, может передать свою устойчивость **ранее неустойчивым**, но потенциально смертоносным организмам, таким как *Pseudomonas aeruginosa*.²²

Хотя передаваемая устойчивость к лекарственным препаратам, означающая устойчивость к антибиотикам, которая может быть передана от одного вида бактерий к другому, была впервые продемонстрирована только у кишечных бактерий, она стала обычным явлением и для многих других бактерий.²³⁻³⁴

Фактически, широкое применение антибиотиков создало на всех уровнях организма опасную ситуацию, которую теперь очень трудно обратить или исправить.

3. Могли ли все развитые страны и некоторые страны, находящиеся в процессе развития, применять крайне мощные лекарственные средства крайне неблагоприятно? Могли ли помимо ситуаций, угрожающих жизни, когда ущерб был неизбежным злом, быть также другие случаи, когда эти мощные средства применялись неразборчиво? Свидетельства такой практики, как можно видеть из следующих цитат, ошеломляют:

«Когда врач прописывает больному лекарство, этот акт часто в большой степени определяется силами, не имеющими отношения к биохимическим свойствам лекарственного препарата. Это явление было названо «нефармакологической основой терапии».³⁵

Дальнейшую информацию на эту тему см. в литературе.³⁶⁻⁴³

«В 1968 г. специальная группа организации «Здоровье, образование и благосостояние» по лекарственным препаратам, отпускаемым по рецепту, разработала это определение и сделала вывод, что рациональное назначение лекарственных препаратов в соответствии с этим определением далеко не является универсальным в медицинской практике... «Я убеждён, — сказал д-р Ян Кох-Везер из Гарварда, — что недостаточное знание надлежащего терапевтического применения лекарственных препаратов является сегодня, возможно, самым крупным недостатком среднего американского врача».⁴⁴

«Исследования практики назначения лекарственных препаратов дают некоторое представление о том, насколько распространено неправильное применение лекарственных средств. Например, авторитетные специалисты считают восемь из 25 чаще всего прописывавшихся в США в 1976 г. антибиотиков фармакологически или терапевтически сомнительными (Кларр D.E., 1978; цитируется в Smith M.C., 1980)... Анализ более, чем 50 000 рецептов, выписанных в базовых больницах медицинских учебных заведений США, показал, что чаще, чем в 1 случае из 8, имеет место чрезмерное назначение лекарственных средств (избыточное количество лекарственных средств и/или чрезмерная частота приёма). Было также много неправильных комбинаций лекарственных препаратов (риск пониженного терапевтического эффекта или вредного взаимодействия лекарственных препаратов). (Maronde et al., 1971)... Перечень исследований, показывающих неадекватность практики, велик, и они не ограничены офисной практикой. Генделес (Hendeles, 1976) цитирует два обследования больниц, в ходе которых было обнаружено неправильное применение антибиотиков более, чем в 60 % случаев (Smith M.C., 1980). Более позднее исследование назначения лекарственных препаратов в шотландских больницах подкрепляет эти результаты: «У двух третей таких больных не было никаких надёжных бактериологических свидетельств необходимости антибиотика. Поскольку в 11 % случаев лечение антибиотиками было связано с нежелательными побочными действиями, был сделан вывод, что риск, связанный с терапией, был выше, чем ожидаемая польза» (Moir D., et al., 1979).⁴⁵

Ретроспективный анализ случайной выборки больных согласно категориям применения по Кунину показал, что в 64 % случаев тотальная антибиотиковая терапия не была показана или назначалась неправильно в смысле выбора лекарственных препаратов или дозировки.⁴⁶

«В 1972 г. у 50,5 % выписанных из больницы больных, которым давали антибиотики, при анализе на диаграмме не было обнаружено следов ни одной бактериальной культуры».⁸

Поразительные цифры производства тетрациклина несколько удивляют ввиду предупреждений относительно назначения тетрациклинов детям и младенцам.⁴⁷

- Недостаточное понимание многими врачами правильного применения антиинфекционных средств и их фармакологических свойств.
- Широкое применение антиинфекционных средств либо в условиях, когда заранее известно, что эти средства в них неэффективны, либо в условиях отсутствия существенных доказательств эффективности.
- Чрезмерно широкое и неправильное применение мощных антибиотиков или антибиотиков с широким спектром действия в случаях, когда было бы достаточно более простой, безопасной или дешёвой, либо безантибиотиковой терапии.
- Значительные пробелы в знаниях врачей о правильном использовании бактериологической лаборатории и интерпретации результатов.

Сочетаясь между собой, эти факторы наносят значительный вред, влекут большие потери и ставят серьёзные этические вопросы о продлении многих жизней, уже находящихся под серьёзной угрозой...»¹⁰

4. Могли ли лекарственные препараты назначаться людям без надлежащего тестирования отдалённых по времени последствий их действия?

Самые классические примеры отрицательных отдалённых по времени последствий действия лекарственных препаратов, которые, как предполагалось, прошли надлежащее тестирование, таковы:

- Талидомид, распространявшийся в 1950-х гг. в качестве транквилизатора и вызвавший генетический дефект, хорошо известный как фокомелия.
- Фенилбутазон — противовоспалительное лекарственное средство, вызывающее угнетение костного мозга. В 1983 г. замолчали тот факт, что этому лекарству приписывается 1 200 смертельных случаев. Согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), это лекарственное средство до сих пор используется, хотя в нём нет никакой явной необходимости.
- Индопрофен — противовоспалительное лекарственное средство, изъятое с рынка в 1985 г. из-за определённых указаний на канцерогенное действие этого лекарственного средства.

- Клийохинол — средство против поноса. Только в Японии было зарегистрировано 11 000 случаев инвалидности и 1 000 смертельных исходов. Главное отрицательное действие заключалось в том, что это средство вызывало синдром миело-оптической невропатии.
- Фенацетин — анагетик, вызывающий почечную едостаточность.⁴⁷

Проведённые Управлением продуктов питания и лекарственных средств США исследования вскрыли различные печальные аспекты того, что преподносилось как исследование: представление подробных отчётов и заявок на основе серии, состоящей **всего** из двух пациентов; заявления о чудесном излечении больных, которым даже не был поставлен правильный диагноз; использование компаниями-производителями лекарственных средств в качестве экспертов частных врачей, которые были рады — за определённую плату — подписать любое заключение, при условии, что кто-нибудь скажет им, что в нём написать. Как отметил один репортёр,

«Некоторые компании-производители лекарственных средств зашли настолько далеко, что планируют «клинический» эксперимент, пишут отчёт от имени врача-испытателя, а затем платят ему за использование его имени».⁴⁴

«За последние несколько лет сообщалось, что почти у ста молодых девушек, матерям которых давали стилбестрол для профилактики явно угрожающего самопроизвольного аборта, был обнаружен рак влагалища — обычно исключительно редкий тип злокачественности. Первое применение этого лекарственного средства для этой цели датируется 1946 г. В 1953 г. два контрольных испытания показали полное отсутствие эффективности. Однако директор Клинического центра Национального института здоровья засвидетельствовал, что в конце 1940-х, в 1950-х и 1960-х гг. тысячи беременных женщин подверглись лечению стилбестролом без свидетельств полезности.»⁴⁴

Расширенное применение лекарственных средств в последние десятилетия как для краткосрочного, так и для длительного лечения привело к соответствующему росту озабоченности тем, что они могут вызывать серьёзные заболевания (заболевания, которые могут угрожать жизни или иным образом вызывать значительную нетрудоспособность, инвалидность или и то, и другое).⁴⁸

Однако самый тревожный отчёт принадлежит Джону Брейтуэйту, который в своей хорошо подтверждённой исследованиями книге «Корпоративная преступность в фармацевтической промышленности» описывает неэтичный способ, которым тестировались некоторые лекарственные средства. На странице 51 он пишет:

«Д-р Лей, непосредственный преемник Годдарда во главе Управления продуктов питания и лекарственных средств США, рассказал на слушаниях в сенате США... об одной проверке на месте, в ходе которой был обнаружен помощник профессора медицины, который, по общему мнению, испытывал двадцать четыре лекарственных средства для девяти

разных компаний. Проверка показала, что «спонсору не сообщали о больных, умерших во время клинических испытаний». В качестве испытуемых числились мёртвые люди. Людей, которые числились испытуемыми, не было в больнице во время испытаний. На бланках согласия больных стояли даты, из которых следовало, что эти бланки были подписаны испытуемыми после их смерти». Он сообщает далее, что в исследованиях, проводившихся одной коммерческой фирмой по испытанию лекарственных средств, «больных, которые умирали, покидали больницу или отказывались от продолжения исследования, заменяли другими больными, не указывая это в записях. Сорок один больной, указанный в качестве участника исследований, был мёртв или отсутствовал в больнице во время исследования...»⁴⁹

Конечно, я не хочу сказать, что все фармацевтические компании следуют такой же неэтичной практике, но факт остаётся фактом, что последствия применения аллопатических лекарственных средств слишком часто трагичны или губительны для весьма большого числа людей. Ещё более зловещим является тот факт, что сегодня никто не может предсказать возможные тонкие отдалённые последствия воздействия химических лекарственных средств на человеческий организм. В указанных в списке литературы^{50, 54} медицинских журналах можно в изобилии найти дополнительную литературу, в которой описываются отрицательные симптомы или побочные действия. Несколько исследователей сообщали о внушающей тревогу невежестве врачей в отношении применения антибиотиков.^{55,56,57}

В течение последних пятнадцати лет я пытаюсь привлечь внимание медиков к этим действительно смертельным вопросам. Я выступал в разных университетах Америки и Европы — всегда в качестве гостя студентов-медиков. Я страстно говорил на эту тему на своих первых семинарах для врачей по всему миру, и, по-видимому, никто не спорит со мной о достоверности этих предположений. Относительно речи, которую я произнёс в Сан-Франциско в 1978 г., Ричард Гроссингер написал:

«Когда Витулкас выступал в больнице университета штата Калифорния в Сан-Франциско, медицинский персонал стоя приветствовал его пятиминутной овацией несмотря на то, что в своей лекции он опроверг всё, чего придерживается практикуемая в этом здании медицина».⁵⁸

По существу, большинство людей согласны с достоверностью этих заявлений, однако не происходит никаких изменений. Многие авторитеты делали в эти годы аналогичные предупреждения, но в образе мышления медиков не произошло никаких изменений. Возможно, сейчас нужно, чтобы медицинские центры рассмотрели эти мысли, исследовали эти вопросы и опубликовали свои собственные выводы. Уже есть достаточно научных доказательств в поддержку сделанных здесь заявлений. Однако если этим учреждениям нужны дополнительные исследования, они должны выполнить их быстро. Быстро приближается ураган болезней, и он никого не пощадит.

В конце этой книги я выдвигаю гипотезу, что ситуация со СПИДом сильно связана с **возникновением и лечением** венерических заболеваний.

Некоторые из моих идей на эту тему имеют отношение к обсуждаемому здесь вопросу.

Вначале мне и многим венерологам было очевидно, что «неспецифический уретрит» является не чем иным как продолжением гонорейной инфекции в более латентной и хронической форме. Часто повторяемые назначения антибиотиков ничем не облегчали состояние. Хотя казалось, что гонорея ослабевает, в действительности она под давлением антибиотиков трансформировалась в неспецифический уретрит или восходящие инфекции мочевых путей. Фактически, распространённость неспецифического уретрита среди населения приближается к масштабам эпидемии. По этому вопросу высказались несколько авторитетных специалистов.

Это так же очевидно проявляется в том, что имеет место «непрерывный ежегодный рост заболеваемости **негонококковым уретритом (НГУ)** в то время, когда в некоторых западных странах устанавливается контроль над гонореей», что подчёркивает «необходимость критического изучения эпидемиологии НГУ». ⁵⁹

«После гонококкового или негонококкового уретрита может следовать хронический простатит, который особенно часто встречается после последнего. Фактически, такой скрытый «простатит» почти неизменно сопровождает негонококковый уретрит. В отсутствие известной причины лечение является эмпирическим и часто неудовлетворительным». ⁶⁰

«Факт заключается в том, что мы не лечили инфекцию по-настоящему, а скорее «трансформировали» её в другую, более хроническую форму. Исследователи подтверждают тот факт, что «инфекция хронического уретрита может представлять конечную стадию не полностью вылеченного острого уретрита». ⁶¹

В то время как в предыдущие десятилетия проблема венерических заболеваний проявлялась преимущественно в форме сифилиса и гонореи, в нашем современном обществе эти две инфекционные болезни отошли на второй план. Вместо них в эпидемических масштабах появилась группа новых венерических болезней. К таким заболеваниям относятся неспецифические генитальные инфекции и инфекции мочевых путей, вызываемые, главным образом, *Chlamydia trachomatis*, *Candida albicans* (вызывает кандидоз), вирусом герпеса (простого и комплексного типа) и вирусами остроконечной кондиломы (см. рис. 1 и 2).

Посмотрев на эти два первых рисунка, можно прийти к определённым выводам:

1. Нам потребовалось несколько лет лечения антибиотиками, чтобы ясно увидеть отдалённые по времени побочные действия антибиотиков и крайне резкий рост заболеваемости неспецифическими генитальными инфекциями.
2. Несмотря на широкое применение антибиотиков широкого спектра действия, мы наблюдаем непрерывную заболеваемость гонореей и колоссальный рост заболеваемости неспецифическими генитальными инфекциями.

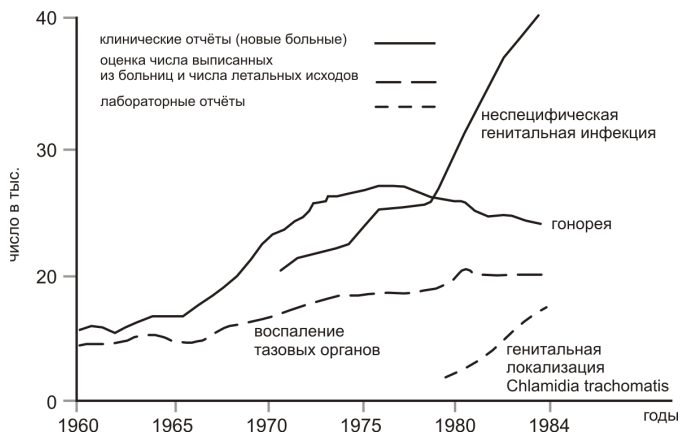


Рис. 1. Инфекции половых путей у женщин в Англии и Уэльсе (1960–1984 гг.). Epidemiology of Genital Chlamydial Infections; Infection-1982, 10 (Supp.): S33.



Рис. 2. Описанные случаи негонококкового уретрита и гонореи в Англии и Уэльсе (1951–1978 гг.). Sexually transmitted disease surveillance in Britain, 1984; British Medical Journal-1986, 293: 943.

3. Все считавшиеся вылеченными случаи заболевания гонореей проявляются теперь в виде хронических случаев неспецифических генитальных инфекций.

Здесь *Chlamydia trachomatis* «отвечает за примерно 50 % **неспецифических генитальных инфекций**» (хламидиальные инфекции являются, вероятно, самыми распространёнными венерическими болезнями).⁶²

«Управление продуктов питания и лекарственных средств США прямо заявляет, что хламидиальные инфекции «распространены в Соединённых Штатах больше, чем любая другая венерическая болезнь; их имеется по меньшей мере по три случая на каждые два случая гонореи»... Хламидией заражаются три миллиона американцев в год».⁶³

Таким образом, мы видим, что «неспецифические генитальные инфекции занимают первое место среди венерических болезней».^{5,6}

Согласно моей гипотезе, при лечении гонореи антибиотиками на самом деле всегда происходило следующее: с каждым повторным курсом лечения этими лекарственными средствами инфекция заталкивалась всё глубже в организм, и это приводило к хроническому воспалению предстательной железы или восходящим инфекциям мочевых путей и генитальным инфекциям. Достоверность этой гипотезе придадут следующие утверждения:

«Хронический простатит обычно развивается в результате инвазии бактерий из уретры»⁶³; «гонококковый простатит бывает только у мужчин, которые раньше болели гонококковым уретритом».⁶⁴

«Хронический небактериальный простатит встречается гораздо чаще, чем хронический бактериальный простатит. Это малопонятное состояние, которое плохо поддаётся лечению. Прежде чем получить направление на исследование простаты, многие больные проходят один или несколько курсов лечения антимикробными средствами. Этого (лечения) может быть достаточно для того, чтобы предотвратить появление культуры микроорганизмов, но не достаточно для **подавления** [выделение моё] симптомов или предотвращения предрасположенности к рецидивирующему неспецифическому уретриту».⁶⁵

Когда врачи говорят о подавлении симптомов, они не понимают, что их слова неизбежно означают, что, вероятнее всего, проявится другое состояние, представляющее этот симптом на более глубоком уровне. Медицинское образование ещё не заставило врачей осознать тот факт, что они должны рассматривать человека как целое, а не просто как совокупность частей. Таким образом, они не осознают, что подавляя симптом, на самом деле они могут наносить вред всему организму.

«Когда больные наблюдают в течение нескольких лет после бактериологического лечения, с повторными инфекциями уретры может быть связан как острый, так и хронический бактериальный простатит».⁶⁶

«Ранние наблюдения больных хроническим бактериальным простатитом обнаружили, что чувствительные бактерии сохранялись в жидкости простаты несмотря на то, что содержание в сыворотке крови бактерицидных лекарственных средств далеко превышало минимальную

концентрацию, обладающую блокирующим действием по отношению к инфицирующему организму». ⁶⁷ Это значит, что патогенные организмы сохраняются в жидкости простаты несмотря на огромные дозы антибиотиков. ⁶⁸

Таким образом, мы видим, что когда развитие гонорейного уретрита прерывалось антибиотиками, появлялся неспецифический уретрит, простатит или какая-нибудь генитальная инфекция.

Поэтому я не удивился, когда в 1981 г. был обнаружен новый вирус, встречавшийся преимущественно у мужчин-гомосексуалистов, имевших беспорядочные половые связи. Общий знаменатель между моей теорией и открытием этого вируса состоит в том, что в этой группе весьма часто встречаются инфекции сифилиса и гонореи, и их лечат антибиотиками. Многие из этих гомосексуалистов также применяют антибиотики профилактически перед случайными половыми контактами, увеличивая тем самым применение антибиотиков в своей среде в 50–100 раз по сравнению с остальной частью населения.

- Может ли поэтому лечение этими лекарственными средствами в сочетании с особой нагрузкой на организм, создаваемой венерической болезнью, привести к истощению иммунной системы, которое делает возможным развитие «нового вируса»?
- Мог ли этот «дефицит» быть «приобретён» преимущественно вследствие предшествовавшего лечения антибиотиками?
- Как может ранее сильная иммунная система молодых мужчин-гомосексуалистов быть разрушена за несколько лет после начала гомосексуальной практики?
- Можем ли мы обвинить в появлении СПИДа мужской гомосексуализм? Этот вопрос задавался и изучался очень серьёзными исследователями.

Вот вопросы, на которые я попытаюсь ответить в следующих главах. Но я хотел бы повторить, что прежде, чем читатель сможет полностью понять мою теорию СПИДа, он должен прочитать всю книгу, чтобы оценить все элементы моей аргументации.

Идеи, которые я выдвигаю в этой *Модели*, являются не теоретическими фантазиями моего воображения, а принципами, которые сформулированы на основе 28 лет опыта и наблюдения в ходе лечения более, чем 150 000 больных с разнообразными заболеваниями. Общий контроль и наблюдение за таким большим числом больных был возможен благодаря тому, что я был директором большой клиники в Афинах, в Греции, где тридцать врачей практически применяли альтернативную терапевтическую дисциплину.

Важно также, чтобы читатель не упускал из виду поставленные этой *Моделью* цели:

1. Сформулировать основные законы и принципы, управляющие человеческим телом в состоянии здоровья и болезни.
2. Объяснить причину или причины современного ухудшения состояния здоровья человеческой расы.

3. Помочь читателю решить, как лучше всего лечить болезни людей.
4. Помочь читателю понять, что нарушая существующие законы природы, надо нести ответственность за последствия.

Я хотел бы повторить, что не виню и не возлагаю ответственность за текущее состояние связанных с нашим «здоровьем» дел на отдельных учёных, корпорации, фармацевтические компании, университеты или правительства. Я верю, что все, кто занимается вопросами здоровья, серьёзно и добросовестно работают в соответствии со своим пониманием и способностями над тем, чтобы предложить наилучшую медицинскую помощь, которую они считают возможной. Однако я также считаю, что большинство из них попали в порочный круг «очевидных истин», возникших в результате постановки неправильных вопросов и упорного поиска ускользающих ответов. Конечным итогом был хаос. В целом, я убеждён, что в медицинских исследованиях был взят ложный курс.

В исследовательских лабораториях обычно задают такой вопрос: «Можем ли мы найти химическое или биологическое вещество, которое устранил патогенный фактор?»

Возможно, это звучит парадоксально, но это **неправильный вопрос**. Этот и другие неправильно поставленные вопросы увели исследовательскую работу в сторону. Эта работа направлена на поиск средств, которые могли бы «убить» вирусы, бактерии или грибки. В действительности же после введения химического вещества в организм оно уничтожает не только вредные бактерии, но и другие полезные микроорганизмы, которые абсолютно необходимы для поддержания гомеостаза тела.

Возможно, правильные вопросы таковы:

1. Прежде всего, почему организм позволяет развиться состоянию болезни?
2. Как лучше всего можно поддержать естественные защитные механизмы тела, чтобы оно могло избавиться от болезни?
3. Есть ли какой-нибудь способ восстановить здоровье, кроме как убить патогенные факторы химическими лекарственными средствами?

Я считаю **жизненно важным**, чтобы те, кто занимается медицинскими исследованиями, задавали эти вопросы с самого начала, но никто до сих пор, по-видимому, об этом не думал.

Никто не отрицает тот факт, что до сих пор исследования проводились целостным образом и с наилучшими намерениями. Не желая принизить их целостность или хорошие намерения, я считаю, однако, что мне пора изложить свои доказательства и предложить свои наблюдения за естественными принципами, управляющими здоровьем и болезнью.

Из-за «научной» подготовки в прошлом, эти новые содержащиеся в *Новой модели здоровья и болезни* идеи могут сначала показаться читателю абстрактными, новаторскими и, возможно, чуждыми. Однако

поскольку мы имеем дело с новым материалом и идеями, я прошу читателя проявить терпение и не выносить суждения до тех пор, пока он не прочитает весь трактат.

Я хотел бы также с самого начала заявить, что этот тезис о **новой Модели здоровья и болезни** представляет собой лишь гипотезу, попытку дать представление о том, как функционирует человек во время здоровья и болезни, и понять строение человека на всех уровнях его существования. Главные усилия будут направлены на то, чтобы дать теоретическую *Модель*, которая объяснит «проявление» болезни и колоссальный рост хронических дегенеративных болезней в наше время. Я чувствую себя также обязанным сказать, что задача, за которую я взялся, чрезвычайно трудна и крайне сложна, так что моя попытка ни в коем случае не является полной или окончательной. Я только предлагаю направление, в котором должно развиваться медицинское мышление, чтобы освободиться от порочного круга, в котором оно погрязло ныне.

Литература

1. MCKINLAY JB, MCKINLAY SM: The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem Fund Q* 1977 55: 405–428
2. *World Health Statistics Annual*, 1983
3. *World Health Statistics Annual*, 1985
4. *World Health Statistics Annual*, 1986
5. Communicable Disease Surveillance Centre: Sexually transmitted diseases surveillance in Britain: 1983. *Brit Med J* 1985; 291: 528–529
6. Communicable Disease Surveillance Centre: Sexually transmitted diseases surveillance in Britain: 1984. *Brit Med J* 1986; 293: 942–943
7. GOLDBERG PK, KOZZIN PJ, WISE GJ, NOURI N, BROOKS KB: Incidence and significance of candiduria. *JAMA* 1979; 241: 582–584
8. Commentary: This is medical progress? *JAMA* 1974; 227:1023–1028
9. FINKEL MJ: Magnitude of antibiotic use. *Ann Int Med* 1978; 89 (part 2):791–792
10. SIMMONS, HE: An overview of public policy and infectious diseases. *AM Int Med* 1978; 89 (part 2): 821–825
11. PIZZO PA, YOUNG LS: Limitations of current antimicrobial therapy in the immunosuppressed host: looking at both sides of the coin. *Artier J Med* 1984; 101–107
12. MUNSTER AM, BOYD LOADHOLT C, LEARY AG, BARNES MA: The effect of antibiotics on cell-mediated immunity. *Surgery* 1977; 81: 692–695
13. WEISERGER AS, DANIEL TM, HOFFMAN A: Suppression of antibody synthesis and prolongation of homograft survival by chloramphenicol. *J Exp Med* 1964; 120:183
14. MAUSER WE, REMINGTON JS: Effect of antibiotics on the immune response. *Amer J Med* 1982; 72: 711–716
15. GHILCHIK MW, MORRIS AS, REEVES DS: Immunosuppressive powers of the antimicrobial agent trimethoprim. *Nature* 1970; 227: 393–394
16. GAYLARDE PM, SARCANY I: Suppression of thymidine uptake of human lymphocytes by co-trimoxazole. *Br Med J* 1978; 3:144–146
17. MUNSTER AM, LOADHOLT CB, LEARY AG, BARNES MA: The effect of antibiotic on cell-mediated immunity. *Surgery* 1977; 81: 692–695

18. WEINSTEIN L, MUSHER DM: Antibiotic induced superinfection. *J Infect Dis* 1969;119: 662–665
19. STOLLERMAN GH: Trends in bacterial virulence and antibiotic susceptibility: streptococci, pneumococci and gonococci. *Ann Int Med* 1978; 89 (part 2): 746–748
20. WHITEHEAD JEM: Bacterial resistance: changing patterns of some common pathogens. *Brit Med J* 1973; 2: 224–228
21. BENVISTE R, DAVIES J: Mechanisms of antibiotic resistance in bacteria. *Ann Rev Biochem* 1973; 42: 471
22. HUMMEL RP et al: Antibiotic resistance transfer from nonpathogenic to pathogenic bacteria. *Surgery* 1977; 82,3: 382–385
23. SANDERS CC, SANDERS WE: Microbial resistance to newer generation B-lactam antibiotics: clinical and laboratory implications. *J Infect Dis* 1985; 151,3: 399–404
24. LACEY RW: Antibiotic resistance in *Staphylococcus Aureus* and *Streptococci*. *Brit Med Bull* 1984; 40,1: 77–83
25. PLATT DJ: Prevalence of multiple antibiotic resistance in *Neisseria Gonorrhoeae*. *Brit J Vener Dis* 1976; 52: 384–386
26. HALEY RW et al: The emergence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in United States Hospitals. *Ann Int Med* 1982; 97, 3: 297–303
27. SAUNDERS JR: Genetics and evolution of antibiotic resistance. *Brit Med Bull* 1984; 40:1
28. McCABE WR, JACKSON GG: Gram-negative bacteremia: Etiology and Ecology. *Arch Int Med* 1962;110: 847–855
29. EISENSTEIN BI, SOX T, BISWAS G, BLACKMAN E, SRARLING PF: Conjugal transfer of the gonococcal penicillinase plasmid. *Science* 1977;195:998–1000
30. KORFHAGEN TR, LOPER JC, FERREL JA: *Pseudomonas aeruginosa* R factors determining gentamicin plus carbenicillin resistance from patients with urinary tract colonizations. *Antimicrob Agents Chemother* 1974; 6: 492
31. MINSHEW BH, HOLMES RK, SANFORD JP: Transferable resistance to tobramycin in *Klebsiella pneumoniae* and *enterobacter cloacae* associated with enzymatic acetylation of tobramycin. *Antimicrob Agents Chemother* 1974; 6: 492
32. LACEY RW, CHOPRA I: Genetic studies on a multi-resistant strain of *staphylococcus aureus*. *J Med Microbiol* 1974; 7: 285–297
33. ANDRESON ES: The ecology of transferable drug resistance in the enterobacteria. *Ann Rev Microbiol* 1968; 22:131–180
34. PANIKERN CK, VIMALA KN: Transferable chloramphenicol resistance in *Salmonella typhi*. *Nature* 1972; 239:109–112
35. AVORN J, CHEN M, HARTLEY R: Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Amer J Med* 1982; 73: 4–8
36. MAZZULLO J: The non pharmacological basis of therapeutics. *Can Pharmacol Ther* 1972;13:157–158
37. STOLLEY PD, LASAGNA L: Prescribing patterns of physicians. *J Chronic Dis* 1969; 22: 395–405
38. MILLER RR: Prescribing habits of physicians. *Drug Intell Clin Pharm* 1974; 8: 85
39. HEMMINKI E: Review of literature on the factors affecting drug prescribing. *Soc Sci Med* 1975; 9: 111–115
40. CLUFF L: The prescribing habits of physicians. *Hosp Pract* 1967; 101–104
41. LIEFF J, AVORN JL, CADDELL W, et al: Attitudes of the medical profession toward drug abuse. *Amer J Pubic Health* 1973; 63:1035- 1039

42. AVORN J, SOUMERAI S: De-marketing strategies in prescription drug use. *Ann World Assn Med Informatics* 1981; 1:13–19
43. AVORN J, SOUMERAI S: Use of computer-based Medicaid drug data to analyze and correct inappropriate medication use. *J Med Syst*
44. SILVERMAN M, LEE PR: *Pills, Profits and Politics*. University of California Press, 1974
45. MEDEWAR CHARLES: *The Wrong Kind of Medicine?* Consumers' Association and Hodder & Stoughton, 1984
46. CASTLE RN, et al: Antibiotic use at Duke University Medical Center. *JAMA* 1977; 237: 2819–2822
47. PAPADOPOULOS JST: Unpublished data
48. JICK H: The discovery of drug-induced illness. *N Engl J Med* 1977; 296:481–485
49. BRAITHWAITE J: *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*. London: Kentledge & Kegan Paul, 1984
50. WALLERSTEIN RO, CONDIT PK, RASPER CK, et al: Statewide study of chloramphenicol therapy and fatal aplastic anemia. *JAMA* 1969; 208: 2045–2050
51. HERBST AL, ULFELDER H, POSKANZER DC: Adenocarcinoma of the vagina: association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women. *N Engl J Med* 1971; 284: 878–881
52. SMITH DC, PRENTICE R, THOMSON DJ: Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *N Engl J Med* 1975; 293:1164–1167
53. Boston Collaborative Drug Surveillance Program: Oral contraceptives and venous thromboembolic disease, surgically confirmed gallbladder disease, and breast tumours.
54. GOODMAN and GILLMAN: *The Pharmaceutical Basis of Therapeutics*. 5th ed. 1985 55.
55. NEU HC, HOWREY SP: Testing the physician's knowledge of antibiotic use. *N Engl J Med* 1975; 293: 1291–1295
56. STOLLEY PD, BECKER MH, McEVELLA JD, et al: Drug prescribing and use in an American community. *Ann Int Med* 1972; 76: 537–540
57. ROBERTS AW, VISCONTI JA: The rational and irrational use of systemic antimicrobial drugs. *Amer J Hasp Pharm* 1972 ; 29; 828–834
58. GROSSINGER R: *Planet Medicine*. Berkeley: North Atlantic Books, 1990:242
59. GAMBELL and HARRISON: *Urology*, Vol 1. 538–549
60. Editorial: Chronic prostatitis. *Brit Med J* 1972; July 1: 1–2
61. SMITH OR: *Genera*; *Urology*. 170–173
62. ARYAOP, MALLINSONH, GODDARD AD: Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *Brit J Vener Dis* 1981; 57:118–124
63. GUNBY P: Chlamydial infections probably most prevalent of STDs. *Arch Int Med* 1983; 143:1665
64. MEARES E: Etiology of prostatitis. *Urology (supplement)* 1984; 24 : 4–5
65. THIN RN, SUMMONS PD: Review of results of four regimens for treatment of chronic non-bacterial prostatitis. *Brit J Urology* 1983; 55: 519–521
66. STAMEY TA: Prostatitis. *J Royal Soc Med* 1981; 74: 22–33
67. SCHAEFFER AJ: Pharmacokinetics of antibiotics used in treatment of prostatitis. *Urology (supplement)* 1984; 24: 8–9
66. GOLDFARB M: Clinical efficacy of antibiotics in treatment of prostatitis. *Urology (supplement)* 1984:24:12–13

Глава 1.

Потребность в модели

«Мифы о Гигиее и Асклепии символизируют никогда не прекращающиеся колебания между двумя разными точками зрения в медицине. Для поклонников Гигиены здоровье есть естественный порядок вещей, положительный атрибут, на который человек имеет право, если мудро распоряжается своей жизнью. Согласно им, самая важная функция медицины — открыть естественные законы, которые обеспечат здоровый дух в здоровом теле, и научить им. Последователи Асклепия, которые более скептически или лучше знают жизнь, считают, что главная роль врача состоит в том, чтобы лечить болезнь, восстановить здоровье путём исправления всех несовершенств, вызванных родовыми травмами или травмами жизни».

Рене Дюбо¹

Насколько я знаю, никто в медицинском мире не предпринял ни одной серьёзной попытки исчерпывающим образом изложить теоретическую модель человеческого тела и того, как оно функционирует в состоянии здоровья и болезни. Возможно, причина в том, что человек так бесконечно тонок и сложен по своему строению и способу функционирования, что любая попытка дать полную модель будет не только разочаровывающей, но и почти невозможной. Если учесть тот факт, что организм в целом представляет собой нечто большее, чем просто совокупность своих клеток, тканей и органов, перед нами возникает масса неопределённостей. Кажущиеся бессчётными и неопределимыми переменные такой системы, кажется, сорвут все наши попытки достичь полного понимания. Однако традиционная медицина всегда притворялась или, по крайней мере, создавала впечатление для внешнего мира, что она всегда действует исходя из полного знания человеческого организма.

Именно по этой причине Генри Симмонс иронически заметил: «Мы, врачи, были экспертами. Публика мало что могла сделать или не испытывала особой нужды участвовать в установлении медицинских приоритетов или принятии медицинских решений; мы заботились о её интересах; мы знали, что для неё лучше всего».²

Медицина в том виде, в котором она практикуется сегодня, основана более на вере, чем на знании, как точно выражается Мендельсон в своей книге «Признания медицинского еретика»: «Можно легко испытать современную медицинскую религию... просто спросив своего доктора: «Почему?»... Просто достаточно часто спрашивайте, почему, и рано или поздно Вы столкнётесь с Непримирым Противоречием Веры. Ваш доктор спрячется за стандартный ответ, что Вы никак не можете... понять все чудеса, которые есть в его распоряжении. Просто верьте «ему»!³

Другие авторы, которые были достаточно чувствительны, чтобы понять реальную ситуацию, сделали аналогичные замечания:

- «Больной... рассматривается как пассивный объект вмешательства, желательно без помех или сопротивления, поскольку доктору лучше знать» (Blum, 1960; Hayes-Bautista and Harveston, 1977).⁴
- «Больной рассматривается как отказавший механизм, и работа клиники или больницы заключается в том, чтобы „классифицировать, ограничить и сделать неподвижным“ больного».⁵

В действительности, в «обоснование» своих сомнительных методов традиционная медицина предлагала некоторые грубые модели, явно построенные *a posteriori*, чтобы оправдать применяемые в повседневной терапии эмпирические методы. Эти модели выдавались за наивысший расцвет научного знания.

Ниже следует краткий обзор моделей, которыми пользовалась медицина до сих пор.

С восемнадцатого века в научном методе доминировал механистический способ мышления, который привёл к механическому подходу ко всей проблеме здоровья и болезни. Отделённое от остального организма тело считали машиной, и вследствие такой концепции, любой дисбаланс в этой машине считался результатом действия одного причинного фактора; например, бактерии одного типа вызывают одну из инфекционных болезней. Эта теория называлась моделью Коха.⁶

Когда эта теория оказалась довольно поверхностной, учёные-медики сформулировали новую, которая стремилась объяснить болезнь как результат дефекта в работе клеточного или молекулярного механизма. Считалось, что этот дефект вызывается внешним фактором или сбоем во внутреннем механизме клетки или структуре молекулы. Эта теория была известна как функциональная модель и приписывалась Вирхову.^{6,7}

Позже была разработана «диагностическая модель» болезни. Эта модель утверждала, что болезнь является совокупностью симптомов, и если более или менее знать этиологию и патогенез, то лечение будет рациональным и специфичным. Этот подход контрастировал с более поздним знанием, когда были признаны множественные подформы каждой отдельной болезни.⁶

Появилась ещё одна модель — «лечебная», основанная, главным образом, на лечении инфекционных болезней и витаминной недостаточности.⁶

Ближе к нашему времени современными мыслителями Вайнером и Энгелем были предложены ещё две модели. Модель, построенная Вайнером, сложнее своих предшественниц: в расчёт принимаются социальные, культурные и поведенческие факторы. Другая модель, предложенная Г. Л. Энгелем, носит ещё более исчерпывающий характер. В своём трактате «Потребность в новой медицинской модели: вызов биомедицине» он приводит аргументы в пользу новой модели медицины, утверждая, что она необходима, «чтобы создать основу для понимания определяющих факторов болезни и найти рациональные способы лечения и схемы

организации здравоохранения; медицинская модель должна также учитывать больного, социальный контекст, в котором он живёт, и дополнительную по отношению к нему систему, созданную обществом».⁸

Все эти модели выглядят весьма упрощёнными, непрактичными и неадекватными по своему пониманию и сфере охвата, особенно когда здоровье и болезнь рассматриваются с более широкой точки зрения. Почти все они кажутся следствием попыток оправдать «модные» медицинские методы, а не постулировать *a priori* теоретическое основание, на которое могли бы опереться медицинская мысль и практика. Кроме того, до сих пор не решена проблема определения здоровья и болезни, и причиной тому, возможно, та механическая и чрезмерно упрощённая концепция, которая лежит в основе этих подходов. Поэтому решающее значение приобретает сегодня потребность в новой теоретической Модели, подробно описывающей сложную и запутанную природу человека.

Литература

1. DUBOS R: Mirage of Health. New York: Harper & Row, 1971
2. SIMMONS H: An Overview of Public Policy and Infectious Diseases. Ann Int Med 1978; 89 (part 2): 821–825
3. MENDELSON RS: Confessions of a Medical Heretic. Warner Books, 1979; 17
4. PELLETIER K: Holistic Medicine: From Stress to Optimum Health. Delta/Seymour Lawrence ed., 1981
5. CARLSON RJ: The End of Medicine. New York: Wiley, 1975
6. WEINER H: The illusion of simplicity: The Medical Model Revisited. Amer J Psychiatry, July 1978; Supplement: 135
7. VIRCHOW R: Cellular Pathology. Translated by Frank Chance. Ann Arbor, MI: Edwards Brothers, 1940
8. ENGEL GL: The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, April 8, 1977; 196 (4286): 129–136

Глава 2.

Ситуация в медицине на данный момент

Медицинская деятельность разбивается на три отдельных ветви, между которыми явно отсутствует реальное общение и обратная связь.

Эти три отдельные ветви таковы:

1. Повседневная медицина, применяемая в больничной и общей практике.
2. Учебные центры, университеты и аспирантуры.
3. Исследовательские центры.

Из всех этих трёх ветвей ядро аллопатической медицины образуют, по-видимому, исследовательские центры. Публика возлагает большие надежды на эти центры. Напряжение современной жизни поощряет быстрое излечение и скорое устранение симптомов.

Учебные центры, напротив, кажутся парализованными. Они не смогли предложить каких-либо собственных значительных новаций в медицинской мысли и отказались также принять какие-либо новые концепции, предложенные альтернативным движением в области здравоохранения, заклеивив альтернативные идеи как слишком теоретические или абстрактные для практического применения.

Аналогично, врачи-практики пали жертвами инерции. Несмотря на обескураживающее число летальных исходов лечения в клинической медицине, они редко выражают своё недовольство неэффективностью многих лекарственных средств, предлагаемых исследовательскими центрами. Из-за того, что они не выражают свои жалобы, воздерживаются от нарушения установившегося социально-медицинского порядка, не возник имеющий решающее значение механизм обратной связи между этими тремя ветвями, который мог бы предотвратить современное положение, и, таким образом, утвердилось господство медицинских исследований.

Исследовательские учреждения стали ведущими медицинскими авторитетами, и их результаты рассматриваются как абсолютные и окончательные. Вера системы в их «открытия» так велика, что в некоторых случаях, когда врачи отказываются следовать предписанной схеме лечения, над ними нависает угроза потери лицензии. Осмелится ли сегодня какой-нибудь врач не назначить химиотерапию раковым больным? Однако ясно, что спустя некоторое время это лечение выйдет из моды и, возможно, будет запрещено. Никто никогда не жаловался на такие противоречия, хотя они причиняют человечеству столько боли и страданий.

Традиционная медицина вливает в эти центры миллионы долларов, тонны обожания и очень мало критицизма. Те немногие просвещённые, кто поднимает свои голоса, протестуя против различных методов, рискуют подвергнуться ostracismu со стороны того же самого консервативного и «закрытого» медицинского общества, к которому сами принадлежат.

Между тем, в исследовательских центрах идёт сумасшедшая гонка. Оппоненты, которых надо побить, — время и патологические факторы. Эта задача весьма трудна, так как патогенные микроорганизмы так инвазивны и неуловимы, что ни один серьёзный исследователь не осмелится давать какие-либо обещания или прогнозы. На самом деле в своих исследовательских центрах они хаотически, без каких-либо направляющих принципов тестируют различные лекарственные средства, которые могут убить или удалить патогенный микроорганизм. Самые важные открытия лекарственных средств, которые были сочтены действительно оригинальными, были сделаны случайно, например, открытие пеницилина, аспирина и т. п.

Это значит, что весь процесс разработки терапевтического средства не основан на каком-либо индуктивном процессе, определяемом лежащими в его основе законами и принципами, а базируется почти исключительно на опыте одного человека, который наблюдал определённые явления в лаборатории. В то время как в любой другой научной области исследователи основываются на установленных законах и принципах, а затем стремятся проверить эти принципы в организованном порядке, многие медицинские исследования ведутся хаотическим, неопределённым и случайным образом. Таким образом, медицину правильнее считать эмпирической, а не научной дисциплиной.

Такая критика может показаться предубеждённой или несправедливой, но тем не менее, факт остаётся фактом, что большинство значительных терапевтических успехов в медицине обязаны своим появлением случайным находкам во время исследований. Новые лекарственные средства выпускаются и становятся новым модным лечением в результате того, что в отдельных исследованиях были обнаружены признаки их пригодности. Эти результаты не обязаны подчиняться никаким законам природы.

Фактически, игнорируя такие законы, отдельный исследователь может легко переступить их не испытывая чувства вины или страха наказания. Наказание часто наступает много позже, и его требует больная, который должен переносить последствия действия нового лекарства.

В книге Силвермана *«Пилули, прибыли и политика»* можно найти проливающий свет на ситуацию пассаж из свидетельских показаний сенатскому комитету д-ра Дэйла Консоула, бывшего директора по научно-исследовательской работе в крупной фармацевтической компании. Он говорит:

«Относительно многих из этих продуктов уже в процессе их разработки ясно, что они не обещают никакой пользы. Они обещают продажи. Вопрос не стоит так, что их разработку надо доводить до конца потому, что из этого может что-нибудь выйти... Они доводятся до кондиции просто потому, что могут принести прибыль... Поскольку столь многое зависит от новизны, лекарственные средства меняются, как женские украшения, и быстрое устаревание является просто признаком движения, а не прогресса. При некотором везении, правильном выборе момента и хорошей программе продвижения на рынок любой мешок ферулы вонючей

с единственной химической боковой цепью можно заставить выглядеть, как чудо-лекарство. Эта иллюзия может не сохраниться, но часто она длится достаточно долго. К тому времени, когда доктор узнает то, что компания знала с самого начала, компания будет иметь два новых продукта для замены одного старого... Фармацевтическая промышленность уникальна в том отношении, что может преподнести эксплуатацию как благородную цель».¹

Обычно происходило так, что предположения исследователя относительно лекарственного препарата оставались в силе только до тех пор, пока не обнаруживалось, что либо это лекарство является настоящей катастрофой, либо что в долгосрочной перспективе его побочные действия хуже, чем та болезнь, для лечения которой оно предназначалось первоначально.

«Только в Соединённых Штатах примерно 1 500 000 из 30 000 000 ежегодно госпитализируемых пациентов госпитализируются из-за отрицательной реакции на лекарства. В некоторых больницах до 20 % пациентов госпитализируется из-за болезней, вызванных лекарствами, а в течение года с 1 июля 1965 г. в Главном военном госпитале Монреаля 25 % смертельных исходов среди военнослужащих медицинской службы произошли в результате отрицательной реакции на лекарства.»²

«По меньшей мере двое из каждых пяти пациентов, получающих лекарства от своих докторов, страдают от побочных действий»^{3,4} и «одна из каждых двенадцати госпитализаций обусловлена побочными действиями лечения».

Я не отрицаю, что все эти «сумасшедшие» исследования дали нам интересное представление о том, как функционирует человеческое тело, но они не привели к созданию ни совершенно безопасного лекарства, ни лекарства, которое могло бы лечить без побочных действий.

Причина, по которой традиционная медицина оказалась в таком слабом положении, если не в опасности, — тот факт, что её главные исследования никогда не основывались на каких бы то ни было признанных законах природы или принципах, управляющих здоровьем и болезнью. Потребность в выявлении таких законов или принципов становится сегодня всё более и более важной. Все науки основаны на законах природы, и никто не может позволить себе их игнорировать, а менее всех — **современная «научная» медицина.**

Литература

1. SILVERMAN M, LEE PR: Pills, Profits & Politics. University of California Press, 1974
2. MARTIN EW et al: Hazards of Medication. Toronto: J. B. Lippincott Co., 1971
3. MARTY CR: British Medical Journal, 10 November 1979; 6199:1194
4. WEITZ M: Health Shock: A Guide to Ineffective and Hazardous Medical Treatment. Rome and London: Butler & Tammer Ltd., 1980
5. OWEN D: In Sickness and In Health. London: Quartet, 1976

Глава 3.

Предварительные идеи

Прежде чем изложить предлагаемую мной *Модель здоровья и болезни*, возможно, следует пояснить некоторые основные идеи, разбиваемые в данном трактате. Поэтому я с самого начала заявляю, что в данной *Модели состояния здоровья и болезни* считаются **сложно взаимосвязанными, а от нашей старой концепции болезни как отдельного и отчётливо выраженного состояния следует полностью отказаться.**

На эту идею намекают профессора Ману Котхари и Лоп Мехта, которые пишут: «Медицина не смогла определить, что составляет норму, будь то содержание сахара в крови или кровяное давление... различие между «нормальным» и «аномальным» — это не различие между чёрным и белым, а различие между оттенками серого без какой бы то ни было раздельной черты.»¹

Тун пишет в «Журнале медицинской этики» за декабрь 1981 г.: «Использование терминов «болезнь» и «болезни» стало подвергаться в последние годы внимательному изучению... Медицина оставляет идею «конкретных болезней, вызываемых конкретными факторами», если, конечно, она её когда-либо придерживалась.»

Как утверждает также Романо, «здоровье и болезнь не являются статическими сущностями, а представляют собой этапы жизни...»²

Исходя из такого понимания, можно говорить о «дифференциальных состояниях здоровья», а не отчётливо выраженных, отдельных состояниях здоровья и болезни. Здесь имеется в виду, что в промежутке от состояния абсолютного здоровья до состояния, близкого к смерти, имеются многочисленные модификации или подсостояния здоровья, которые в определённые моменты времени выражаются в конкретной патологии с определённой симптоматологией. Все мы договорились обозначать эти патологические состояния определённым именем, и так была создана номенклатура медицины. Врачи не согласятся с тем, что человек страдает от какого-либо конкретного заболевания, если не обнаружат конкретной симптоматологии, которая соответствует их системе номенклатуры.

Что никогда не учитывалось, так это то, что прежде, чем пациент достигнет определённого патологического состояния, соответствующего имеющемуся названию болезни, он пройдёт через необъяснимые состояния дискомфорта или плохого здоровья, состоящие из нескольких неопределённых симптомов, от которых доктора не могут назначить подходящие лекарства. Они могут назначить курс лечения только если эти состояния были ранее записаны и описаны в медицинской литературе как отчётливо выраженные патологические сущности.

В случае хронического заболевания проблема в том, что после того, как пациент достигает такого развитого патологического состояния, обычно нет никакой возможности излечения; его страдания можно облегчить,

но в значительной степени он должен научиться жить с этой болезнью. В действительности пациент довольного долго находится в состоянии неравновесия, прежде чем у него проявится макроскопическая патология, которую мы называем болезнью. Именно то, что доктора не смогли включить ранние состояния неравновесия в рамки своего понимания болезни, помешало медицине осуществить эффективное профилактическое лечение.

Модель также предполагает, что есть «идеальное» состояние здоровья (недостижимое в реальности), а также что все люди находятся внутри «континуума», где в любое заданное время они находятся в «относительном» состоянии здоровья.

В *Модели* не будут изучаться анатомическое строение и физиология человека. Это было уже достаточно широко проделано, хотя многое всё ещё нужно узнать. Скорее в ней будет изучаться сложная динамическая структура и взаимодействие **взаимосвязанных энергетических полей и типов организации**. Эта *Модель* сильно опирается на то, что сказал о всей материи Эйнштейн: «Мы можем поэтому считать, что материя состоит из областей пространства, в которых поле крайне интенсивно... в физике этого нового типа нет места ни полю, ни материи, так как единственной реальностью является поле.»³

Модель учитывает также **индивидуальность и уникальность** человека, а также его индивидуализированную реакцию на стимулы. Отпечатки пальцев человека принадлежат «ему» и только ему — это его метка, его печать-идентификатор. Мы знаем, что отпечатки пальцев являются особыми генетическими комбинациями, уникальными в каждом случае. Те же отпечатки пальцев, которые идентифицируют человека как г-на Джона Доу на физическом уровне, имеют свои аналоги на эмоциональном и интеллектуальном уровнях.

Если бы кто-нибудь мог объективно наблюдать человечество, то все люди выглядели бы одинаково. Традиционная медицина обычно лечит всех людей одинаково, будто они — идентичные машины с идентичным дефектом, который требует идентичных мер. Вся эта концепция агрессивно продвигалась и распространялась как последнее научное достижение. В медицине должен был бы возникнуть вопрос: «Можем ли мы позволить себе игнорировать в лечении больных принцип индивидуализации?» Но Вайнер утверждает: «Люди бесконечно изменчивы; психологический полиморфизм безграничен, так что людям нельзя присвоить точные ярлыки. Диагноз бесплоден, классификация трудна.»⁴

Даже сегодня тенденция исследовательских лабораторий состоит в том, чтобы найти лекарство для излечения рака, СПИДа, эпилепсии и т.д., но никогда не для излечения «человека, который более раком, СПИДом или эпилепсией.»

До сих пор не понято, что одного человека, больного раком, **можно** вылечить, а другого с раком того же типа — нельзя; одного человека, больного эпилепсией, можно успешно лечить, а другого нельзя; и я даже осмелюсь сказать, что одного больного СПИДом можно вылечить,

а другого нельзя. В медицинской литературе были описаны случаи спонтанного излечения от всех болезней, даже самых тяжёлых, и миллионы случаев излечения имели место вне традиционной медицины в результате альтернативных методов лечения.⁵²¹

Для того чтобы объяснить определённые факты о вирусе СПИДа, надо задать некоторые ключевые вопросы. Почему некоторые люди несмотря на контакт с вирусом, даже не становятся его носителями, а другие, являющиеся носителями, никогда не заболевают СПИДом? Почему некоторые люди получают вирус и сдают его за короткое время, а другие уступают ему значительно позже?

Простой пример на эту тему касается вируса гепатита В. Есть миллионы носителей вируса гепатита В. Тем не менее, большинство этих людей остаются носителями и не заболевают ни одной из множества связанных с ним болезней. У других может возникнуть любая из следующих болезней: острый гепатит, хронический гепатит, иммунологические расстройства или недостаточность, цирроз печени или первичная карцинома печени.

Традиционная медицина никогда не считала «конституцию» больного предметом терапевтического интереса. Есть множество случаев, показывающих, как лекарства, назначенные чувствительным пациентам без учёта этой чувствительности, приводили к разрушительным последствиям для пациента. Вот некоторые из этих побочных действий, выбранные случайным образом из текущих медицинских журналов²²:

- последующая субкапсулярная катаракта у детей, которых лечили стероидами;
- слепота от глазных капель, содержащих бетаметазон;
- отравление борной кислотой;
- эритроцитарная аплазия в результате противотуберкулёзной терапии;
- внутримозговое кровоизлияние от амфетаминов;²³
- повреждение печени от галотана;²⁴
- летальный исход гепатита, обусловленный индометацином;^{25,26}
- тяжёлая реакция на глазные капли, содержащие антихолинэстеразу;²⁷
- гепатотоксичность и летальный исход после анестезии метоксифлураном;^{28,29}
- гипергликемия от триоксазина;³⁰
- лёгочные заболевания, вызванные различными лекарствами, и тератогенное действие различных лекарств;³¹⁻³²
- изъязвление кишечника мефенаминовой кислотой;³³
- нефрит с фатальным исходом от фенацетина;³⁴
- постоянная глухота от этакриновой кислоты;³⁵

- аллергические реакции на antimикробные средства;³⁶³⁹
- расстройство зрения от антималярийных средств;⁴⁰
- тромбофлебит от пероральных контрацептивов;⁴¹
- физическая и психологическая зависимость от метамфетамина;⁴²
- отсроченные, тяжёлые, продолжительные и смертельные последствия приёма диагностических лекарств, непрозрачных для рентгеновских лучей.

В медицинской литературе мы находим статьи ответственных людей, таких как Илич,⁴³ Бернет,⁴⁴ Дюбо,⁴⁵ Голдблатт,⁴⁶ Платт,⁴⁷ Карлсон,⁴⁸ Маккеон,⁴⁹ Ноулз⁵⁰ и т. д., в которых подчёркивается важность «конституции» в целом. К сожалению, поскольку об их идеях всегда судили с теоретической точки зрения, они никогда не применялись в повседневной практике.

В исследовательских лабораториях никогда не преследовали цель терапевтически поддерживать и укреплять «конституцию», хотя медицинский истеблишмент делал вид, что признаёт её важность. Кого преследовали в исследованиях, так это «захватчиков», процветающих в этой «конституции».

По-видимому, в течение последних сорока лет умные учёные напрасно тратили драгоценные силы и миллионы долларов в иллюзорных поисках «панацеи» от болезней человечества. Одно лекарства для каждой болезни было недостаточно, но одно лекарство для излечения от всех болезней было «донкихотской» мечтой каждого учёного — мечтой, возникшей из-за неверного понимания того, что собой представлял больной человек в действительности.

«Наши проблемы, связанные с инфекционными болезнями, становятся всё больше, дороже и опаснее. Мы переживаем момент, когда думающие наблюдатели спрашивают, не живём ли мы в постинфекционную эру и лучше ли положение общества, если его взвесить, чем 40 лет назад, несмотря на наши сотни новых антибиотиков, сотни миллионов рецептов и миллиарды долларов расходов. Ввиду всех этих свидетельств, положительный ответ на этот вопрос нельзя больше дать с уверенностью; это законный вопрос...

По-видимому, мы могли бы удвоить или сократить вдвое наши суммарные расходы на здравоохранение, не повлияв существенно на здоровье нации. По-видимому, в Соединённых Штатах больше нет никакой важной связи между количеством денег, потраченных на традиционное здравоохранение, и достигнутыми результатами.»⁵¹

Несмотря на явный провал и разочарование, исходящее из рядов медиков, «поиск» попрежнему упорно продолжается, без изменений в способе мышления, без того, чтобы кто-нибудь серьёзно усомнился в принципах, лежащих в основе современных методов исследования.

Напротив, некоторые медицинские авторитеты по-прежнему настаивают на верности предположения, что общая медицина полезна и ведёт к снижению смертности и росту средней продолжительности жизни.

Это убеждение сегодня по меньшей мере сомнительно, и я уверен, что через несколько лет оно будет сочтено несостоятельным. Как написал Дрюбо в 1968 г., «хотя они много сделали для профилактики и лечения нескольких конкретных болезней, им не удалось пока увеличить истинное долголетие и создать положительное здоровье.»⁵²

Симмонс утверждает: «Большинство улучшений в области долголетия в этом столетии, и резкое снижение смертности от инфекционных заболеваний конкретно, произошли задолго до того, как мы начали свои масштабные расходы на здравоохранение и антибиотики. Маккинлей предполагает, что лишь около 3.5 % снижения общей смертности в этом столетии может быть обоснованно приписано медицинским мерам, включая медицинское вмешательство в главные инфекционные заболевания... По-видимому, главное влияние на эти болезни скорее оказывают изменения в образе жизни, поведении и окружающей среде, чем традиционный медицинский уход.»⁵¹

Маккеон, признанный медицинский мыслитель и исследователь, утверждает, что вклад клинической медицины в профилактику смерти и увеличение средней продолжительности жизни за последние три столетия было меньше, чем влияние решения проблем неправильного питания, нехватки воды и пищи и диспропорции между коэффициентами воспроизводства населения и основными ресурсами жизни.

Ещё один пример «тщетности» лекарств содержится в следующем утверждении Маккеона: «...смертность от туберкулёза резко снизилась по сравнению со временем, когда он был впервые зарегистрирован; с тех пор большая часть снижения произошла до появления эффективного лечения в 1947 г.»⁴⁹ (рис. 3). Однако Дрюз, директор отдела исследований в компании «САНДОЗ», представил вводящую в заблуждение диаграмму. Была показана лишь часть общей диаграммы, чтобы доказать, что на распространение туберкулёза резко повлияло появление химиотерапии (рис. 4).

«Истинная» диаграмма (рис. 3) показывает, что спад заболеваемости туберкулёзом начался уже до появления химиотерапии. Дрюз в своей книге вводит нас в заблуждение, приводя лишь часть этой диаграммы.⁴⁹

Клинические испытания и клинический опыт не оставляют никаких сомнений в том, что антибиотики не были главной причиной снижения заболеваемости бактериальной пневмонией. Как пишет Маккеон, «эти данные показывают (рис. 5), что показатели смертности от респираторных заболеваний, относившиеся сначала к бронхиту, гриппу и пневмонии, а позже к пневмонии, снижались с начала века, и что продолжение их снижения после 1935 г. не было обусловлено в первую очередь химиотерапией».

С некоторыми вариациями по времени история кори была весьма похожа на историю коклюша (рис. 7). Смертность непрерывно падала примерно с 1915 г.; лечение вторичных инфекций было возможно с 1935 г.; смертность находилась на низком уровне до появления иммунизации.

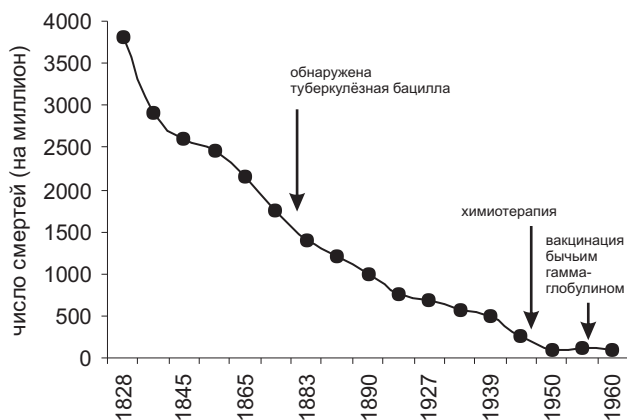


Рис. 3. Туберкулёз дыхательных путей: среднегодовые показатели смертности (приведённые к населению 1901 г.) в Англии и Уэльсе.

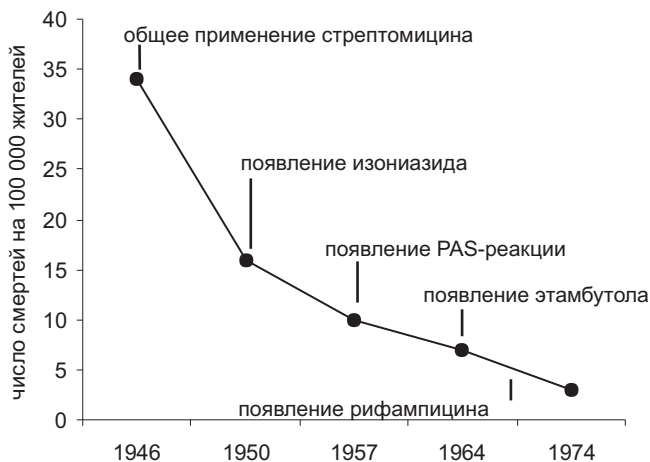


Рис. 4. Снижение смертности от туберкулёза с 1945 по 1949 гг. Из публикации Drews, J: Historische und Zukuenftige Perspektiven in der Pharmazeutischen Forschung. Triangel-Sandoz, 22 (1983).г.

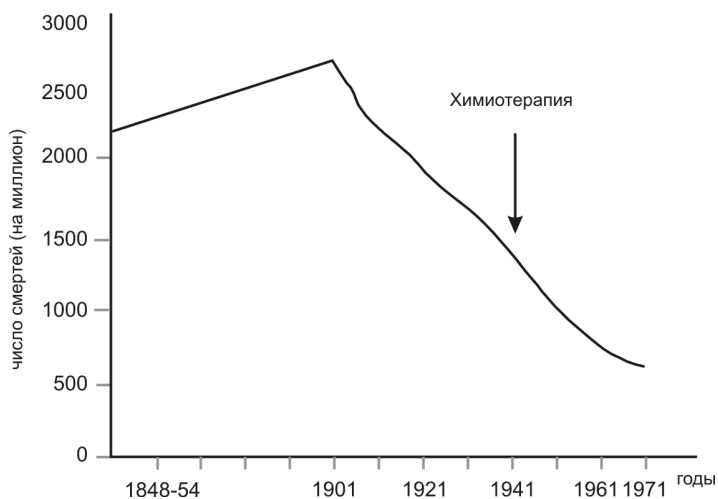


Рис. 5. Бронхит, пневмония и грипп: смертность (приведённая к населению 1901 г.) в Англии и Уэльсе.

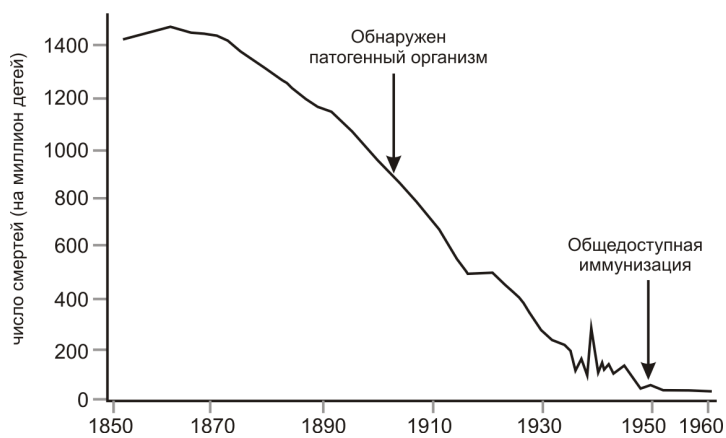


Рис. 6. Коклюш: детская смертность в возрасте до 15 лет в Англии и Уэльсе.

В Англии и Уэльсе смертность от коклюша снижалась с 1860 г. (рис. 6). Эффективность лечения до сих пор сомнительна, так как смертность упала до низкого уровня до появления иммунизации.



Рис. 7. Коклюш: детская смертность в возрасте до 15 лет в Англии и Уэльсе. Haldane JBS, Science and Life, 1968; London, Pemberton: 65.

Из этих примеров и многих других, приведённых во многих книгах и журналах, ясно, что мы неверно приписывали вышеописанные улучшения здоровья общества аллопатическим фармацевтическим препаратам.

Я предполагаю, что если мы не изменим свою ориентацию сейчас, то можем не суметь обеспечить своё собственное выживание на этой планете.

Литература

1. KOTHARI ML, METHA LA: The trails-science aspects of disease and death. *Perspect Biol Med* 1981; 24: 658–666
2. ROMANO J: Basic Orientation and Education of the Medical Student. *JAMA* 1950; 143: 490–412
3. CAPRA F: *The Tao of Physics*. New York: Bantam, 1977
4. WEINER H: The illusion of simplicity: The Medical Model revisited. *Amer J Psychiatry*, July 1978; 135: Supplement 27–33
5. ABESHOUSE BS, SCHERLIS I: Spontaneous disappearance of retrogression of bladder neoplasms: Review of the literature and report of three cases. *Ural Cutan Rev* 1951; 55(1)
6. ALLEN EP: Malignant melanoma, spontaneous regression after pregnancy. *Brit Med J* 1955; 2:1955
7. ALVAREZ We: The spontaneous regression of cancer. *Geriatrics* 1967; 22: 88–90
8. BAKER HW: Spontaneous regression of malignant melanoma. *Amer Surg* 1964; 30: 825–831

9. BARTLEY O, HULTQUIST GT: Spontaneous regression of hypernephromas. *Acts Path Microb* 1950; 80:197
10. BESWICK IF, QVIST G: Spontaneous regression of cancer. *Brit Med J* 1963; 2:1842
11. BIERMAN EO: Spontaneous regression of malignant disease. *JAMA* 1959; 170:1842
12. BÖNIUC M, GIRALD LJ: Spontaneous regression of bilateral retinoblastoma. *Trans Amer Acad Ophthal Otolaryng* 1969; 73:194–198
13. BO YD W: *The Spontaneous Regression of Cancer*. Springfield, IL: Charles C Thomas, 1966
14. DAO TL: Regression of pulmonary metastases of a breast cancer. *AM A Arch Surg* 1962; 84: 574
15. EVERSON TC: Spontaneous regression of cancer. *Progr Clin Cancer* 1967; 3: 79–85
16. LEGIER JF: Spontaneous regression of primary bile duct carcinoma. *Cancer* 1964; 17: 730
17. LESHAN L: *How to Meditate*. New York: Bantam, 1974 (a)
18. LESHAN L: *The Medium, the Mystic, and the Physicist*. New York: Viking, 1974 (b)
19. NELSON DH: Spontaneous regression of cancer. *Clinic Radiology* 1962; 13: 138
20. SELIGMAN AM: A review of Everson, Tilden, Cole, Waner: Spontaneous regression of cancer: A study and abstracts of reports in the world medical literature and of personal communications concerning spontaneous regression of malignant disease. *JAMA* 1966;198(6), 680
21. SIMMONTON OC, MATHEWS-SIMMONTON S, CREIGHTON J: *Getting Well Again*. Los Angeles: J. P. Tarcher, 1978
22. MARTIN EW et al: *Hazards of Medication*. Toronto: JB LippincottCo.,1971
23. GOODMAN SB, BECKER DP: Intracranial hemorrhage associated with amphetamine abuse. *JAMA* 1970; 122: 480
24. Halothane and liver injury. *Med Let* 1968; 10: 7–8
25. GUERRA M: Toxicity of indomethacin. *JAMA* 1967; 200: 552
26. KELSEY WM, SCARY JM: Fatal hepatitis probably due to indomethacin. *JAMA* 1967;199: 586–587
27. KINYON GE: Anticholinesterase eye drops-need for caution. *New Engl J Med* 1969; 280: 53
28. KLEIN NC, JEFFRIES GH: Hepatotoxicity after methoxyflurane administration. *JAMA* 1966;197:1037–1039
29. PANNER BJ, FREEMAN RB, ROTH-MOYO LA: Toxicity following methoxyflurane anesthesia: Clinical and pathological observations in two fatal cases. *JAMA* 1970; 214: 86–90
30. KRUMHOLZ WV, CHIPPS HI, MERLIS S: Clinical effects of trioxazine with a case report of hyperglycemia as a side effect. *J Clin Pharmacol* 1967; 7:108–110
31. McCUTCHEON S: Teratogenic drugs. *Pharma Index* 1969, 11: 5–8
32. MEADOW SR: Anticonvulsant drugs and congenital abnormalities. *Lancet* 1968; 2:1296
33. Trends in centrally acting drugs. *Pharma Index* 1969;12: 5–12 (May), 4–8 (June), 4–7 (July)
34. MOOLTEN SE, SMITH LB: Fatal nephritis in chronic phenacetin poisoning. *Amer J Med* 1960; 28: 127–134

35. PILLAY VKG, SCHWARTZ FD, AIMI K: Transient and permanent deafness following treatment with ethacrynic acid in renal failure. *Lancet* 1969;1: 77–79
36. Principal toxic, allergic, and other adverse effects of antimicrobial drugs. *Med Let* 1968; 10: 73–76
37. SANDERS DY: Rash associated with ampicillin in infectious mono-nucleosis. *Clin Pediatr* 1969; 8: 47–48
38. SMITH LW, JOHNSON JE, III, CLUFF LE: Studies on the epidemiology of adverse drug reactions: 11. An evaluation of penicillin allergy. *N Engl J Med* 1966; 274: 998–1002
39. STEWART GT: Allergenic residues in penicillins. *Lancet* 1967; 1: 1177- 1183
40. ROTHERMICH DY: Visual impairment from antimalarial drug. *New Engl J Med* 1966; 275:1383
41. SLUGGET J, LAWSON JP: Side effects of oral contraceptives. *Lancet* 1965; 2: 612
42. SMITH DE: Physical versus psychological dependence and tolerance in high-dose methamphetamine abuse. *Cdium Toxic* 1969; 2: 99–103
43. ILLICH I: *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Boyars, 1975
44. BURNET FM: *Genes, Dreams and Realities*. Aylesbury: MTP, 1971
45. DUBOS RJ: *The Dreams of Reason: Science and Utopias*. New York: Columbia Univ. Press, 1961
46. GOLDBLATT DP: Modern medicine's shortcomings: can we really conquer disease? *Perspect Biol Med* 1977; 20: 450–456
47. PLATT R: *Private and Controversial*. London: Boyars, 1–975
48. CARLSON RJ: *The End of Medicine*. New York: Wiley, 1978
49. McKEOWN T: *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Basil Blackwell Publisher Ltd., 1979
50. KNOWLES JH: *Doing Better and Feeling Worse*. New York: Norton, 1977
51. SIMMONS H: An overview of public policy and infectious diseases. *Ann inter Med* 1978; (Part 2): 821–825
52. DUBOS RJ: *So Human an Animal*. Charles Scribner's Sons, 1968
53. DREWS J: Historische und Zukuenftige Perspektiven in der Pharmazeutischen Forschung. *Triangel-Sandoz*, 22 (1983) s. 189

Глава 4.

Энергетический комплекс человеческого тела

1. Человеческое тело — энергетический комплекс, генерирующий все формы известных энергий — электрическую, магнитную, тепловую, кинетическую и электромагнитную, что можно легко обнаружить простыми приборами, из которых самым сложным является электроэнцефалограф. Однако есть и другие типы тонких энергий, которые ещё не определены и связаны, главным образом, с ментальным, эмоциональным и инстинктивным уровнями человека

Сегодня никто не может отрицать существования ментальной, эмоциональной и половой энергии.¹¹⁶

Когда кто-нибудь обладает сильной ментальной энергией (E_m), все мы понимаем и чувствуем, что его схемы мышления сильны, хорошо организованы, согласованы между собой, легко передаются окружающим, и поэтому эффективно влияют на других людей.

С другой стороны, мы можем заметить у кого-нибудь ментальную слабость, хаотичность выражения своих идей, неорганизованность мыслительных процессов и то, насколько такой человек менее эффективен в передаче своих мыслей.

Мы часто слышим об экстрасенсорных переживаниях или испытываем их сами. Мы можем «настроиться» на тип мышления другого человека до того, как он словами передаст нам эту мысль. На Дальнем Востоке, особенно в Индии, чтение мыслей является обычным явлением среди тех, кто подготовился к этой задаче. Кришна Менон, индийский министр иностранных дел, был известен своей способностью читать мысли посетителей, приходивших к нему с просьбами.

Ментальная сила является, по-видимому, восприимчивой энергией с определённой частотой вибрации, которая в особых условиях может передаваться частицами энергии, и, таким образом, «приниматься» другими аналогичными «ментальными аппаратами». Тот факт, что энергия этого типа не определена в академических учебниках, не значит, что она не существует.

Большинство из нас живёт с постоянным потоком мыслей в сознании. Он присутствует большую часть времени, в течение которого мы бодрствуем, и тем самым само наше существование вращается вокруг постоянной генерации этих мысленных картин. Мы не можем позволить себе игнорировать такой важный аспект самих себя, особенно когда на эту область может повлиять применение какой-нибудь терапевтической системы. Однако традиционная медицина полностью обходила этот важный аспект в своих поисках «лечения», и, таким образом, делала вид, что его не существует. Испытывая новые лекарства, она очень редко исследовала, насколько глубоко и каким образом они влияют на психику человека.

«Психиатры напоминали своим коллегам-учёным, что используемые лекарства могут взять под контроль функции саморегулирования тела...

Даже гормоны в первую очередь влияют на головной мозг; в больших терапевтических дозах Пилюля вызывала временный психоз у 4 % лечившихся от бесплодия жён военнослужащих. Лекарственные средства особого назначения — диуретики, антигистамины — могут оказывать психотропное действие косвенным образом...

Они начали рекламировать амфетамины как энергетические препараты, и к середине 1950-х гг. в Японии было полмиллиона амфетаминозависимых наркоманов. Было зарегистрировано пятьдесят тысяч случаев амфетаминового психоза.»¹⁷

Наиболее сильную депрессию вызывают алкалоиды типа резерпина... Получающие эти алкалоиды гипертоники с очень большой вероятностью попадают в сильную депрессию, даже доводящую до самоубийства...

Антихолинергические средства, такие как бензтропин, биперидин и проциклидин, могут вызывать делирий...

Прокаинпенициллин вызывал возбуждение, слуховые, вкусовые, тактильные и зрительные галлюцинации и иногда дезориентировку...

Множество лекарственных препаратов вызывает психозы или неврозы...

Обычно наблюдаются такие проявления, как бред, параноидальное поведение и различные галлюцинации. Они сильно напоминают симптомы шизофрении.»¹⁸

Некоторые антибиотики существенно увеличили заболеваемость болезнью старческого мозга и синдромом Дауна в результате лечения ранее смертельных осложнений, таких как инфекция. «Грюнберг приводит данные, показывающие удвоение распространённости этих состояний в последние десятилетия. Он называет это явление отдельными неудачами при общем успехе.»¹⁹

Это правда, что в этой области исследований трудно и тяжело вести работу правильно, но этой причины не достаточно для пренебрежения ущербом, который наносят эти лекарства на ментальном и эмоциональном планах. Вызванные ими эмоциональные и ментальные изменения не всегда можно обнаружить анатомически или под микроскопом, но о них сообщают пациенты, испытывающие эти изменения; исследователи часто отвергали или игнорировали их переживания.

Ещё легче понять существование и силу эмоциональной энергии, потому что она проявляется в больших масштабах, чем ментальная энергия. Каждому из нас доводилось находиться в присутствии очень сердитого человека и ощущать выделяемую им агрессивную энергию. Это ещё очевиднее, когда два человека крайне сердиты друг на друга. Всё может происходить в полной тишине, слова могут не произноситься, но в воздухе имеются отрицательные агрессивные вибрации, ощущаемые многими из присутствующих. В такой ситуации генерируется колоссальный поток особой эмоциональной энергии (Е_е), который никто не может игнорировать или отвергнуть.

Ещё одна ситуация, в которой генерируется много эмоциональной энергии, — это когда двое влюбляются друг в друга. Эта энергия специфична, направлена на любимого человека и может ощущаться без слов; любовь полностью передаётся другому человеку.

Каждый скажет, что расстроенный человек находится в состоянии эмоционального возбуждения.

Однако традиционная медицина никогда не исследовала типы ментальных или эмоциональных расстройств, вызываемых различными фармацевтическими продуктами. Позже мы попытаемся показать, что эти ментальные и эмоциональные области терпят наибольший урон от химических лекарственных препаратов.

Причина, по которой традиционная медицина не рассматривает эти элементы, лежит в самой структуре и процессе эксперимента. Даже сегодня очевидно, что медицинские исследования базируются на «механической» концепции человека.^{20,21}

Потенциал половой энергии в повседневной жизни совершенно очевиден, — настолько, что, мне кажется, не требуется объяснять её сколь-нибудь глубоко. Она остаётся на ещё более масштабном и материальном уровне, чем эмоциональная энергия. Примеры половой энергии общеизвестны. Все мы знакомы со случаями, когда человек сильно устал и у него совсем нет энергии. Он встречает женщину, которую любит, и во время этой встречи выделяется энергия. Теперь у него не только есть энергия, он ещё и чувствует себя помолодевшим.

Годами рекламные агенты признавали и очень успешно использовали в своих рекламных кампаниях сексуальность и энергию, которую она создаёт. Такова великая сила половой энергии.

2. Человек состоит из трёх основных планов энергетических полей или типов организации:

а. Ментально-духовный план

б. Эмоционально-психический план

в. Материально-физический план, включающий инстинкты и пять чувств

Рассматривая человека в целом, медицинская система должна точно определить все эти планы, а также то, как они соотносятся друг с другом.

Так, мы увидим, насколько важен один уровень по сравнению с другим, насколько важна какая-либо функция или орган внутри плана. Это приведёт нас ещё дальше — к определению иерархической важности различных функций, органов и систем внутри плана.

Как мы увидим позже, в данной *Модели* предполагается, что болезнь точнее называть «нарушением равновесия организма». Этот общий термин подразумевает, что неопределённое расстройство может перемещаться из одного плана в другой, из одной системы в другую и из одного органа в другой. Степень здоровья человека будет, в конечном счёте, определяться оценкой расстройства на всех этих уровнях.

Если мы видим, что в процессе лечения расстройство перемещается от более важных планов к менее важным и от более важных и центральных органов к менее важным и периферическим, то мы знаем, что происходит настоящее излечение. Если наблюдается противоположное направление, то есть расстройство переходит на более глубокие уровни, то мы должны признать, что имеет место подавление, а не излечение. Мы снова поговорим об этой идее при изложении *Модели* здоровья и болезни. А сейчас определим значение каждого плана.

Ментально-духовный план

В нижеследующем изложении я не претендую на исчерпывающее освещение данного предмета, а лишь собираюсь дать достаточно информации для пояснения своей точки зрения на структуру этой *Модели*.

Исследование ментально-духовного аспекта человека, определение его и попытка понять его строение и тонкость его работы требуют отдельной книги. Здесь я изложу только начальные факты об этих уровнях здоровья и болезни.

Я включил духовную сторону человека в ментальный уровень потому, что считаю, что это наивысшая часть этого плана. Впрочем, этот аспект не у всех людей развит полностью. Это аспект, который делает возможной эволюцию или усовершенствование и имеется, по меньшей мере в «дремлющем состоянии», у всех людей. Например, у примитивных людей это первобытный страх сверхъестественного или неизвестного, который приводит их к самым начальным элементам религии и формированию духовной природы.

Согласно некоторым социологам и психологам, «страх смерти» стал в нашем «цивилизованном» западном обществе значительным фактором. Это также ясно отражено в отношении традиционной медицины к смерти и эдиктах относительно неё. Вся философия медицины, заключающаяся в попытке лечить людей и предотвратить смерть, чего бы это ни стоило человеку, его семье и обществу, имеет много общего с этим страхом смерти.

Чем более развит человек, тем больше развит его духовный аспект. После того как пробуждается духовный план, человеком движет его внутреннее желание, внутренняя потребность найти ответы на некоторые важные вопросы. Обычно мы задаём следующие вопросы:

- «Кто я?»
- «Куда я иду?»
- «Какова цель моей жизни?»
- «В чём моя миссия в этом мире?»
- «Что такое Бог?»
- «Что такое Истина?» и т. д.

Иногда ответы на эти вопросы приходят в голову немногим счастливым из нас в форме тонких мистических переживаний.

Положительное выражение этого плана — развитие духовного сознания человека; его отрицательное выражение — разрушение сознания и последующее вырождение в моральный и этический хаос.

Когда эта духовность развивается естественным и здоровым образом, человек испытывает глубокое чувство смирения и вдохновляется на самоотверженное служение. Кроме того, духовно развитый человек испытывает глубокое чувство ментального спокойствия. Однако когда духовность развита нездоровым образом, появляются отрицательные качества, такие как высокомерие, себялюбие, беспокойство и гнетущее чувство вины.

Если медицинские препараты разрушают этот план существования, то предполагается, что определённо имеет место подавление, а не излечение, даже если физическая патология временно облегчается. Вот пример: человек хочет вылечиться от ревматоидного артрита, и после одного-двух лет лечения обнаруживает, что боли в суставах ослабли, но он утратил чувство счастья и свободы; его способность размышлять о важных вопросах жизни уменьшилась или утрачена. Согласно *Модели здоровья и болезни*, это лечение будет названо **подавляющим**. Оно подавляющее потому, что хотя физические недомогания проходят, человек разрушается на более глубоком уровне.

Другие аспектами ментального плана, расположенные ниже на иерархической шкале, чем духовные, — это процессы мышления, т. е. способность сравнивать, рассчитывать, синтезировать, анализировать, сообщать, понимать, создавать и выражать идеи, заниматься абстрактным мышлением и т. д. По существу, можно сказать, что **ментальный план является той частью организма, которая регистрирует изменения восприятия и понимания**. Расстройство этих функций составляет ментальные симптомы, или психическое расстройство. Для того чтобы ментальные способности считались здоровыми, они должны обладать следующими качествами:

- Ясностью
- Связностью
- Творческим характером

Я буду считать, что ясность и связность понятны сами по себе, и перейду к определению творческого характера. Под **здоровой творческой деятельностью** я имею в виду любой созидательный акт независимо от его художественных достоинств: строительство завода, изготовление мебели, создание магазина, создание предмета искусства, ремонт телевизора и т. д. Однако для того, чтобы такая деятельность считалась здоровой, она должна быть мотивирована для человека двумя важными намерениями:

1. Послужить себе путём удовлетворения собственных потребностей и, в конечном счёте, способствовать саморазвитию.
2. Послужить другим в то же время и с теми же целями.

Важно, чтобы человек был счастлив служить другим в той же степени, в которой он счастлив служить себе. Здоровый человек всегда учитывает последствия своих действий для других людей.

Наша система образования возвышает логику и научные успехи за счёт морали и этики. Лишь немногие учебные программы включают уроки морали и этики — предметы, которые должны по праву доминировать в наших мыслях. Вследствие этого, наша система образования невольно поощряет обман. Например, многие блестящие юридические умы стараются получить преимущество за счёт хитрого и умного манипулирования законами, не осознавая этических последствий своего поведения. Такие случаи далеко не случайны; фактически, они эндемичны в нашем обществе. Вместо того чтобы прославлять то, что справедливо и честно с точки зрения морали, наше общество часто будто бы препятствует следованию моральным императивам и осуждает его. Можно ли укреплять здоровье в такой среде?

Мы должны помнить, что сознание питается **идеями** и растёт на них, и если воспринятые и выношенные сознанием идеи ложны или разрушительны, то человек фактически «принимает ядовитую пищу», которая в конечном счёте подрвёт духовный план его существования. Это как если бы кто-нибудь всё время питался отбросами: конечным результатом было бы разрушение его физического тела. Не следует ли ожидать в таком обществе таких болезней, как СПИД и рак?

Внушает тревогу агрессивное стремление современного общества к чрезмерному богатству через эксплуатацию других людей. Это приобретённое богатство затем часто растрачивается на расточительное потакание своим прихотям. Филантропические заботы испаряются в огне такой жадности. Люди, захваченные этим современным явлением, могут обладать ментальной ясностью и связностью; их способности в деловом мире свидетельствуют об этом. Однако на глубочайших уровнях ментально-духовного плана такие люди очень больны; все их «творческие» действия имеют эгоистичную мотивацию и служат только им самим.

К сожалению, эта широко распространённая жадность и себялюбие являются признаком духовного кризиса нашего времени и в первую очередь отвечают за рост «безумия» в наших западных обществах. Неуверенность, огромная тревога, гнев, спешка, поверхностность, бесчувственность, бездушие, конкуренция, агрессивность, раздражительность, паранойя, преступность и т. д. — всё это является результатом так распространённого в наше время глубокого нарушения ментального и духовного равновесия. Мы должны узнать, где источник этого неравновесия.

Мы должны задать следующий вопрос: «Сколько этих ментальных аберраций обусловлено химическими лекарственными средствами, которые мы приняли в разных формах за последние тридцать—сорок лет?» Ответ может быть не только удивительным, но и ужасающим.

Эмоционально-психический план

Определить и подробно описать эмоционально-психический план — нелёгкая задача, и здесь применимы те же замечания, которые были сделаны по поводу ментального плана. Здесь будут описаны лишь элементарные факты об этих планах и только в связи со здоровьем и болезнью.

Можно сказать просто: эмоциональный план — это та часть, которая порождает и регистрирует эмоции.

Все мы испытываем широкий диапазон эмоциональных состояний различной степени, и эти эмоции лежат между такими полюсами, как любовь-ненависть, радость-печаль, спокойствие-тревога, доверие-недоверие, мужество-страх, защищённость-незащищённость и т. д. То, что мы обычно испытываем, — это всё степени промежуточных эмоциональных состояний между этими полюсами.

Мы можем сказать, что человек здоров на эмоциональном уровне в той степени, в которой он вынашивает положительные чувства.

Положительные чувства будут вызывать чувство счастья. Однако как говорилось ранее, последовательно положительные эмоции невозможны. Самой природе эмоциональной сферы присущи противоположные состояния, между которыми все мы колеблемся.

Чем более отрицательные чувства испытывает человек, тем менее здоров он на эмоциональном уровне, и степень его эмоционального нездоровья будет пропорционально отражаться в пронизывающем его ощущении несчастья. Если кто-нибудь хочет узнать, насколько он болен на этом плане, следует отметить его отрицательные чувства, такие как апатия, гнев, тревога, ненависть, зависть, депрессия, разочарование, неудовлетворённость и т. д. Размер перечня таких чувств определит степени нездоровья, негатива и несчастья, в которых он живёт. Есть удивительный закон природы, что отрицательные чувства более или менее необходимы для того, чтобы побудить человека преодолеть слабости и дефекты на этом плане.

Характерным качеством положительных чувств в диапазоне от простой привязанности до тонкого экстаза является то, что они дают человеку чувство единства, чувство общности со Вселенной и другими людьми. Это происходит потому, что любовь в силу своей природы сближает людей, объединяет и помогает преодолеть чувство разобщённости.

Отрицательные чувства обычно порождают чувство разобщённости, изоляции человека от мира в целом и от других людей в частности, так как ненависть разделяет и разрушает союзы.

В эмоциональный план мы можем также включить психическую часть человека, которая выражается через подсознание и интуитивный элемент. Эта часть человека очень сильна, и её впечатления имеют много общего с проявлением болезни.

У больных людей подсознание обычно нагружено сильными отрицательными впечатлениями, которые могут сохраняться и манипулировать поведением человека в течение весьма долгого времени. Здоровые

люди непосредственно реагируют на повседневные проблемы и впечатления, и не дают отрицательным чувствам угнездиться в их подсознании. Поэтому здоровые люди обычно имеют «лёгкое» или «чистое» подсознание, которое даёт им большую степень свободы.

Вряд ли даже сегодня полностью понята важность эмоционального уровня в иницировании болезни. Я предполагаю, что в западном мире эта часть человека является самой слабой; более того, это самая пренебрегаемая часть в нашей культурной системе и системе образования.

Образование, с его акцентом на ментальном уровне, несоразмерно сосредоточено на развитии одних областей сознания за счёт других. Наша система образования игнорирует наш эмоциональный уровень, представляя всем импровизировать. Хуже того, наши общественные структуры, по-видимому, поощряют идею, что эмоций не существует, либо, в лучшем случае, их не следует проявлять. В некоторых семьях родители невольно учат детей подавлять свои эмоции. «Перестань плакать!» — эту команду в тот или иной момент слышал почти каждый американский ребёнок. Никогда не был осознан тот факт, что плач мог бы избавить этого ребёнка от многих проблем со здоровьем в жизни.

Эмоции питаются впечатлениями.

Если пища ядовитая, если впечатления, которые получает человек, отталкивающие, пугающие или даже злые, как это бывает, например, когда ребёнок становится свидетелем злобной ссоры родителей или наблюдает насилие и несправедливость по телевизору и в реальной жизни, либо видит агрессию и отсутствие гармонии в больших городах, то эмоциональное тело будет быстро и глубоко нарушено. Можем ли мы в таких обстоятельствах вырасти с сильным, здоровым эмоциональным планом? — Ответ для большинства из нас — «нет, не можем».

Именно по этой причине слабым и наиболее уязвимым аспектом людей западной цивилизации является их эмоциональный уровень.

Сравнение показателей смертности в результате самоубийства (на 100 000 чел. принятого за стандарт населения) может создать у нас впечатление сравнительного неравновесия между развитыми и развивающимися странами на эмоционально-психическом уровне.^{20,21,22}

Никто до сих пор не комментировал значительное расхождение между высокой частотой самоубийств (эмоциональных расстройств) в развитых странах и странах коммунистического блока (несмотря на общенациональную систему здравоохранения) и низкой в развивающихся странах с плохим, с точки зрения «традиционной» медицины, охватом населения медицинским обслуживанием.

Очевидно, что в странах с широким охватом населения медицинским обслуживанием — добровольным или принудительным — населению был нанесён ужасный эмоциональный ущерб, кульминация которого описывается статистикой самоубийств.

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Западные страны (развитые)							
Дания				29.1	28.2		
Австрия				26.8	26.0	26.2	
Швейцария						3.4	23.7
ФРГ				19.9		18.7	
Франция			19.2				21.3
Швеция				18.7		18.8	
Канада	14.7			14.7			
США		12.0		12.3			
Восточноевропейские страны							
Венгрия				42.7		45.0	
Чехословакия			20.7		19.9		
Югославия			17.4	17.4			
Болгария				15.2	13.1	16.6	
СССР, Румыния и ГДР не предоставили никаких показателей.							
Развивающиеся страны							
Мальта				0.4			0.4
Кувейт				0.1			1.1
Багамские Острова			1.1				
Барбадос						1.6	
Маврикий			1.9	2.0			
Мексика					2.2		
Панама					2.5	1.8	
Греция				3.5		3.3	
Доминиканская Республика					4.0		
Испания						4.7	
Коста-Рика		6.8					

Как можно предположить на основании вышеприведённой статистики, развитые страны, население которых потребило колоссальные количества аллопатических лекарств, имеют высокие показатели числа самоубийств, в то время как слаборазвитые страны имеют значительно меньшие показатели. Согласно моей гипотезе, потребление таких огромных количеств лекарственных препаратов, не имевшее места в слаборазвитых странах из-за того, что они не могли позволить себе все эти лекарства, легче всего и с наиболее тяжёлыми последствиями повлияло на эмоциональный план, который является самым слабым и наименее тренированным из трёх планов.

Эта статистика указывает на возможность того, что болезни, или «нарушения равновесия», под давлением химических лекарственных препаратов легко переходят на эмоциональный план и вызывают множество очень болезненных психологических состояний, таких как неврозы страха или фобийные неврозы, депрессия, маниакальная депрессия и, кратко говоря, все те эмоциональные расстройства, которые так распространены сегодня в наших современных западных обществах.

Физический план

Физическое тело — часть человека, получившая больше всего внимания. Она анализировалась, рассекалась и её анатомическое строение и физиология изучались в беспрецедентной степени. Это самая осязаемая, и поэтому самая доступная для исследования часть. Однако я не думаю, что она выдала все свои секреты. Фактически, очень сомнительно, что её внутренние законы вообще поняты.

Очень любопытно, как медицинская наука могла в течение длительного времени глубоко вмешиваться в механизмы физического тела не пытаясь предварительно понять законы и принципы, на которых основаны его физиология и функционирование. В своих исследованиях и вмешательстве в физическое тело человека учёные видели лишь малую часть целого; многие вещи ускользнули от их изучения, и все появившиеся «намёки» полностью игнорировались. По-видимому, никто не учитывал реакцию организма как целого; по-видимому, они интересовались только непосредственными краткосрочными эффектами, сосредоточиваясь на изолированных явлениях — единичных связях в бесконечной цепи биологических процессов.

Вследствие такого слепого отношения, мы стали свидетелями хорошо известных побочных действий массового применения лекарственных препаратов, и я считаю, что в конечном счёте мы признаем, что эти побочные действия гораздо хуже, глубже, долговечнее и вообще разрушительнее, чем думали вначале.

Д-р Мартин удачно выражает эту идею, говоря, что «долгосрочная терапия, а иногда и краткосрочная терапия с использованием токсичных лекарственных препаратов для лечения конкретной болезни, может вызвать другую болезнь. Данная лекарственная терапия, вызывающая болезнь, может повлиять на здоровый орган, но более вероятно, что она повредит больной орган или переведёт субклиническое или контролируемое состояние в полномасштабное заболевание.»¹⁸

Достаточно странно, что хотя аллопатическая медицина не основана на каких бы то ни было естественных принципах или законах, и несмотря на отсутствие в ней этиологической достоверности, она была широко принята без существенных возражений. Это частично обусловлено тем фактом, что она удовлетворяет потребности и требования западных обществ.

В данной новой *Модели* будет сделана попытка предложить некоторые основные мысли относительно общей функции человека и сформулировать

некоторые из её законов и принципов, однако, как я говорил ранее, это будет далеко не окончательный ответ на такие сложные вопросы.

Истина, как мы уже видели, заключается в данном случае в том, что физическое тело не есть вся реальность нашего существования, и любая медицинская система, которая не учитывает другие важные уровни организма, обречена на провал.

Традиционная «научная» медицина может многому научиться у альтернативной медицины, но она никогда не обращалась к этим дисциплинам за помощью или «намёками». Напротив, традиционная медицина предпринимала отчаянные попытки раздавить любые серьёзные усилия со стороны альтернативной медицины распространять свои идеи.

Никто не отрицает достижения традиционных медицинских исследований, но мы считаем, что торопясь принести облегчение, медицинская наука игнорировала определённые аспекты, которые абсолютно необходимы для понимания человеческого тела в его целостности. В долгосрочной перспективе результаты этой практики оказались катастрофическими.

В отчаянии люди обратились к альтернативам, и так появилось холистическое движение. Медицинская наука будет теперь нехотя — возможно, даже вынужденно — учиться у него.

3. Между тремя планами существует иерархическая связь

По-видимому, организм посредством какого-то хитрого механизма поддерживает иерархию всех трёх уровней.

Самым важным планом для организма является ментально-духовный, который является одновременно и самым центральным. Расстройство

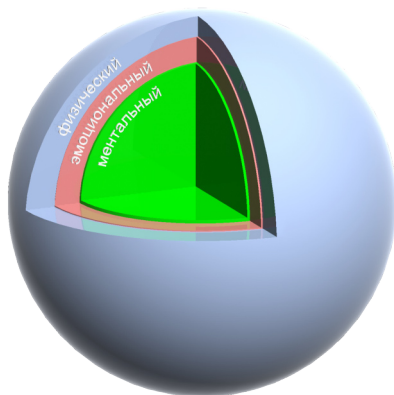


Рис. 8. Три плана существования:
ментальный (М), эмоциональный (Е) и физический (Р).

на этом уровне будет остро ощущаться всем организмом. Разрушение этого уровня, признаки которого видны во время тяжёлого психического расстройства, уничтожает всё самое важное и ценное в человеке — то, что отличает его от животных. Потеря умственных способностей — это худшее, что может случиться с человеком. Организм посредством своего собственного физического строения защищает, прежде всего, эту часть, и не даст расстройству легко проникнуть в неё, если организм не был сильно подорван.

Следующий по важности уровень — эмоциональный план, а последним является физическое тело.

Организм будет пытаться защитить свои самые глубокие части останавливая болезнь на более периферических уровнях.

Эта идея иерархии видна, когда мы наблюдаем эволюцию процесса болезни в человеке. Вначале кажется, что болезнь развивается на физическом уровне, но если применяется неправильное или подавляющее лечение, то расстройство покидает физическое тело и переходит в самую глубокую часть человека. Тогда мы начинаем наблюдать нарушения на ментальном и эмоциональном уровнях.

Женщина с влагалищными выделениями любого происхождения, применяющая местные суппозитории, может подавить эти выделения, однако вскоре у неё могут возникнуть проблемы более внутреннего характера, такие как бессонница и депрессия. Однако как только выделения возобновятся, — либо в результате правильного лечения, либо просто в результате реакции защитных механизмов организма, — бессонница и депрессия пройдут. Наблюдая такое явление, часто встречающееся у женщин, мы видим интернализацию болезни, в ходе которой она остаётся «той же самой», только в другой форме, более внутренней, и поэтому более болезненной и опасной. Лечение загнало болезнь глубже внутрь, и фактически разрушило воздвигнутую организмом первую линию обороны. Суппозитории насильственно разрушили эти защитные механизмы, поэтому организм создал вторую линию обороны в форме бессонницы и депрессии.

Конечно, после влагалищных выделений не всегда возникает бессонница, потому что реакция всегда бывает индивидуальной и принимает форму, к которой предрасположен данный человек.

Эти реакции являются не обычными побочными действиями лекарств, о которых все мы знаем, а комбинированными внутренними слабостями организма, которые проявляются под действием вызванного лекарствами стресса. Ещё одним простым примером этого процесса является влияние антибиотиков на экологию (микрофлору) кишечника.

«Длительная антибиотиковая терапия широкого спектра может вызвать кандидоз, обусловленный нарушением нормального экологического равновесия кишечной флоры.»²³

«Антибиотики отличаются от других лекарств тем, что не только дают терапевтический эффект, но и изменяют экологию микрофлоры тела и окружающей среды. **Таким образом, использование антибиотиков**

вызывает в памяти образ выпадения радиоактивных осадков, как из протекающего ядерного реактора.»²⁴

Кажется, что первоначальные симптомы исчезают под действием лекарства; в действительности, они не излечиваются, а загоняются в более глубокие области организма.

Эта концепция очень важна, и её следует хорошо понять с самого начала: **если не дать правильного лечения, то кажущееся лечебным действие лекарственного препарата может стать подавляющим.** Именно на этой концепции основана вся аргументация данного трактата относительно СПИДа.

4. Каждый из этих планов состоит из нескольких сложных полей или систем органов, которые также находятся в иерархической связи

Аналогично тому, как три плана находятся в иерархическом соотношении по степени важности, системы, поля энергии или схемы организации внутри каждого плана структурированы таким образом, что одна система или орган важнее другого. Например, царапина на головном мозге будет иметь не такие последствия, как царапина на коже. Обычно последствия царапины на головном мозге будут гораздо тяжелее. Это значит, что головной мозг является гораздо более важным органом, чем кожа, и поэтому лучше защищён, лучше охраняется организмом.

Весь организм организован иерархически, при этом некоторые органы или биологические системы имеют большую или меньшую важность, чем другие, и поэтому имеют большую или меньшую степень защиты.

Эта защита обеспечивается не только физическим, анатомическим положением органа, но и защитным механизмом — главным действующим фактором системы. Этот защитный механизм включает иммунную систему, а также ретикулоэндотелиальную, симпатическую, парасимпатическую, гормональную и лимфатическую системы. Все эти системы сотрудничают между собой в достижении уникального результата; они поддерживают гомеостаз организма путём поддержания его в равновесии в любых неблагоприятных условиях и больше всего путём защиты его жизненно важных и центральных органов.

При каждом резком изменении, каждом сильном стрессе — как специфическом, так и неспецифическом — наступает мобилизация защитных механизмов организма для поддержания оптимального равновесия; либо, если стресс слишком силён, защитный механизм включает «контроль ущерба», стараясь минимизировать последствия атаки. Главная цель организма состоит в том, чтобы удержать расстройство как можно ближе к периферии.

Иерархическая важность в физическом теле

Просто для того, чтобы дать общую идею, мы перечислим органы согласно их иерархической важности в системе. Эта классификация

ни в коем случае не является окончательной; она лишь показательна, и читатель должен рассматривать её в этом качестве. Это очень грубая классификация, которая может дать терапевту или врачу-практику начальную идею о направлении, в котором развивается его лечение.

Мы начнём с физического тела, так как на этом уровне идею иерархии легче понять и принять. Приблизительный перечень главных физических органов и систем выглядит так:

1. Центральная и периферическая нервные системы
2. Сердечно-сосудистая система
3. Гипофиз и железы внутренней секреции
4. Печень и пищеварительная система
5. Лимфатическая система
6. Лёгкие и дыхательная система
7. Почки и мочевая система
8. Яички или яичники и половая система
9. Позвонки и скелетная система
10. Мышечная система
11. Слизистые оболочки
12. Кожа

Следует понять, что аналогичные иерархии существуют внутри систем и органов. Например, некоторые области головного мозга важнее периферических нервных окончаний и т. д.

Хотя эта классификация может быть неточной, она даёт подходящую точку отсчёта для понимания концепции подавления. Например, если человек страдает кожным заболеванием, — скажем, экземой — и оно либо само по себе, либо вследствие подавляющего лечения (например, кортизоновой мазью) исчезает, немедленно сменяясь астмой (заболеванием лёгких), то здоровье человека разрушается. Его болезненное «состояние» сместилось в неправильном направлении, глубже в тело. Если бы произошло обратное, то взятое направление вело бы к излечению.

Та же идея верна для болезней, поражающих целые системы, такие как нервная, система кровообращения, эндокринная, лимфатическая, пищеварительная, дыхательная и т. д.

Та же идея иерархии действительна также для ментального и эмоционального планов.

Аргумент здесь состоит в том, что механизм, который вызывает тревогу, — это вся «система», такая как система кровообращения или нервная система. Данный стимул может включить в человеке либо центральный, либо более периферический очаг внутри «системы тревоги» его души. В результате может возникнуть тяжёлый или умеренный синдром тревоги пропорционально глубине раздражённого очага.

**Ментальный, эмоциональный и физический планы
со своими разнообразными системами,
классифицированными в порядке убывания важности**

МЕНТАЛЬНЫЙ

- Полная спутанность сознания
- Деструктивный делирий
- Параноидальные идеи
- Бред
- Летаргия
- Умственная отсталость
- Отсутствие сосредоточенности
- Забывчивость
- Рассеянность

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ

- Суицидальная депрессия
- Апатия
- Печаль
- Страдание
- Фобии
- Тревога
- Раздражительность
- Неудовлетворённость

ФИЗИЧЕСКИЙ

- Заболевания головного мозга
- Сердечные заболевания
- Эндокринные заболевания
- Заболевания печени
- Лёгочные заболевания
- Заболевания почек
- Заболевания костей
- Мышечные заболевания
- Кожные заболевания

Та же идея верна для депрессии. Какое-то конкретное событие может послужить толчком либо для тяжёлой депрессии, которая сразу ведёт к суицидальным импульсам, либо к умеренной (с которой справиться гораздо легче, чем с первой реакцией). Это явление аналогично явлению, наблюдаемому в нервной системе. Результат будет совершенно другим, если рана затронула только периферические нервные окончания, а не головной мозг или центральную нервную систему. Однако так же, как сами системы классифицируются согласно своей иерархической важности, так же классифицируются и различные системы внутри каждого плана, например, «системы раздражительности», «система тревоги», «система депрессии» и т. д.

Для пациента, очевидно, лучше быть чем-то не удовлетворённым, чем находиться в депрессии; раздражительность — лучшее состояние, чем страдание; тревога лучше суицидальной депрессии. То же верно для ментального уровня, как это показано на диаграмме.

5. Каждый из этих трёх планов — ментальный, эмоциональный и физический — хотя и сложен по своей природе, составляет самостоятельную и отдельную сущность, существенно отличающуюся своей частотой вибрации и информационной структурой. Эти три разных плана взаимодействуют с исключительным умом и реагируют на любой стимул согласованным образом, который всегда согласуется с их собственными идиосинкразиями

Очевидно, что ментальная энергия имеет другую частоту вибрации, нежели эмоциональная, половая или физическая. Качество энергии, используемой для движения рукой, — не такое же, как качество энергии, используемой для порождения мысли. Энергия, которая заставляет сердце качать кровь, обладает другим качеством, чем энергия, вызывающая эмоции. Разные эмоции также соответствуют разным качествам энергии. Например, качество энергии, порождаемой в ситуации любви, полностью отличается от качества энергии, порождаемой в ситуации гнева или ненависти. Кратко говоря, организм обладает способностью через наследственное предрасположение и личный опыт генерировать сложные энергетические поля согласно информации, записанной в его внутренних кодах (ДНК, РНК, гены, хромосомы и т. д.).

Внешняя, внутренняя, положительная или отрицательная информация может поступать через любой из этих трёх планов, но организм реагирует на эту информацию (стресс) **тотальным и индивидуальным** образом. Например, эмоциональный шок, воспринимаемый через эмоциональный план, не всегда вызывает реакцию на эмоциональном уровне. Например, разлука с любимым человеком, вызывающая шок, с которым организм не может справиться, вызовет какую-нибудь реакцию, которой может быть кожная сыпь (кожа), герпес на губе (слизистая оболочка), язва двенадцатиперстной кишки (пищеварительная система), дисфункция печени; тревога, депрессия, суицидальная депрессия (эмоциональный уровень); спутанность сознания, бред или параноидальное мышление (ментальный уровень); либо может иметь место какое-то воздействие на все эти уровни. Мы видим, что организм реагирует совершенно индивидуальным образом согласно информации, содержащейся в его ДНК, РНК, генах, хромосомах и т. д.

То же верно для шока, полученного через физическое тело (план). Эти «шоки» могут возникнуть в результате воздействия вируса, бактерии, очень сырого или неблагоприятного в других отношениях климата и т. д. Организм будет реагировать на такой шок очень индивидуально, распределяя конечную реакцию по одному, двум или даже всем трём планам. Именно по этой причине интенсивное лечение обычно разочаровывает как врача, так и пациента, потому что приносит результаты только на материальном плане, и поэтому они слишком «грубы», а следовательно вредны, особенно для чувствительных организмов, которые не имеют стойких защитных механизмов.

Литература

1. BATESON G: Steps to an Ecology of Mind. New York: Ballantine Books, 1972
2. CHAUCHARD P: The Brain. Translated by David Noakes. New York: Grove Press, 1962
3. KAMIYA J: Conscious control of brain waves. *Psychology Today* 1968; 1: 57–60
4. LYNN R: Attention, Arousal and the Orienting Response. Oxford: Pergamon Press, 1966
5. MUSES CM, YOUNG AM, eds: *Consciousness and Reality*. New York: Outer Bridge and Lazard, 1972
6. PELLETIER KB: Neurological substrates of consciousness. *J Altered States of Consciousness* 197; 1: 2
7. PELLETIER KR: Holistic applications of clinical biofeedback and meditation. *J Holistic Health* 1976;1
8. PELLETIER KR: *Toward a Science of Consciousness*. New York: Random House, 1977
9. STEIN M, SCHIAVI RC, CAMERINO M: Influence of brain and behavior on the immune system. *Science* 1976;191: 435–440
10. TUKE DH: *Illustrations of the influence of the mind upon the body in health and disease designed to elucidate the action of the imagination*. 2nd ed. London: J and A Churchill, 1884
11. WEIL A: *The Natural Mind*. Boston: Houghton Mifflin, 1973
12. BARBER T, DiCARA L, KAMIYA J, MILLER N, SHAPIRO D, STOYVA J: *Bio-feedback and Self-control: An Aldine Annual on the Regulation of Bodily Processes and Consciousness*. Chicago: Aldine-Atherton, 1970
13. SLUM GA: *Model of the Mind*. New York: Glencoe, 1968
14. FINGARETTE H: *The Self in Transformation: Psychoanalysis, Philosophy and the Life of Spirit*. New York: Basic Books, 1963
15. LUTHE W: Autogenic training: method, research, and application in psychiatry. *Dis Nerv Syst* 1962; 23: 383
16. VASILIEV L: *Experiments in Mental Suggestion*. Church Crookman, Hampshire, England: Institute for the Study of Mental Images, 1963
17. FERGUSON M: *The Brain Revolution*. Taplinger Publishing Company, 1973
18. MARTIN EW et al: *Hazards of Medication*. Toronto: JB Lippincott Co., 1971
19. SIMMONS HE: An Overview of Public Policy and Infectious Diseases 1978; 89: 5 (part 2) 821–825
20. *World Health Statistics Annual* 1983
21. *World Health Statistics Annual* 1985
22. *World Health Statistics Annual* 1986
23. HAROLD LC, BALDWIN RA: Ecologic effects of antibiotics. *FDA Papers* 1967;1: 20–24
24. Antibiotic accountability. *N Engl J Med* 1979; 301, 7: 380–381

Глава 5.

Определение и мера здоровья

Первой задачей науки, объявляющей своей главной целью восстановление здоровья, должно быть определение того, что такое «здоровье», какова задача или цель лечения, и в каком направлении должно меняться состояние пациента во время лечения.

Следует также определить параметры для измерения здоровья. Они должны быть определены так, чтобы любой мог легко установить, прогрессирует ли подвергающийся лечению человек в направлении здоровья, или на самом деле он регрессирует к более глубокому состоянию неравновесия.

Я сомневаюсь, чтобы кто-нибудь из выпускников медицинских учебных заведений мог дать эти определения; я сомневаюсь также, что студентов-медиков учат распознавать идеальное состояние здоровья или определять параметры, которые его измеряют.

Когда боль прошла, воспаление спало, раздражающий симптом исчез, а патология более не видна, пациент обычно объявляется вылеченным. Однако могут быть вызванные лечением долгосрочные расстройства, которые не принимаются во внимание, особенно в более глубоких или более тонких частях человеческого организма, таких как иммунная или гормональная системы, либо — ещё хуже — на ментальном или эмоциональном плане. Поэтому для того, чтобы назвать лечение правильным, оно должно вызывать улучшение на всех этих уровнях *одновременно*.

Лечение человека в целом, — и с этим сегодня согласны на риторическом уровне все — должно быть чем-то большим, нежели теоретическим лозунгом: оно должно быть прикладной реальностью.

Я надеюсь ясно показать в этом трактате, что этой цели почти невозможно достичь посредством лечения аллопатическими лекарствами, и что потенциал, необходимый для этой цели, можно реализовать только через какую-либо форму альтернативной медицины в правильном исполнении, такой как гомеопатия, акупунктура, остеопатия, натуропатия и т. д.

Определение здоровья для физического тела

В чём бы ни выражалась болезнь, — в боли, дискомфорте или слабости, — она всегда ограничивает человека. Её противоположность — здоровье — даёт чувство свободы. Это та причина, по которой в приведённом ниже определении я использовал в качестве ключевого слово «свобода».

Я даю также отдельное определение здоровья для каждого из трёх планов, потому что знаю, что человек может быть болен на одном уровне и выглядеть совершенно здоровым на другом. Например, шизофреник с глубокими нарушениями на ментально-эмоциональном плане выглядит исключительно здоровым в своём физическом теле. Хорошо известен тот факт, что у тяжело психически больных пациентов почти никогда не бывает физических недомоганий, даже в самых неблагоприятных

условиях, в то время как другие, страдающие от физических недугов, могут быть очень здоровыми в своей эмоциональной и ментальной сферах.

Как мы уже сказали, каждая боль, дискомфорт, беспокойство, дистресс или слабость физического тела приводит к ограничению свободы и ощущению рабской зависимости от боли или дискомфорта. Человек вынужденно направляет всё своё внимание на боль в ущерб всему остальному, и, конечно, теряет общее чувство благополучия. Именно по этой причине здоровье на физическом плане может быть определено следующим образом: **здоровье есть свобода от боли в физическом теле, достижение состояния благополучия.**

Определение здоровья на эмоциональном плане

На эмоциональном плане человека делает своим рабом и поглощает всё его внимание чрезмерная страсть, — страсть в самом широком смысле, а не только чувственного характера.

Чрезмерная, несоразмерная страсть к чему-либо показывает определённую степень неуравновешенности на эмоциональном плане. Например, когда всепоглощающая эротическая страсть к другому человеку достигает точки, в которой обдумывается убийство этого человека из ревности, мы определённо имеем состояние болезни, а не любви. Страсть к какому-либо делу, даже очень возвышенному, которая доводит человека до состояния, в котором он задумывает разрушительные действия против других людей, определённо является состоянием болезни, а не оправданным идеализмом. Здоровое состояние эмоций никогда не заходит так далеко, чтобы повлечь разрушение, а скорее старается следовать «золотой середине» древних греков.

Фанатическое и догматическое отношение в отрыве от логики и понимания показывает определённую степень нездорового эмоционального участия, которое обычно заканчивается какой-либо катастрофой либо для такого человека, либо для других. Страстная любовь к кому-либо может означать, что степень привязанности так велика, что если на эту любовь не отвечают, то человек может совершить какое-нибудь преступление (убийство или самоубийство).

Мы слишком часто ошибочно принимаем свои эмоциональные потребности и неуверенность за настоящую любовь и привязанность. Два последних чувства предполагают отдачу без остатка. Именно эмоциональная привязанность постоянно предъявляет требования к другим под видом отдачи. Конечно, противоположность страсти — апатия — не более желательна. Апатия — крайне нездоровое эмоциональное состояние, очень близкое к идее смерти. Что желательно, так это состояние безмятежности и невозмутимости — динамичное и творческое, не пассивное, не безразличное и не разрушительное — состояние, в котором преобладают любовь и положительные эмоции, а не ненависть или другие отрицательные эмоции.

Для того чтобы оправдать своё происхождение и судьбу, людям надо выйти за рамки своей животной природы и сделать **сознательные усилия, направленные на эволюцию**, не столько в своём физическом теле, сколько в ментальной и эмоциональной сферах.

Мне кажется, теперь ясно, что страсть происходит от слабости, а не силы на эмоциональном плане. Таким образом, определение для этого плана должно быть следующим: **здоровье на эмоциональном плане есть свобода от страсти, выражающаяся в динамическом состоянии безмятежности и невозмутимости.**

Определение здоровья на ментально-духовном уровне

Дать точное определение здоровья на ментально-духовном плане — довольно трудная задача, потому что надо выявить самые важные ментально-духовные качества, нарушение которых может серьёзно нарушить ментальное равновесие.

После больших раздумий я пришёл к заключению, что на спокойствие сознания может резко повлиять эгоизм, себялюбие и стяжательство. Чем эгоистичнее и себялюбивее человек, тем выше для него вероятность психического расстройства.

Известно, что очень эгоистичный человек может сильно огорчиться, если подвергнуть сомнению его авторитет, знания или достижения. Скромный человек с теми же достижениями вряд ли будет реагировать на несправедливую критику других, увидит положительную сторону этой критики, и соответственно исправит свой курс действий. Те же «шоки», которые могут выбить из колеи эгоиста и разрушить его, могут оставить скромного человека почти не затронутым.

Эгоистичный промышленник, терпящий неудачу в своём бизнесе и теряющий свой завод, больше заботится о том, что теперь подумают о нём другие, чем о судьбе семей, включая его собственную, которые не будут иметь никаких средств к существованию. Обижено его эго. Даже если у него много средств для жизни и без завода, он будет чувствовать себя после этой неудачи жалким, и обречён на появление множества симптомов из-за своего «ложного» и эгоистичного горя.

Аналогичным образом, ядром психического расстройства может стать жажда наживы. Можете себе представить, как жадный человек может реагировать на утрату своего физического богатства, и глубокую симптоматику, которая может возникнуть в результате этого!

Вряд ли кто-нибудь сегодня совершенно свободен от чувств эгоизма, себялюбия и стяжательства.

Фактом является также то, что человек, поглощённый своим «я», не может ни объективно видеть, ни воспринимать истину. Он думает, что всегда всё знает, и знает лучше любого другого. Человечество перенесло великие катастрофы из-за такого отношения. Глядя назад в историю, мы часто узнаём это качество и называем его безумием.

Мы говорим о безумии Гитлера, Иди Амин Дада, даже капитана «Титаника», высокомерие которого стоило жизни сотням людей. Каждый

из нас по-своему имеет дело с аналогичными вопросами в меньшем масштабе. Эта «болезнь», называемая эгоизмом и себялюбием, по-видимому, всеобща. Именно поэтому мы так охотно восхищаемся святыми и почитаем их: мы считаем, что они действительно сумели подчинить себе свой эгоизм и пожертвовать свою жизнь ради других. Мы почитаем их как людей, «превосходящих» нас, потому что их достижение кажется, выходит за пределы нашего понимания. Хотя и редко, но это отношение «как у святого» является самым здоровым, какое можно иметь; в таком состоянии достигается истинный покой сознания и счастье.

Характерно, однако, что это состояние здоровья **может быть достигнуто только сознательным усилием** человека, в то время как состояние здоровья физического тела принадлежит нам от рождения.

Имеется естественное наследство и присущая людям внутренняя потребность в превращении в людей «Любви и Мудрости». Только тогда у человеческой расы будет надежда. Надежда на лучшее состояние здоровья появится не раньше, чем мы начнём видеть этот вопрос во всех его измерениях.

То неравновесие, которое мы чувствуем на ментально-духовном плане, является, возможно, самой серьёзной и трудной проблемой, с которой нам предстоит столкнуться. Никто не свободен от этого неравновесия, хотя есть разные степени. Чем сильнее эгоизм и себялюбие человека, тем больше у него возможностей для психического краха.

Поэтому мы можем определить психическое здоровье как свободу от эгоизма в ментальной сфере, выражающуюся в полном единении с Истиной.

Теперь сведём воедино полное определение Здоровья: здоровье — это свобода от боли в физическом теле, состояние благополучия; свобода от страсти на эмоциональном плане, выражающаяся в динамическом состоянии безмятежности и невозмутимости; и свобода от эгоизма в ментальной сфере, выражающаяся в полном единении с Истиной. По-настоящему здоровый человек должен поэтому сочетать оба божественных качества Любви и Мудрости.

Очевидно, что такое состояние здоровья — идеал, и никто не может обладать им во всей его целостности, но определение указывает идеальную *Модель* здоровья, к которой должно стремиться терапевтическое лечение. Чем больше подвергающийся лечению пациент приближается к этому состоянию, тем здоровее он становится, и чем дальше он от него уходит, тем менее здоровым становится.

Мера здоровья

Теперь очевидно, что нам нужны какие-нибудь параметры для измерения здоровья.

Мы должны ответить на некоторые вопросы. Например: если мы излечиваем кого-нибудь от астмы, и в результате у него возникает сердечное заболевание, как мы узнаем, лучше или хуже предыдущего это

новое состояние здоровья? Если мы лечим пациента с сердечным заболеванием, и ему становится лучше, но спустя некоторое время у него возникает фобийное состояние или невроз страха, можем ли мы сказать, что лечение пошло на пользу пациенту?

Мы увидим, что для успеха лечения оно должно выталкивать центр тяжести расстройства всё дальше и дальше на периферию, при этом последней сценой для выражения является кожа, а самые глубокие части человека — его ментальный и эмоциональный уровни — остаются нетронутыми.

Как я сказал, задача определения точной степени здоровья человека очень сложна и требует много исследований и использования большого числа параметров, прежде чем станут возможны точные ответы. Однако в качестве мнемонического правила можно сказать, что хорошим параметром для измерения здоровья человека является **степень, в которой он свободен для творчества**. Любой здоровый в основе своей человек будет стремиться созидать, нежели разрушать. Под созидательной деятельностью, как я говорил ранее, я понимаю все действия, совершаемые в интересах и на пользу самого человека и других людей. Степень, в которой человек совершает разрушительные действия по отношению к себе или другим людям, есть степень, в которой он болен.

Глава 6.

Связь человека со Вселенной

6. Человек живёт во Вселенной и составляет её неотъемлемую часть. Человек существует и взаимодействует с окружающей средой посредством своей способности обмениваться с ней энергией.

Люди неразрывно связаны с непосредственно окружающей их и более широкой средой разными способами:

1. Пищей
2. Вдыхаемым воздухом
3. Действием солнечного света
4. Температурой Земли
5. Обменом энергией со своей универсальной средой

Я не думаю, что кто-нибудь в наше время будет оспаривать факторы 1—4. Что, возможно, всё ещё трудно понять, — так это представление, что наше существование полностью зависит от нашей способности обмениваться энергией с окружающей нас средой в целом, и что этот обмен абсолютно необходим для продолжения жизни на Земле.

Хотя этот аспект крайне важен для нашего существования и благополучия, мы полностью пренебрегали им в своём поиске здоровья. Я уверен, каждый понимает, что для такого обмена энергией мы должны иметь необходимые рецепторы, и они должны быть в хорошем состоянии, чтобы выполнять свою тонкую и сложную работу.

Надо подумать над следующим гипотетическим вопросом: если в исследованиях, проводимых с целью поиска терапевтических препаратов, не учитывать этот параметр, каковы будут последствия для этих рецепторов? Когда мы глотаем химическое лекарство, и у нас появляется бессонница или какая-то необъяснимая физическая слабость, насколько это лекарство отвечает за нашу бессонницу? Насколько оно отвечает за блокировку механизмов и функций, которые восполняют нашу энергию во время сна?

Мы не можем больше себе позволить игнорировать эти вопросы, потому что скоро нам придётся столкнуться со страшными последствиями своей добровольной «слепоты».

7. Ещё предстоит признать, что передача информации между человеком и окружающей его средой осуществляется на энергетическом уровне через мельчайшие тела, представляющие собой одновременно частицы и энергию. Эти тела содержат огромное количество информации и специальные коды, которые может расшифровать только «соответствующий по духу» аппарат на аналогичном уровне.

Каждый из нас имеет аппарат, принимающий и расшифровывающий волны космической энергии, несущие специальные сообщения

и служащие специальным целям, особенно когда мы спим. Каждую ночь мы как энергетические системы становимся восприимчивыми к изобилию очень ценной информации в форме снов. Спать и видеть сны абсолютно необходимо для продолжения нашего существования и для того, чтобы вызывать необходимые «изменения». Приведём простой пример: в бодрствующем состоянии мы сталкиваемся с эмоциональной проблемой, которую не решаем надлежащим образом, а вместо этого игнорируем, подавляя свою эмоциональную реакцию. Если не исправить это состояние во сне посредством «символических снов», оно может остаться и будет разрушительно влиять на наше здоровье.

Я понимаю, что эта концепция немного абстрактна и её трудно подкрепить научными свидетельствами. Тем не менее, здесь мы занимаемся жизненно важными вопросами, затрагивающими саму жизнь, и, таким образом, не можем игнорировать определённые факты, имеющие первостепенное значение для понимания нашего предмета. Наука, я уверен, скоро даст достаточно доказательств существования энергии этого рода, которая пронизывает космос и из которой мы каждую ночь черпаем резервы для продолжения жизни.

Хорошо известен тот факт, что мы не можем долго жить без сна, особенно его определённых стадий, и сон, по-видимому, даже важнее пищи. Что такое происходит во сне, что восстанавливает нас в такой степени, и почему ничто другое не может заменить восстановление такого рода?

По-видимому, мы живём на трёх разных уровнях существования:

1. Подсознательном, где логическому уму отводится вторичная роль, особенно во время сна.
2. Сознательном, где логический ум полностью правит во время бодрствования.
3. Сверхсознательном, где логический ум «успокоился» или был полностью успокоен. Это происходит в редкие моменты во время бодрствования или в глубоких состояниях созерцания.

По-видимому, логический ум не может рассортировать все сообщения и впечатления, получаемые им в часы бодрствования, и нуждается во сне для того, чтобы разобрать «беспорядок» и расчистить «затор», возникший на более глубоком уровне в остальное время дня. Функция снов, будь то символических, пророческих или совершенно бессмысленных для логического ума, заключается в расчистке основы для ментального и эмоционального равновесия на более глубоком подсознательном уровне, чтобы человек мог продолжать свою жизнь без помех. Сны очищают «аппарат», чтобы «универсальная энергия» могла проходить через него не встречая «шума» или «пробок», накапливающихся во время бодрствования.

Одни сны можно понять логическим умом, и это помогает человеку понять некоторые свои проблемы на более глубоких уровнях. Другие сны могут показаться бессмысленными или непостижимыми, но тоже

оказывают необходимую помощь на подсознательном уровне. Чаще всего сны происходят от патологии определённого типа, и их появление является важным аспектом защитного механизма.

Если принимающий энергию аппарат повреждён хронической болезнью, восстановление во сне не может происходить легко, и человек будет чувствовать себя «неосвежённым» и постоянно усталым.

Самая вероятная гипотеза в отношении состояния сна — это что мы «купаемся во всепроникающем море тонкой энергии». Этой энергии разные люди в разные моменты истории давали разные названия. Её называли:

- **праной** индусы;
- **vis medicatrix naturae** Гиппократ;
- **magnale** Парацельс;
- **алкагестом** Ван Хелмонт;
- **астральным светом** кабалисты;
- **ртутью** алхимики;
- **spiritus** Фладд;
- **одической силой** Райхенбах;
- **животным магнетизмом** Месмер;
- **эфирной энергией, биоэнергией или простой субстанцией** оккультисты и метафизики типа Сведенборга;
- **жизненной энергией, жизненной силой или жизненным телом** виталистическая школа;
- **оргоном** Райх;
- **биоплазмой** русские исследователи и т. д.

Перспектива такова, что мы, вероятно, услышим в будущем, как её будут называть многими разными именами. Для того чтобы обеспечить понимание в данном трактате, мы будем называть её **универсальной энергией**, потому что это название точнее определяет одно из её главных качеств — универсальность. Я считаю, что решающий ответ в отношении этой энергии будет скоро дан физиками, работающими с «малыми кластерами» (новая область физики, которая быстро развивается).¹⁻⁷

По-видимому, мы находимся в постоянной связи с универсальной энергией, непрерывно обмениваемся с ней энергиями, особенно в определённых обстоятельствах, которые будут объяснены.

Как я уже отмечал, каждую ночь во время сна мы «открываемся» для приёма крайне ценной информации. Мы принимаем её в форме снов и символов⁸⁻²⁵, абсолютно необходимых для продолжения жизни. По-видимому, это не случайная энергия, а направленная, поскольку она выполняет конкретные задачи. Из огромного резервуара универсальной энергии отдельный организм извлекает необходимую энергию или информацию конкретного типа. Эта энергия, по-видимому, вызывает

необходимые исправления и перестройку в организме, чтобы мог идти процесс восстановления.

Как говорилось, полная наука о здоровье должна учитывать содержимое и взаимосвязи между физическим, эмоциональным и ментальными планами существования. Кроме того, искусство исцеления требует внимания к сложной связи человека окружающей его средой. Поэтому в любом истинно холистическом подходе ко здоровью должно не только уделяться внимание физическому, ментальному и эмоциональному планам, но и учитываться следующее:

1. Правильное питание, правильная пища (качество, сочетание и количество пищи)
2. Правильное дыхание (дыхательные привычки и контроль качества воздуха)
3. Возможная потребность в коррекции аберраций потока энергии

Литература

1. FRIEDEL J: Small aggregates. *Helvetica Physica Acta* 1983; 56: 507- 520
2. RAO BK, JENA P: Physics of small metal clusters: Topology, magnetism and electronic structure. *Physical Rev Bull* 1985; 32(4): 2058–2069
3. STEIN GD: Atoms and molecules in small aggregates. The fifth state of matter. *The Physics Teacher*, November 1979; 603–613
4. MUETTERTIES EL: Molecular Metal Clusters. *Science* 1977, 196: 839
5. ABRAHAM FF: Homogenous Nucleation Theory. New York: Academic Press, 1974
6. PAULING J, HUWARD R: The Architecture of Molecules. San Francisco: WH Freeman Co., 1964
7. MARTINS JL, BUTTET J, CAR R: Equilibrium geometries and electronic structures of small sodium clusters. *Physical Rev Let* 1984; 53(7): 655–658
8. FOULKES D, VOGEL G: Mental activity at sleep onset. *J Abnorm Psychology* 1965; 70:231–243
9. BERGER R, OSTWALD I: Effects of sleep deprivation on behavior, subsequent sleep, and dreaming. *EEG Clin Neurophysiol* 1962,14, 297(b)
10. CHERTOK L, KRAMARZ P: Hypnosis, sleep, and encephalography. *J Nerv Ment Dis* 1959; 128: 227–238
11. DEMENT W, KLEITMAN N: Cyclic variations in the EEG during sleep and their relation to eye movements, body mobility, and dreaming *EEG Clin Neurophysiol* 1957; 9: 637–690
12. DeSANCTIS S, NEYROZ U: Experimental investigation concerning the depth of sleep. *Psych Rev* 1902; 9: 254–282
13. FOULKES D: Dreams report from different stages of sleep. *J Abnorm & Soc Psychol* 1962; 65:14–25
14. FOULKES D: The Physiology of Sleep. New York: Scribners, 1966
15. FOULKES D: Theories of dream formation and the recent studies of sleep consciousness. *Psych Bull* 1964; 62: 236–247

16. FOULKES D, SPEAR P, SYMONDS J: Individual differences in mental activity at sleep onset. *J Abnorm Psychol* 1966; 71: 280—286
17. GOODENBOUGH D, LEWIS H, SHAPIRO A, JARET L, SLECER I: Dream reporting following abrupt and gradual awakening from different types of sleep. *J Pers Soc Psychol* 1965; 2:170 -179
18. KALES A: *Sleep: Physiology and Pathology*. Philadelphia: Lippincott, 1969
19. KETY S, EVARTS E, WILLIAMS H: *Sleep and Altered States of Consciousness*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967
20. KNIPPNER S, MUCHES W: Dreams and human potential. *J Human Psychol* 1970;10, (1),1 - 20
21. LUBY E, FROHMAN C, GRISEL J, LENZO J, GOTTLIEB J: Sleep deprivation: effects on behavior, thinking, motor performance, and biological energy transfer systems. *Psychosom Med* 1960; 22:182—192
22. OSWALD J: *Sleeping and Waking: Physiology and Psychology*. New York: Elsevier, 1962
23. RECHTSCHAFFEN A, VERDONE P, WHEATON J: Reports of mental activity during sleep. *Canad Psychiat Assn J* 1963; 8: 400—414
24. RECHTSCHAFFEN A, VOGEL G, SHAIKUN G: Interrelatedness of mental activity during sleep. *Arch Gen Psychiat* 1963; 9: 536
25. WILLIAMS R, WEBB W: *Sleep Therapy: A Bibliography and Commentary*. Springfield, Ill: Charles C Thomas, 1966

Глава 7.

Отделение уровней

Как мы уже пытались показать, представленная здесь *Модель* имеет дело большей частью с энергетическим комплексом человеческого организма и считает его фундаментом, на котором построен организм, имеющим поэтому первостепенную важность. Теперь мы сделаем ещё один шаг вперёд и скажем, что ментальный и эмоциональный планы не только образуют различные сущности, но и при определённых условиях «отделяются» от физического тела.

Этот факт, если он окажется верным, подтвердит независимость разных уровней, а также различие их энергетических структур.

8. Все свидетельства позволяют нам предположить, что у организма существует не только возможность, но и необходимость при определённых обстоятельствах «объединять» сложные энергетические поля ментально-эмоционального плана или их части с полями физического тела или «отделять» первые от вторых.

Человек является, по сути, энергетической единицей, которая может генерировать или принимать энергию. Для того чтобы стать восприимчивым к этой энергии, ментально-эмоциональные части должны в определённой степени отделиться от физических. Это может быть спорным вопросом, но новые свидетельства дают более чем достаточно информации для преодоления скептицизма.

Есть несколько обстоятельств, в которых мы являемся свидетелями такого явления:

1. Сон
2. Сомнамбулизм
3. Обморок
4. Хирургическая стадия наркоза
5. Гипноз
6. Йогические и религиозные трансы
7. Шизофрения
8. Отделение, вызванное химически посредством галлюциногенов
9. Кажущаяся смерть

1. Сон

Во время сна мы, по существу, ничего не делаем. Мы ложимся, закрываем глаза, и погружаемся в забытие. Неудивительно, что будучи здоровыми, мы просыпаемся утром полностью отдохнувшими и освежёнными,

имея гораздо больше энергии, чем перед сном. Откуда же поступила эта энергия? — Наиболее вероятная гипотеза состоит в том, что она поступила из какого-то источника энергии и организм обладает способностью подключаться к этому источнику энергии.

Для полноты восстановления отделение более тонких от более грубых элементов организма должно быть как можно более полным. Именно поэтому у нас бывают разные типы сна с разными состояниями восстановления. Очевидный подход к определению функций сна состоит в том, чтобы не дать человеку спать и посмотреть на последствия. В различных экспериментах со сном учёные определили, что есть два состояния сна, называемыхся НДГ (небыстрое движение глаз) и БДГ (быстрое движение глаз). Сон типа НДГ состоит из четырёх фаз, из которых четвёртая характеризуется дельта-волнами и самым высоким порогом возбуждения. Другими словами, в этой фазе человек находится в глубоком сне, его очень трудно разбудить. После этой четвёртой фазы сна типа НДГ человек переходит в сон типа БДГ. Это нейрофизиологическое объяснение немного напоминает ситуацию, о которой я говорю в связи с разными степенями отделения и восстановления на разных стадиях сна.

Как показано на сопровождающих рисунках, во время первой фазы отделения и неполное, и человек в этом состоянии испытывает лишь частичное восстановление. Во время этой фазы человек будет в какой-то

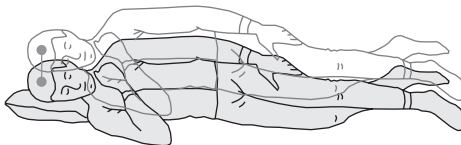


Рис. 10. Первая фаза сна: отделение неполное.

степени осознавать, что происходит вокруг него. Мы наблюдаем это у человека в «полусне»: его сознание и слух в определённой степени продолжают работать с окружающей средой. Этот человек не отпускает в действительности физический мир, и поэтому не восстанавливается полностью. Следовательно, он не встанет из своего полусна полностью освежённым.

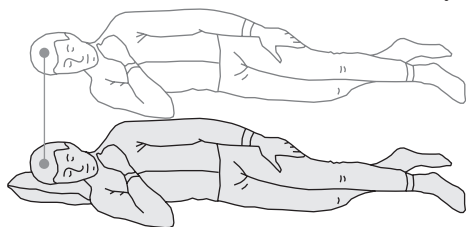


Рис. 11. Вторая фаза: более глубокий сон.

Во второй фазе человек погружается в сон глубже, и начинается фаза снов. Восстановление в этой фазе значительно лучше. Его сознание не может легко осознать наличие физического мира, и труднее слышать звуки вокруг, но его всё ещё можно легко разбудить.

В третьей фазе он находится в глубоком «забытии». Это глубокий сон, и человека нельзя легко разбудить. Восстановление в этой фазе довольно полное. Во время ночного сна человек входит в эти фазы и выходит из них в соответствии с потребностями своего организма.

Имеется четвёртая фаза сна, которая глубже всех и характеризуется наибольшим отделением. Это фаза, в которой организм сильнее всего нуждается для восстановления.^{1,2}

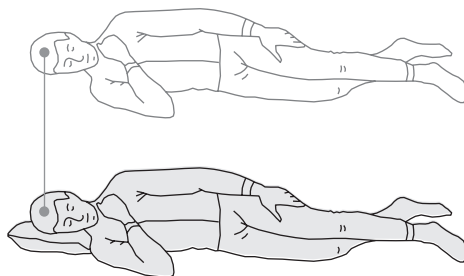


Рис. 12. Третья фаза: очень глубокий сон.

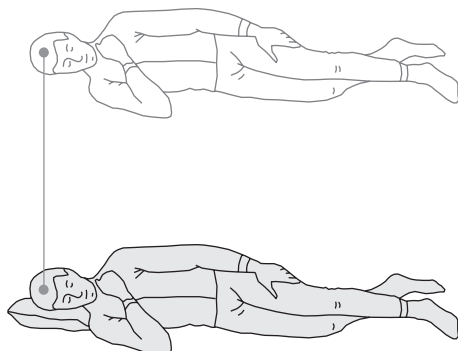


Рис. 13. Четвёртая фаза: самое глубокое состояние сна, в котором отделение велико, и обычно трудно восстановить связь.

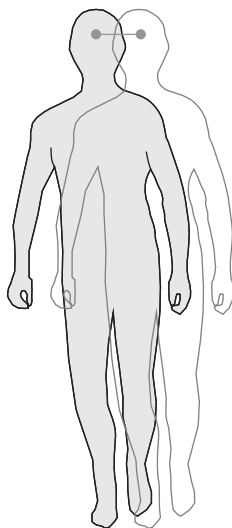


Рис. 14. Сомнамбулизм.

2. Сомнамбулизм (хождение во сне)

В этом состоянии люди садятся в постели, ходят или выполняют автоматическую и полусмысленную сложную двигательную деятельность. Пациенты остаются без сознания и сопротивляются попыткам разбудить их.

Сомнамбулизм — патологическое состояние, в котором взаимодействующие поля спутаны и физическое тело озадачено. Однако восстановление может происходить, потому что сознание вместе с пятью чувствами «успокоено».

3. Обморок

В этом явлении мы становимся свидетелями конечной реакции защитных механизмов, направленной на спасение организма от крайней опасности. Чем тоньше элементы содержащего их организма, тем более тонкие способности и чувства глубоко отделяются от более грубых элементов в такой степени, что ничего не ощущается даже при наличии крайней боли, как в случае ампутации.

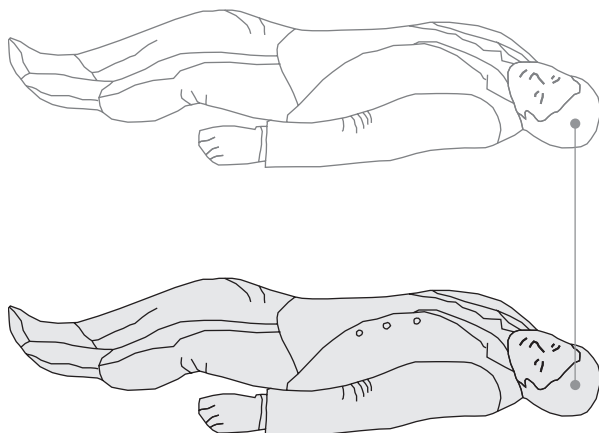


Рис. 15. Обморок.

В этой ситуации мы наблюдаем попытку организма защитить всю систему от влияния крайней боли, которое могло бы оказать фатальное воздействие на сердце или головной мозг. И снова в этот момент мы наблюдаем в организме тот же принцип «отключения» сознания, эмоций и пяти чувств.

4. Хирургическая стадия наркоза

При хирургической стадии наркоза мы наблюдаем экстериоризацию более тонких уровней организма, совершенно аналогично тому, что наблюдается при обмороке. Часто мы слышим о странных явлениях в обеих этих категориях. Люди осознают, что находятся вне своего тела, и наблюдают свою физическую форму, лежащую на операционном столе или на земле; они могут даже слышать разговор других людей, находящихся рядом. Эти свидетельства снова подтверждают теории, изложенные в данном трактате. Снова и снова сообщают о таких переживаниях в коматозных состояниях или «предсмертных» ситуациях.

Приведём пример переживания, связанного с наркотиками. Джеймс цитирует описанием Саймондом пациента, подвергающегося наркозу хлороформом:

«...Я подумал, что близок к смерти, когда внезапно моя душа осознала присутствие Бога, который совершенно очевидно занимался мной, ухаживал за мной.»^{3,5}

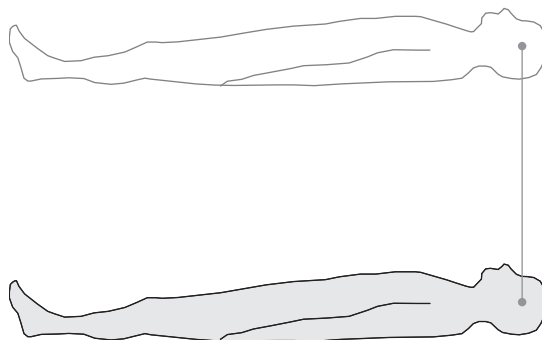


Рис. 16. Хирургическая стадия наркоза.

5. Гипноз

Под гипнозом человек испытывает отделение ментального плана от физического и теряет контроль над своим рациональным сознанием. Гипнотизёр с помощью специального метода может манипулировать сознанием, чувствами и ощущениями субъекта.

Важно и интересно наблюдать, сколько разных возможностей имеет в своём распоряжении организм для объединения этих тонких элементов с более грубыми и отделения их. Исследование в этих областях может обнаружить много интересных явлений в связи с генезисом болезней вообще и может придать силу замечанию, что существует потребность в более тонких терапевтических средствах, чем грубые лекарства, используемые сегодня аллопатической медициной.^{6,13}

6. Йогические и религиозные трансы

Есть много сообщений о йогах, особенно из Индии, которые остаются в трансе целыми днями. Они «выходят» из своего тела, однако одновременно их физическое тело остаётся полностью ригидным. Конечно, такие состояния обладают крайне сильным восстанавливающим действием, но простым людям очень трудно их достичь. Такие трансы активно и сознательно вызывают йоги и другие религиозные адепты. Другими словами, человек сам разрывает связь с материально-физическим миром.

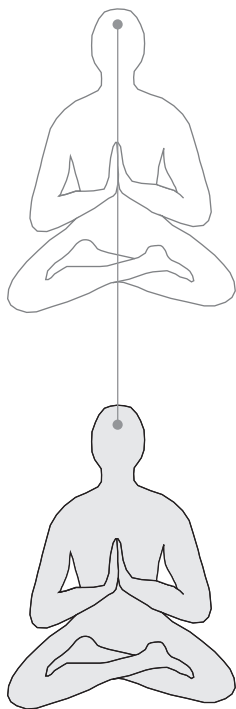


Рис. 17. Йогические состояния:
тело становится неподвижным,
а пять чувств полностью
отключаются.

что слово «шизофрения», происходящее из греческого языка, буквально означает «расщепление» или «разъединение» сознания. Очень важно, что химические лекарственные препараты могут вызывать такие состояния; наблюдайте за действием галлюциногенных препаратов.²⁵²⁹

Есть так много рассказов о таких случаях, что эта концепция не требует дальнейшего документирования.^{14,24}

В таких случаях, согласно принципу, что **подобное притягивает подобное**, качество (высокие или низкие области) универсальной энергии, с которой соприкоснётся человек, будет определено чистотой, ясностью и связностью его поля. При отделении такого рода человек отказывается от сознательного контроля над своим физическим телом и открывает своё существо влиянию космических (универсальных) полей, которые наиболее похожи на его поля по качеству или частоте вибрации.

7. Шизофрения

При этом заболевании, как и многих других психотических расстройствах, пациент живёт в состоянии частичной экстерниоризации (отделённости), где-то между физическим миром и миром снов. Он может получать впечатления из обеих сфер одновременно. Интересно отметить,

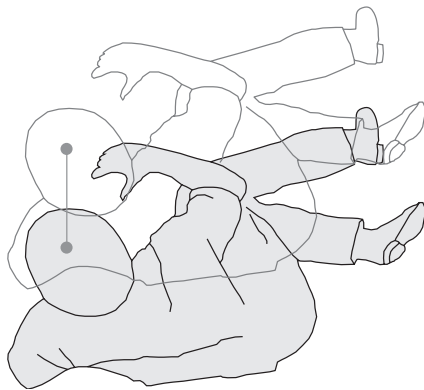


Рис. 18. Шизофреническое состояние:
галлюцинация.

8. «Отделение», вызванное химически с помощью галлюциногенных препаратов

Это, конечно, хорошо известное и тщательно документированное явление.^{6,12,30-48}

Известно, что в этом состоянии те, кто проглатывает галлюциноген, часами и даже днями существуют в состоянии «отделения». В этом состоянии принявший препарат человек воспринимает другие эфирные миры, часто теряя способность различать объективные реальности этого физического мира.

Иногда под влиянием этих препаратов человек испытывает частичное отделение. Это наблюдается также при шизофрении, когда люди живут в своём собственном мире фантазий и обладают запутанным восприятием реальности и физического мира.



Рис. 19. Субъект под влиянием галлюциногенных препаратов воспринимает образы другого измерения.

9. Кажущаяся смерть

Здесь мы являемся свидетелями самого длительного и глубокого отделения, которое может существовать, пока организм остаётся живым. Это состояние можно рассматривать как существование на границе жизни и смерти. Кажется, что человек находится в состоянии, очень похожем на смерть, но через несколько часов или дней он выходит из этого состояния. Что именно возвращается? Что отсутствовало во время этой кажущейся смерти? Присутствовали ли всегда ментально-эмоциональные планы с пятью чувствами? Есть несколько законных вопросов, которые необходимо задать о таких явлениях. Д-р Элизабет Кублер-Росс³ посвятила свою жизнь изучению этого и похожих явлений пребывания в состоянии, «близком к смерти», и представила своё сообщение всему медицинскому миру. Сообщение состоит в том, что определённо имеется нечто ещё, что существует вне физического тела.

Перечисленные до сих пор явления имеют некоторые общие факторы:

1. Временная приостановка деятельности логического сознания (части или частей ментального уровня)
2. Временная приостановка эмоций (либо части, либо всего эмоционального уровня)

3. Временная приостановка пяти чувств (частично или полностью)

Эти явления могут иметь место потому, что человеческий организм имеет строение, являющееся не чисто физической, а также энергетической формой. Некоторым нравится называть её «эфирным телом», другим — «астральным телом», третьим — «биоэнергией»; физики раньше называли это «антиматерией, а те, кто сейчас занимается исследованием «малых кластеров», любят называть это «пятым состоянием материи». Нам неважно, как это называется, если все понимают и признают, что это состояние материи обладает «новыми качествами», очень похожими на качества энергии.

Вековые споры между материалистами (верящими только в чисто физический мир) и теми, кого презрительно называют «метафизиками», стоили человечеству много страданий. Мы надеемся, что скоро они закончатся на пользу человечеству.

Наступило время объединить и использовать всю совокупность человеческих знаний во всех их разнообразных проявлениях — научном, философском, религиозном и метафизическом.

Мы должны не только объединить эти факторы, но и сделать это как можно быстрее. Учёные должны научиться слушать философов, а метафизики должны включить в своё философское созерцание открытия науки. У этой планеты будет надежда только в том случае, если возникнет человек нового типа, который объединит знания человеческого ума, завещанные нам столетиями труда и страданий.

9. Возможные различные степени отделения показывают крайнюю сложность генерируемых человеческим телом полей и сложные взаимосвязи, вызывающие такие разнообразные явления

Интересно наблюдать, что отделение происходит в гораздо большем числе ситуаций, чем было перечислено. Например, когда кто-нибудь сосредоточивается на решении проблемы, он использует определённую степень отделения, чтобы изолироваться от отвлекающей окружающей среды. В таких случаях для него нормально не слышать раздающегося рядом шума или не замечать входящего в комнату другого человека, хотя его глаза открыты.

Для того чтобы заниматься абстрактным мышлением, нам надо отделаться от окружающей среды. Каждый из нас, вероятно, когда-нибудь приводил в бешенство жену или мужа тем, что не обращал внимания на то, что она или он говорили. Вы не слышали их, и не потому, что не обращали внимания, а потому, что были поглощены в свои собственные мысли. Вы были в определённой степени отделены.

Таким образом, из всех этих примеров видно, что есть уровни существования, которые являются частью человеческой сущности, но существуют отдельно от физического тела.

10. «Отделение» важно для продолжения жизни

Когда физическое тело больше не пригодно для продолжения своей функции, так как очень устало, истощено или сильно травмировано, отделение абсолютно необходимо для предотвращения дальнейшего разрушения.

Только в таком состоянии может иметь место поток энергии, необходимый для восстановления человека. Этот процесс должен происходить естественно, без влияния химической стимуляции.

Способность отделяться **по желанию** предполагает высокую степень эволюции человека и даёт ему возможность восстанавливаться по желанию.

Для того чтобы произошло восстановление, сознание вместе с пятью физическими чувствами должно быть отключено **естественным образом**, например, посредством сна, состояний сосредоточенности, самогипноза, медитационных состояний, состояний экстаза, глубоких религиозных переживаний, йогических экстериоризаций и т. д. Другими словами, человек должен разорвать свою связь с физическим миром.

В процессе отделения нормальный человек, потеряв контроль над своим физическим телом, открывает своё существо влиянию космических (универсальных) полей энергии, которые **больше всего похожи** на частоты вибрации его собственных полей. По этой причине разные люди испытывают разные переживания в таких состояниях: одни — очень пугающие, а другие — очень приятные.

Следует заметить, что сегодняшняя молодёжь и молодёжь последних десятилетий с отчаянием и огромным усердием старается приобрести способность выходить за пределы своего тела. В попытках добиться этого они пользуются галлюциногенными препаратами, перенимают практику и учения восточных философов и принимают новый образ жизни. Такие молодые люди обычно ищут духовных или мистических переживаний.

Использование галлюциногенных средств было известно с древних времён, но оно было тесно связано с мистическими или религиозными церемониями. Посвящённые древних стран, таких как Греция, Египет и Индия, использовали специальных людей, одарённых чувствительностью, или «шестым» чувством. Под очарованием мистической церемонии, усиленным специальными средствами, эти люди могли разгадывать тайны и предвидеть будущие события или ситуации.

Использование таких средств в нашей современной жизни имеет мало общего с такими мистическими переживаниями, и многие молодые люди переживают усиление своих собственных подсознательных страхов или желаний, а не объективную истину или будущие события. Вследствие этого «необоснованного» подхода, результаты либо незначительны, либо губительны. Очень пугающие переживания часто возникают в результате небрежного экспериментирования с наркотиками. Часто отрицательные результаты этих «путешествий» остаются на всю жизнь.

Помимо использования химических средств для отделения сознания от тела, есть ментальные и духовные упражнения, которые могут дать

практикующему их чувство «покоя сознания» вместе с чувством «восстановления». Успех всех этих так называемых «эзотерических» или «мистических» практик, берущих начало преимущественно на Востоке, основан на простом факте, что если достаточно сильно заглушить логический ум, либо полностью остановить его работу, то возникает чувство глубокого покоя и восстановления.

Следует пояснить, что духовные или мистические переживания не могут быть результатом принудительно вызванных состояний, а скорее являются кульминацией зрелых и непрерывных духовных усилий.

Для того чтобы достичь постоянного состояния «изменённого сознания», человек должен преодолеть несколько автоматических схем поведения и обусловленность ума, что требует с его стороны «сверхусилий». Временное состояние «изменённого сознания» может часто достигаться путём медитации, молитвы, созерцания, наркотиков и т. д. Все такие переживания указывают на тот факт, что человеческий организм обладает бесконечным потенциалом восстановления и духовной эволюции. Однако «несанкционированный» вход в такие миры всегда готовит неприятные сюрпризы для вторгающегося, аналогичные ощущениям человека, охваченного кошмаром.

Как уже упоминалось, качество «космической» энергии, с которой соприкоснётся человек, определяется чистотой, ясностью и связностью его энергетических полей. Для того чтобы дополнительно прояснить этот вопрос, можно сказать, что эфирное тело (энергетические поля) каждого человека не является полностью положительным или полностью отрицательным, а представляет собой смесь, и, таким образом, степень ясности или, в религиозных терминах, чистоты всегда относительна и никогда не является абсолютной. Никто не является абсолютно чистым или абсолютно злым. Есть только относительные степени чистоты или нечистоты, точно так же, как есть относительные степени здоровья и болезни. Таким образом, как бы упрощённо это ни звучало, чем чище человек в данный момент, тем приятнее для него переживание отделения и тем лучше оно восстанавливает его силы.

Например, предположим, что вы испытали религиозное переживание на исповеди. С полной откровенностью вы исповедались во всём, что отягощало вашу душу, и вышли помолодевшим и счастливым. Если в этот момент максимальной чистоты вы переживёте отделение, то оно будет очень приятным.

Затем вы снова накапливаете какие-то плохие переживания. Вы совершаете проступки, поступки, которые считаете аморальными, неэтичными и злыми. Вследствие этих поступков возникает ситуация, когда вы — тот же человек — испытаете совсем другое, более отрицательное переживание во время отделения, так как на это переживание будет в большей степени влиять относительная нечистота момента. Ваша реальность в этот момент повлияет на результат; если эта реальность отрицательна, содержит проступки против самого себя и других людей, то и ваше переживание отделения будет отрицательным.

Литература

1. ANGREW H, WEBB W, WILLIAMS R: The effects of stage four sleep deprivation. *EEG Can Neurophysiol* 1964;17: 68—70
2. FOULKES D, VOGEL G: Mental activity at sleep onset. *J Abnorm Psych* 1965; 70: 231—243
3. KUBLER-ROSSE
4. MONROE R: *Journeys Out of the Body*. Garden City, New York: Doubleday & Co., 1971
5. TART C: A second psychophysiological out-of-the-body experience in a gifted subject. *Int J Parapsychol* 1967; 9: 251 258
6. AARONSON B: Hypnosis, depth perception and schizophrenia. Paper, Eastern Psych Assn, Philadelphia, PA; 1964
7. BEERS C: *A Mind that Found Itself*. New York: Atherton Press, 1965
8. HUXLEY A: *The Doors of Perception*. New York: Harper & Bros., 1954
9. LEVINE J, LUDWIG A: Alterations of consciousness produced by combination of LSD, hypnosis, and psychotherapy. *Psychopharm* 1965; 7:123—217
10. LUDWIG A, LEVINE J: Alterations of consciousness produced by hypnosis. *J Nerv Ment Dis* 1965;140,146—153
11. MOSS C: *The Hypnotic Investigation of Dreams*. New York: John W.Wiley & Sons, 1967
12. SHOR R, ORNE E: *The Nature of Hypnosis: Selected Basic Readings*. New York: Holt, Rhinehart & Winston, 1965
13. TART C: Hypnosis suggestion as a technique for the control of dreaming. Paper. *Amer Psychol Bull* 1965; 63, 87—99
14. YOGANANDA PARAMAHANSA: *The Autobiography of a Yogi*. Encinitas, CA: Self-Realization Fellowship, 1954
15. GODNEY K: An examination into physiological changes alleged to take place during the trance state. *Proc Soc Psych Res* 1938—1939; 45, 43—68
16. KASAMATSU A, HIRAI T: Science of Zazen. *Psychologia* 1963;6,86—91
17. KASAMATSU A, SHIMAZONO Y: Clinical concept and neurophysiological basis of the disturbance of consciousness. *Psychiat Nears Jap* 1957; 11: 969—999
18. KNOWLES D: *The English Mystical Tradition*. London:Burnes & Gates, 1961; 57
19. MAHARISHI MAHESH YOGI: *The Science of Being and the Art of Living*. Available through local branches of Students International Meditation Society in most large cities, 1966
20. STAGE W: *Mysticism and Philosophy*. Philadelphia & New York: JB Lippincott, 1960
21. WENGER M, BAGHI B: Studies of autonomic function in practitioners of Yoga in India. *Behav Science* 1961; 6: 312—323
22. WENGER M, BAGHI B, AN AND B: Experiments in India on «voluntary» control of the heart and the pulse. *Circulation* 1961; 24:1319- 1325
23. WOODS J: *The Yoga-system of Patanjali*. Harvard Oriental series. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1914; 42
24. BRUNTON P: *A Search in Secret India*. B. I. Publications, 1970
25. De VITO R, FRANK I: Ditrans: searchlights on psychosis. *J Neuropsychiat* 1964; 5: 300—305

26. GREIFENSTEIN R, De VAULT M, YOSHITAKE J, GAJEWSKI E:
A study of L-arylcyclohexylamine for anesthesia.
Anesthes & Analges 1958; 37: 283–294
27. LAWES T: Schizophrenia, «semyl» and sensory deprivation.
Brit J Psychiat 1963;109:243–250
28. ENGLE G, ROMANO J: Delirium: a syndrome of cerebral insufficiency.
J Chron Dis 1959; 24: 691–697
29. CHRISTIANSON G, KARLSSON B: Sniffing: a means of intoxication among children. *Svenska Lakartidningen* 1957; 54: 33–44
30. BAN T, LOHRENZ Z, LEHMANN H: Observations on the action of Semyl-a new psychotropic drug. *Canad Psych Assn J* 1961; 6:150 - 157
31. BERLIN L, GUTHRIE T, WEIDER A, GOODELL H, WOLFF H: Studies in human cerebral function: the effects of mescaline and lysergic acid on cerebral process pertinent to creative activity. *J Nerv Ment Dis* 1955; 122: 487-491
32. COHEN S: LSD and the anguish of dying.
Harper's Magazine 1965, 231: 6072, 77–78
33. COHENS, SILVERMAN A, SHMAVONIAN B: Psychophysiological studies in altered sensory environments. *J Psychosom Res.*, 1962; 6: 259–281
34. CROCKET R, SANDISON R, WALK A: Hallucinogenic Drugs and their Psychotherapeutic Use. London: JQ Lewis, 1963
35. De REPP R: *Drugs and the Mind*. New York: Grove Press, 1957
36. FISHER R: *Origin and Mechanisms of Hallucination*.
New York: Plenum Press, 1970
37. HOROWITZ M: The imagery of visual hallucinations.
J Nerv Ment Dis 1964;138: 513–523
38. MALITZ S, ESECOVER H, WILKENS B, HOCK P: Some observations on psilocybin, a new hallucinogen, in volunteer subjects. *Comp Psychiat* 1960; 1: 8–17
39. MASTERS R, HOUSTON J: *The Varieties of Psychedelic Experience*.
New York: Holt, Rhinehart & Winston, 1966
40. MeGLOTHIN W, CIHEN S, MeGLOTHIN M: Long-lasting effects of LSD on normals. Los Angeles: Institute of Government and Public Affairs, 1967
41. OSMOND H: A review of the clinical effects of psychomimetic agents.
Ann NY Acad Sci 1957; 66(3): 418–434
42. OSTER G: *The Science of Moire Patterns*.
Barrington, NJ: Edmund Scientific Co., 1964
43. OSTFELD A: Effects of LSD-25 and JB-388 on tests of visual and perceptual function in man. *Fed Proc* 1961; 20: 866–883
44. PAHNKE H: *Drugs and Mysticism: An Analysis of the Relationship between Psychedelic Drugs and the Mystical Consciousness*.
Cambridge, Mass: Harvard University, 1963
45. SAVAGE C: Variations in ego feelings induced by LSD-25.
Psychoanal Rev 1955; 42:1–16
46. SOLOMON D: *LSD: The Consciousness-expanding Drug*.
New York: GP Putnam & Sons, 1964
47. WHITMAN R, PIERCE C MAAS J: *Drugs and Dreams*.
In L Uhr & J Miller, *Drugs and Behavior*.
New York: John Wiley & Sons, 1960; 591- 595
48. TART CT: *Altered States of Consciousness*. New York: John Wiley & Sons, 1969

Глава 8.

Эволюция или вырождение

11. Человека следует понимать как очень сложную энергетическую единицу, способную либо к эволюции, либо к вырождению.

Под **эволюцией** мы имеем в виду большую степень взаимосогласованности информационных структур, ведущую к усилению способности к творческой **деятельности и долголетию**.

Под **вырождением** мы имеем в виду большую степень спутанности этих информационных структур с повышенной тенденцией к разрушению.

Каждый человек может стать более связным, полным и организованным, и поэтому прогрессировать в направлении восстановления. Однако в то же время для него существует возможность попасть под неблагоприятное влияние различных внешних или внутренних отрицательных факторов, которые могут разорвать на части его цельную систему и спровоцировать её вырождение.

Эволюционирует или вырождается не только материальное тело, но и эмоциональный и духовный аспекты человека. Эти два аспекта (материальный и духовно-психический) могут не совпадать в своём прогрессе или регрессе. Другими словами, в то время как физическое тело может вырождаться, ментальный уровень — и особенно духовный аспект этого уровня — может прогрессировать в направлении большей связности или наоборот. Например, в период, когда физическое тело сильно страдает от тяжёлой хронической болезни, духовно-психические планы человека могут прогрессировать в направлении большей организованности и связности. У нас есть примеры гениев, способность которых к научным или художественным достижениям была велика в то время, когда их физические тела вырождались от хронической болезни. Не случайно также мы часто становимся свидетелями странного явления у тех, кто умирает от тяжёлых болезней. В это время у них выходит на первый план лучшее, что в них есть, они демонстрируют сильный духовный поворот сознания и любящее расположение, которых не проявляли в своей жизни ранее, когда их считали «здоровыми».

Мы можем также стать свидетелями противоположного — психически больные люди демонстрируют колоссальную стойкость физического тела: они редко болеют, даже когда попадают в тяжёлые опасные ситуации. В отличие от «здоровых» детей, дети, больные аутизмом, редко болеют острыми и инфекционными болезнями. Хорошо установлен тот факт, что тяжело психически больные пациенты в психиатрических лечебницах редко страдают от инфекций, несмотря на пребывание в очень неблагоприятных условиях, особенно в слаборазвитых странах. Это происходит потому, что центр тяжести расстройства сосредоточен, главным образом, в более глубоких планах существования, оставляя физическое тело нетронутым.

Это наблюдение, хотя и является крайне важным, не было полностью понято и оценено даже теми, кто весьма опытен в работе с альтернативными методами лечения.

Это иррегулярное и некоординированное развитие человека, когда все уровни прогрессируют или регрессируют по отдельности, а не равномерно, как можно было бы ожидать, в большой степени является следствием преобладающих социокультурных норм. Так, требования общества часто, по-видимому, вынуждают человека следовать нездоровому и иногда неискреннему курсу действий. Человеческий ум изобрёл мириады способов приглушить или даже «убить» эмоции. Это делается систематически в западных обществах, где можно слышать такие фразы, как «Ты никогда не должен показывать свои эмоции», «Не будь таким эмоциональным» и «Если ты плачешь, ты слаб и досаждаешь окружающим».

Имеется ещё одна губительная практика, особенно среди сегодняшних молодых людей, когда многие из них путём отделения эмоций от физического тела следуют по пути гедонизма вместо любви. Поставив секс выше любви, они выбирают путь с такими тонкими и глубоко пагубными последствиями, что, возможно, будут чувствовать последствия в течение всей оставшейся жизни.

Вместо того чтобы по-настоящему полюбить, — так, чтобы половой акт стал кульминацией восстанавливающего и приносящего глубокое удовлетворение процесса, — они выбирают физический «оргазм» в отрыве от какого бы то ни было эмоционального участия — выбор, который лишает их гораздо более драгоценных, творческих и тонких энергий. Они остаются с неопишуемой пустотой, истощением энергии и эмоциональным «склерозом», который делает их старыми и эмоционально мёртвыми людьми даже в возрасте 25 лет.

Неправильное или неполное понимание функции и важности эмоционального плана обусловлены тем фактом, что это самый мощный генератор человеческой боли и страдания. Некоторые люди думают, что убив эту сторону своей природы, они могут избежать боли.

Немногие понимают значение такой боли и содержащийся в ней потенциал эволюции человеческого вида. Немногие понимают, что именно этот вид страдания, исходящего из этого плана, придаёт качество и отличает нас от совершенно животного и грубого в прочих отношениях существования. Немногие учитывают важную роль эмоций, особенно люди из традиционной медицины. Когда эти эмоции достигают крайней степени, их умерщвляют сильными химическими лекарствами. Цена, которую нам придётся заплатить в близком будущем за такую неразумную практику, может оказаться настолько высокой, что будет граничить с катастрофой. Эмоционально жёсткие, больные и неискренние люди будут навлекать ужас и боль друг на друга без нормальных ограничений, налагаемых «хорошим и добрым сердцем». Работники здравоохранения более, чем кто-либо другой, должны понять и использовать это знание правильным образом.

Глава 9.

Стимул или информация

12. Организм всегда реагирует на любой стимул как целое. В своём естественном состоянии организм распознаёт стимул как информацию, к которой он восприимчив, и тем самым уязвим; эта восприимчивость порождает притяжение и чувствительность к стимулу.

Стимулы могут быть специфичными — такими, как бактерии, микроорганизмы, вирусы, грибки и т. д. — или неспецифичными, как изменение климата, эмоциональное горе, психические расстройства, шоки и т. д.

На организм будут влиять только те стимулы, к которым он predisposed расположен и с которыми находится в особом родстве; это будет называться «восприимчивостью». Все прочие стимулы не повлияют на него и не нанесут ему вреда.

Восприимчивость к определённым стимулам следует понимать как потенциально опасное состояние здоровья, в котором организм находится с рождения или которое возникло после каких-то конкретных стрессов. В определённый момент времени, когда организм находится под действием стресса, эта восприимчивость к определённым стимулам разворачивается в настоящее патологическое состояние (острое или хроническое заболевание). Эти реакции (симптомы болезней) нужны организму для противодействия стрессу. Это развёртывание является естественным процессом, который обусловлен законом отбора, гласящим, что если индивид достаточно силён, то он переживёт кризис и выйдет из него глубоко «очищенным» и даже ещё более сильным.

Ситуация полностью меняется, когда организм подвергается действию вводимого в него (особенно в течение длительного времени) мощного лекарственного препарата. Эти отпускаемые по рецепту и без рецепта лекарства, поглощаемые каждый день миллионами людей (пациентами, наркоманами и т. д.) во всём мире, обладают неограниченной способностью разрушать защитные механизмы человеческого организма, особенно его иммунную систему. СПИД, синдром дисфункции иммунной системы и хронической усталости, кандидоз, рак, шизофрения, артрит, артериосклероз, слабоумие Альцгеймера и прочие хронические дегенеративные болезни — это лишь несколько примеров последствий таких нарушений экологии тела.

13. Сила стимула (или информации) прямо пропорциональна степени восприимчивости (или уязвимости) к нему организма

Разные организмы обладают разными степенями чувствительности или уязвимости по отношению к разным стрессам. Например, организм с большой чувствительностью к какой-нибудь конкретной бактерии или вирусу при соприкосновении с этим микроорганизмом немедленно и резко отреагирует посредством тяжёлой симптоматики. Чем восприимчивее

организм, тем резче и быстрее он реагирует, и поэтому тем опаснее исход болезни. Другой, не восприимчивый к тому же вирусу человек может буквально съесть его без каких бы то ни было последствий. Прекрасной иллюстрацией служит случай, произошедший с профессором Петенкоффером, доктором медицины, и д-ром Кохом, которые открыли бациллу туберкулёза. Для того, чтобы доказать своим коллегам и Коху, что для возбуждения определённой болезни нужен не только микроб, но и восприимчивость или предрасположение организма, профессор Петенкоффер выпил содержимое ампулы, в которой была бацилла туберкулёза. Он буквально переварил микроба, но совершенно не пострадал от этого.

Человек испытывает эмоциональный шок, когда друг сообщает ему, что у его жены есть внебрачная связь. В результате аналогичного опыта в своём первом браке, этот человек стал чувствителен к такой информации. Поэтому у него есть предрасположение к сильному воздействию на него такого отрицательного стресса, и его организм испытывает разрушительные последствия: у него возникает депрессия, сердечный приступ, диабет или ужасная кожная реакция, при этом точный характер реакции зависит от предрасположений, присущих его генетической организации.

Человек, чувствительный к пыльце розы, будет испытывать губительные последствия от соприкосновения с ней, в то время как другие будут наслаждаться её ароматом.

Пациент А очень чувствителен к определённому антибиотику, и буквально падает от соприкосновения с небольшим его количеством. Аллергические реакции (повышенная чувствительность), вызываемые даже бесконечно малым количеством пенициллина и его производных, уже хорошо известны.^{1,4} Пациент Б может выдержать значительные количества того же антибиотика без отрицательных последствий.

У некоторых людей, принимающих какой-либо антибиотик, болезнь или серьёзные побочные действия не проявятся немедленно, а будет аллергическая реакция замедленного типа. Если неразумно продолжать давать это лекарство, то оно обязательно создаст предрасположение даже у тех, кто первоначально не был к нему чувствителен. Недавно проявлялось много интереса к аллергической реакции замедленного типа, вызываемой такими антибиотиками, как рифам-пин, амфотерицин В, метродиноксазол, доксициклин и тетрациклин.^{5,7}

По моему мнению, антибиотики, которые могли бы спасти жизнь и быть благословением в действительно опасных случаях, назначаются так, что окажутся одним из величайших проклятий нашей современной цивилизации. Они могут спасти жизнь пациента, но оставить его слепым, глухим, с больными почками, печенью или головным мозгом, некрозом костей, изъязвлением кишечника, кишечным кровотечением, рубцами на коже, крайней чувствительностью к солнечному свету или другими расстройствами, которые могут длиться месяцами и годами. Только в последнее десятилетие мы начали понимать масштаб, трудность и сложность проблемы. Сегодня слишком очевидно, что отрицательные реакции на лекарственные препараты представляют большую

угрозу общественному здоровью в вызывающих тревогу масштабах.⁸ Соответственно, я заключаю, что антибиотики должны назначаться только в экстренных ситуациях и только при угрозе жизни пациента.

14. Стимулы или информация могут быть положительными или отрицательными и способствовать либо эволюции, либо вырождению

Все мы знаем о полезности передачи понимания или информации людям, особенно когда речь идёт о «серых» или запутанных областях их эмоциональной или ментальной сферы. Вся идея психотерапии основана на этом предположении. Аналогично, чтобы принести человеческому организму реальную пользу, лекарственное растение или минерал должны давать ему эту очень необходимую информацию.

Когда стимул (который должен всегда пониматься как заряд тонкой энергии) переходит критический уровень (способность организма автоматически справиться с ним), происходит изменение, в ходе которого возникает саморегулирование или расстройство, что похоже на **квантовый скачок**, вызывающий перераспределение энергии. Под этим квантовым скачком мы подразумеваем, что организм в доли секунды меняет свой уровень здоровья; скачок отмечает начало эволюционных процессов или процессов вырождения. Этот скачок становится нужен организму, чтобы справиться с новой ситуацией, созданной враждебным или положительным стимулом.

Враждебные стимулы состоят не только из бактерий и вирусов, но и химических лекарственных средств. При столкновении с лекарством организм человека сначала пытается ликвидировать токсическое действие лекарства, и тем самым восстановить порядок. Однако при частых повторяющихся атаках лекарств дела принимают другой оборот. Главным примером будут больные СПИДом. Больные СПИДом пациенты в прошлом часто подвергались многократному воздействию антибиотиков для лечения венерических заболеваний, приобретённых до проявления СПИДа. Эти антибиотики, которые сами оказывают пагубное действие, представляют собой стрессы, подрывающие защитную реакцию организма-хозяина на вирус СПИДа. Вследствие этого, защитные механизмы хозяина с уровня, где сдерживалось действие вируса, отступают «квантовым скачком» на более глубокий уровень. Этот защитный сдвиг фактически означает, что состояние хозяина нарушается глубже, чем ранее; реакция иммунной системы оказалась не достаточной для того, чтобы справиться со вмешательством. Если хозяин продолжает подвергаться действию сильных лекарств, то расстройство будет проникать на всё более глубокие уровни — например, в центральную нервную систему, которая представляет собой самый глубокий уровень поражения при инфекциях, вызываемых вирусом СПИДа.

Влияние лекарств является отрицательным не только в количественном, но и в качественном отношении, причём первое выражается в видимых или прямых побочных действиях лекарств на организм человека, а последнее представляет собой тонкое долгосрочное влияние на естественные

защитные механизмы. Долгосрочное воздействие — это разрушение внутренней экологии организма. После продолжительной аллопатической «терапии» защитная система пациента запутывается и почти парализуется, теряя способность инициировать лечебные реакции, потому что таким реакциям постоянно противодействует вмешательство какого-нибудь аллопатического лекарства.

С другой стороны, большинство серьёзных альтернативных терапевтических методов сосредоточено на укреплении лечебных способностей организма. Если стимул лечебный, или положительный, начнётся процесс восстановления, и в конечном счёте может произойти настоящее излечение. Однако, для этого стимул должен быть мощным и специфичным.

Путаница, которая существует сегодня в области альтернативных методов лечения, обусловлена тем фактом, что так называемые «практики», практикующие эти терапевтические искусства, не являются специалистами в своей области, и поэтому не могут обеспечить необходимое для каждого больного индивидуализированное и абсолютно специфическое лечение. Ошибаются не лица, которые практикуют эти методы лечения, а медицинские власти, которые до сих пор проявляют пугающее безразличие к поддержке альтернативных учебных центров. Есть несколько исключений в США, таких как школы остеопатии и натуропатии. Лица, желающие глубоко изучить какую-нибудь альтернативную терапевтическую модальность, не могут найти авторитетной школы или учебного центра. В отчаянии они обращаются к любому, кто претендует на обучение этим альтернативным методам лечения. Результатом часто являются путаница и эксплуатация. Со своей стороны, медицинские власти презируют альтернативные методы лечения; они немедленно вешают на них ярлык «знахарства» и отказываются дальше изучать их.

Такая удобная реакция недолго будет выручать. Появление СПИДа, синдрома хронической усталости, кандидоза и прочих новых эпидемий и заболеваний уже встревожило ничего не подозревающую общественность и заставило усомниться в предположениях аллопатической бюрократии.

15. В процессе смены уровней посредством квантовых скачков организм оказывает значительное сопротивление, которое можно преодолеть только интенсивностью и качеством стимулов (информации)

Организм всегда автоматически приспосабливается к стрессам, которым подвергается со стороны внутренней и внешней среды. Таким образом, для поддержания status quo или гомеостаза он оказывает сопротивление в форме малых или неразличимых изменений в теле, которые постоянно восстанавливают внутреннее равновесие.

Однако есть положительные и отрицательные стимулы, которые в силу своего качества и интенсивности опрокидывают это сопротивление и инициируют положительные или отрицательные процессы.

Если друг попросит вас изменить образ жизни, вы наверняка будете сначала сопротивляться; однако если он будет продолжать приводить

вам свои доводы и эти доводы заденут вашу чувствительную струну, вы можете принять решение измениться. Так же обстоит дело с информацией любого типа. Инициирование любых реальных изменений будет зависеть от того, насколько глубока ваша потребность в них, насколько высоко вы их цените и какого рода чувствительность — предрасположение — к ним вы имеете.

Если вы продолжаете долбить организм антибиотиками, то в конце концов организм из-за силы этого стимула будет вынужден сменить свой уровень сопротивления и перейти на ещё более глубокий уровень. Здесь можно привести в качестве примера *Proteus*, — непатогенный микроорганизм (естественного жителя кишечной флоры), который в результате непрерывного лечения антибиотиками от более умеренных инфекций мутирует в патогенный микроорганизм. Общее состояние здоровья человека, таким образом, ухудшается.

16. Относительно здоровый организм всегда находится в состоянии «чувствительного равновесия» с определённой степенью «непредсказуемости» будущего. Изменения, которые могут последовать под действием стимула, будут зависеть от здоровья организма на всех трёх планах, а также от качества и интенсивности информации (стимул-стресс), которую он получает

В силу самой своей природы, здоровый организм находится в динамическом равновесии, которое старается поддерживать любой ценой. Достигнув этого равновесия и находясь в наилучшем возможном здоровье, человеческий организм проявляет некоторую уязвимость в силу своего динамичного, текучего состояния. Кажется, что всё в его окружении должно теперь гармонично и убедительно работать на него, если предполагается, что он сохранит это оптимальное сбалансированное состояние. Тенденция состоит в том, что под сильным отрицательным или положительным влиянием такое равновесие будет легко утрачиваться. Движение в отрицательном направлении сродни «энтропии»; движение в положительном направлении сродни эволюции к более высокому уровню существования.

По-видимому, отрицательному стимулу не так трудно разрушить первые защитные механизмы здоровым образом уравновешенного организма, но после расстройства организм создаст ещё одну линию обороны, которую разрушить гораздо труднее. Это значит, что стимул, необходимый для затапливания расстройства на более глубокие уровни, должен быть гораздо сильнее и инвазивнее.

Рассмотрим, например, больного хронической сенной лихорадкой.

В первые годы жизни этого человека казалось, что сенная лихорадка возникла «посреди ясного неба» и без значительной провокации. Для того чтобы «подавить» сенную лихорадку путём перевода её в астматическое состояние, нужен очень сильный стресс-фактор или очень слабый организм. Такое состояние может возникнуть от частого применения антигистаминов для облегчения сенной лихорадки. Слизистые оболочки носдрей становятся сухими (катар прекращается), и такое лечение снижает их

чувствительность. Однако поскольку организм нуждается в облегчении, которое приносит катар, он вынужден теперь мобилизовать свои защитные механизмы на более глубоком уровне в бронхах в форме астматического состояния.

Это очень редко происходит автоматически, как естественный процесс. Такой процесс развивается автоматически только тогда, когда организм уже слишком слаб, чтобы удержать расстройство на периферическом уровне (ноздри). Однако подавление гораздо легче осуществить с помощью химических лекарственных средств, таких как антигистамины. Причина в том, что естественные болезни имеют ограниченную власть над организмом; чтобы естественная болезнь вторглась на более глубокие уровни, должно существовать внутреннее предрасположение. Однако химические лекарственные средства обладают неограниченной властью над любым организмом и в течение достаточно долгого времени. Если такой процесс повторяется снова и снова, то даже самый сильный организм сдастся и допустит проявление новых болезней.

Гипотеза, выдвигаемая в данном трактате, состоит в том, что ВИЧ (вирус иммунодефицита человека) не появился бы и не поразил бы человеческую расу таким эпидемическим образом, если бы ему не предшествовало широкое и частое применение антибиотиков, которые подготовили почву путём разрушения иммунной системы организма.

Первыми его жертвами были почти исключительно люди, которые применяли гигантские количества таких антибиотиков. Эти лекарства, очевидно, разрушили несколько линий обороны в иммунной системе организма, сделав его восприимчивым к вирусу. В последней главе этой книги я объясню логику этой гипотезы.

Если организм постоянно подвергается сильному стрессу, он может стать уязвимым к любой болезни, к которой предрасположен. Вне всяких сомнений, в исследовательских лабораториях скоро будет подтверждено, что для того, чтобы человека мог поразить вирус ВИЧ, необходимо предрасположение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Principal toxic, allergic and other adverse effects of antimicrobial drugs. Med Let 1968; 10: 73–76
2. SANDERS DY: Rash associated with ampicillin in infectious mononucleosis. Clin Pediat 1969; 8: 47–48
3. SMITH JW, JOHNSON JE III, CLUFF LE: Studies on the epidemiology of adverse drug reactions: 11. An evaluation of penicillin allergy. New Engl J Med 1966; 274: 998–1002
4. STEWART GT: Allergenic residues to penicillins. Lancet 1967;1: 1177–1183
5. MAUSER WE, REMINGTON JS: Effect of antibiotics on the immune response. Amer J Med 1982; 72: 711–716

6. WING EG, REMINGTON JS: Delayed hypersensitivity and macro- phase functions. In FUDENBERG HH, STITES DP, CALDWELL JL, WELLS JV, eds. *Basic and Clinical Immunology*, 3rd ed., Los Altos, California: Lange Medical Publications, 1980;129–143
7. MUKERJEE P, SCHULDT S, KASIK JE: Effect of rifampin on cutaneous hypersensitivity to purified protein derivative in humans. *Antimicrob Agents Chemother* 1973; 4: 607-Gil
8. SILVERMAN M, LEE PR: *Pills, Profits & Politics*. Berkeley: University of California Press, Berkeley 1974; 259

Глава 10.

Насыщение

17. Получив «критическую» информацию, организм мгновенно реагирует на неё, изменяясь или перестраиваясь с целью поглотить или переработать её. Начиная с этого момента, эта информация или стимул не может ещё больше изменить организм. Точка насыщения достигается автоматически.

Этот закон верен для естественного развития болезни. Он гласит, что после того, как вирус, бактерия или другой микроб поразил организм, после того, как он действительно запустил процессы болезни, сразу возникают изменения на энергетическом уровне, которые блокируют дальнейшее расстройство организма вторгшимся микроорганизмом. После возникновения этих изменений *внешние* стимулы больше не могут повлиять на организм, потому что его химия уже изменилась для защиты организма. Как только организм достигает точки насыщения, начинают проявляться защитные процессы (симптомы).

Если бы было верно противоположное, и вторгшийся микроорганизм мог продолжать действовать на восприимчивый организм, то все пациенты обязательно умирали бы от постоянного притока вирусов, бактерий и т. д., которые существуют в их непосредственном окружении.

Здесь следует объяснить, что хотя условия внешней среды не могут больше повлиять на организм, то, что происходит внутри организма, — это отдельная история. Микроорганизм, который проник в тело и встретил благоприятные условия, обычно выживает за счёт быстрого размножения. Этот процесс вреден для организма, который тоже хочет выжить. Поэтому организм вскоре начинает бороться со вторгшимся микроорганизмом путём создания своей первой линии защиты, проявления разнообразных признаков и симптомов.

Немедленно мобилизуются защитные механизмы хозяина, потому что он быстро распознаёт исходящую от контакта с патогенным фактором опасность. Вследствие этого меняется вся химия, и восприимчивость исчезает. Пациент может теперь оставаться в той же среде, в которой он первоначально заразился, но, возможно, выздоровеет и не заразится автоматически вновь.

Глава 11.

Природа причины болезней

18. Для проявления болезни должны существовать две предпосылки: первая — поддерживающая причина, а вторая — возбуждающая или инициирующая причина

Первое условие относится к предрасположению организма, а второе — к стресс-фактору или стимулу. Для проявления определённой симптоматики должны присутствовать оба эти условия.

В данной *Модели* считается, что «возбуждающие» причины болезни не материальны, а всегда динамичны (похожи на энергию) по своей природе, будь то бактерии, вирусы, грибки или такое воздействие, как горе.

Верно, что болезнь возникает только под действием на организм стресса. Становится всё более очевидно, что стресс-факторами являются не только конкретные бактерии, вирусы или патогенные микроорганизмы, но и ментальные или эмоциональные (полученные от среды) расстройства любого типа, создающие новую ситуацию, с которой организм затрудняется справиться. Библиография на тему стресса обширна и перечислять её здесь слишком долго, но я отмечу, что Ганс Селье посвятил теме стресса целый трактат под названием «Стресс жизни».

Что касается организма, то информация или конкретный патогенный микроорганизм обладают равной способностью инициировать болезнь. Поэтому когда мы говорим о стимулах или стресс-факторах (стрессах), мы имеем в виду информацию, которая имеет значение для организма и которая немедленно распознаётся. Такие стимулы мы называем «возбуждающими причинами» болезни, в то время как внутреннее предрасположение мы называем «поддерживающей причиной» болезни.

19. Информация или стимулы могут быть получены через:

- а. Ментально-духовный план**
 - б. Эмоционально-психический план**
 - в. Инстинктивно-физический план**
-

Стимулы, полученные через эмоциональный или ментальный планы, могут вызывать разные болезни. Это так хорошо известно сегодня, что мало кто оспаривает или подвергает это сомнению. Психосоматическая медицина имеет дело исключительно с такими состояниями. Все такие состояния проникают в систему человека через процесс чувствования или мышления, в то время как последствия могут ощущаться на всех уровнях: ментальном, эмоциональном или физическом, в зависимости от предрасположений человека.

Стресс этого типа ни в коем отношении не является «физическим», а динамичен и похож на энергию. Аналогичный динамичный квази-энергетический процесс имеет место, когда физическое тело заболевает

от стресс-факторов, кажущихся совершенно материальными (микробы, бактерии, вирусы и т. д.).

20. Болезнь проявится, только если совпадут частоты вибрации стимула и организма

Мгновенно создаётся новое энергетическое состояние, и оно постепенно меняет внутреннюю физико-химическую среду так, чтобы какие-то конкретные вирусы, бактерии и т. д. могли процветать и размножаться.

Эта идея немного преждевременна, но мы вернёмся к ней в книге позже и разработаем. Между тем, надо задать вопрос: «Как это может быть, чтобы идея, что болезнь вызывает эмоциональный или ментальный шок, была приемлемой, в то время как идея, что болезненное расстройство является энергетическим, а не материальным, неприемлема?»

Мы могли бы задать здесь ещё один вопрос: «Могут ли в системе после встречи стресс-фактора с организмом возникнуть условия, позволяющие безвредным микроорганизмам мутировать в такие, которые могут вызвать патологию?»

Вот мнение Марка Лаппе: «Превращая свои собственные тела в поле битвы за химический контроль над бактериями, мы нарушаем естественное экологическое равновесие микроорганизмов, которые поддерживают гомеостаз наших внутренних и внешних поверхностей... Чрезмерное использование таких антибиотиков, как пенициллин, возможно, внесло вклад в создание почвы для эпидемии устойчивых к антибиотикам бактерий и, возможно, даже СПИДа».

Эти устойчивые к антибиотикам микроорганизмы — не игрушки. Многие из них обладают теми же болезнетворными свойствами, что и патогенные микроорганизмы, которых они заменяют. Более того, с ними связан долгосрочный риск, который ещё не прогнозировался и угрожает теперешнему поколению «защищённых от антибиотиков» американцев. Инфекции 1980-х гг. было труднее лечить и контролировать, чем их предшественниц.

Глава 12.

Универсальная энергетическая конструкция Модели

Три плана человеческого существования не могут быть разделены или не соединены друг с другом. Должна быть важная фундаментальная связывающая сила.

21. Все три уровня функционирования взаимосвязаны универсальным или космическим энергетическим полем, которое нейтрально по своему характеру и качеству. Функция этой энергии — оживать всё во Вселенной, включая триплекс тела, сознания и эмоций человека. Каждый план использует эту основную энергию и преобразует её для своих конкретных потребностей и функций. Энергия этого типа — субстрат, через который могут осуществляться все физические проявления

В предыдущей главе мы представили концепцию такой силы и то, как её описывали разные учёные и метафизики. Помимо основных качеств, присущих силе, она обладает нейтральными качествами (ни хорошими, ни плохими). Именно эта самая главная сила приобретает различные качества в соответствии с конкретным материальным проявлением, которое она оживляет.

Именно она даёт «жизнь» и колоссальную энергию каждому материальному предмету. Формула Эйнштейна и деление ядра показали нам настоящее количество энергии, заключённое в материи. Это его идея, что всё, существующее в нашем материальном мире, есть не что иное, как энергетические поля.

Несмотря на аналогичные утверждения признанных и знаменитых учёных, традиционная медицина настаивает на лечении человеческого тела как машины или химической фабрики, полностью игнорируя его настоящую природу и структуру и законы природы, которые его поддерживают.

Сегодня наличие такой энергетической структуры становится всё более и более очевидным. Эта концепция создаёт потребность, с которой должны разбираться учёные, исследователи и работники здравоохранения.^{3,2,4}

Универсальная или космическая энергия — это неограниченное хранилище, из которого скоро сознательно будет черпать человек. Учёные, работающие в физике с «малыми кластерами», тесно работают с этой идеей. Мы можем извлекать из этого хранилища чистую неограниченную энергию и применять её миллионами способов.

Традиционная медицина в последние десятилетия сосредоточила свои исследования и усилия только на физико-химической части человека. Продолжать в том же духе означает действовать вслепую, так как при этом игнорируются существующие реальности и потребности человеческого организма.

Как я писал в предисловии, моей главной целью при создании этого небольшого трактата было указать на заблуждения современной терапии и представить новую гипотезу с обновлённой надеждой на эту важную

отрасль науки. В этой короткой работе я не смогу, возможно, привести все актуальные примеры и объяснения, необходимые, чтобы каждый понял мою точку зрения, однако я надеюсь привести достаточно доказательств, чтобы наиболее преданные своему делу учёные начали поиски в правильном направлении. Я буду доволен, если это начальное знакомство с *Моделью* вызовет несколько плодотворных дискуссий.

22. Организм устроен так, что более важные, чувствительные и ценные органы лучше всего защищены для обеспечения безопасности и продолжения существования организма. Оптимальная конструкция, описывающая как идею иерархии, так и идею защиты, может быть символически изображена формой усечённого конуса

Изображённая на рис. 20 схематическая модель символически показывает, что физическое тело охватывает и содержит в себе эмоциональный и ментальный планы. На схеме представлены также потенциально существующие в теле различные линии защиты. Есть соответствия между физическими органами и эмоциональными и ментальными функциями.

Три энергетических плана организма символически представлены тремя усечёнными конусами, каждый из которых накладывается на другой, при этом физический план расположен на периферии, а ментальный — в центре. Это значит, что материально-физический план, который является самым грубым и наименее уязвимым, вступает в прямой контакт с физической средой, в то время как две другие части, обладающие большей важностью и чувствительностью, нуждаются в большей защите, и поэтому лежат глубже. Это особенно верно для ментально-духовного плана, который находится в самом центре.

Вертикальные линии конусов, если их продолжить, пересекутся в одной точке, что символизирует обособленный и уникальный характер человека.

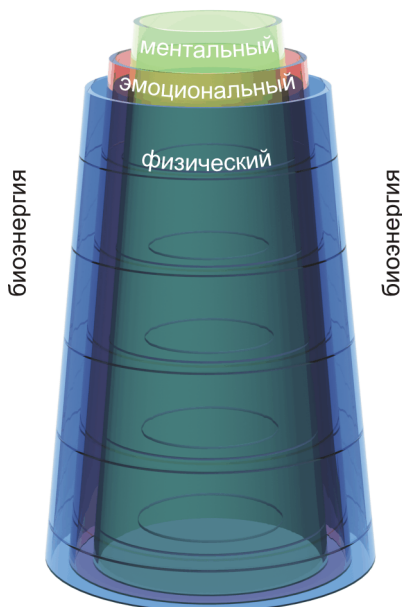


Рис. 20. Символическая модель физического, эмоционального и ментального планов.

23. Три конуса следует понимать, прежде всего, как отдельные области, состоящие из большого числа сложных уровней организации или энергетических полей. Каждый из главных планов можно определить по его собственной частоте вибрации

Эти частоты вибрации таковы:

- ментальная энергия (E_m) — большая частота
- эмоциональная энергия (E_e) — средняя частота
- физическая энергия (E_p) — малая частота

Интенсивность и плотность полей очень высоки на материально-физическом плане, меньше на эмоциональном и ещё меньше на ментальном. Энергия, используемая всеми этими планами, поступает из общего источника **универсальной энергии**.

По-видимому, каждый человек с момента рождения наделён определённым количеством «семенной» энергии, которая определяет продолжительность его жизни (помимо любых непредсказуемых обстоятельств). Теоретически время (продолжительность жизни) определяется этой энергией плюс генетическим предрасположением человека.

Я считаю, что в недалёком будущем мы сможем предсказывать степень здоровья человека и его вероятную продолжительность жизни. Можно производить измерения в определённые годы его жизни, которые будут точно указывать его возможные сильные и слабые стороны. Обсуждение различных подробных тестов, которые могли бы определить общую степень здоровья данного человека в данный момент времени, выходит за рамки этой книги; я хочу только указать на ожидающие нас в будущем многочисленные возможности. Имея результаты таких тестов, можно было бы принять профилактические меры не только для защиты, но и для улучшения здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. LAPPE M: When Antibiotics Fail. Berkeley, California: North Atlantic Books, 1986
2. CAPRA F: The Tao of Physics. Berkeley, California: Shambhala Publications, Inc., 1975
3. ADAMENKO VG: Electrodynamics of living systems. J Paraphysics 1970; 4:113–120
4. ALEXANDER US: Biomagnetics-the biological effects of magnetic fields. AmerJ Med Electronics 1962;1(4):181–187
5. BARNARD RD: Biologic Systems' Magnetic Susceptibility. Biomedical Sciences Instrumentation 1963: Vol. 1. New York: Plenum Press, 143- 156
6. BARTHONY M: Biological Effects of Magnetic Fields. Vol. 2. New York: Plenum Press, 1971
7. BEAL JB: Electrostatic Fields, Electromagnetic Field, and Ions: Mind/ Body/ Environment Interrelationships. Sixth Annual Meeting of the Neuroelectric Soc, Vol 6. Snowmass-at-Aspen, Colorado

8. BECKER RO: Relationship of the Geomagnetic Environment to Human Biology.
New York J Med 1963; 63: 2215–2219
9. BOHM D: Quantum Theory. New York: Prentice-Hall, 1951
10. BOHM D: Wholeness and the Implicate Order. London: Routledge & Kegan Paul
11. BOHM D, HILEY B: On the Intuitive Understanding of Nonlocality as Implied by
Quantum Theory. Foundations of Physics, 1975; Vol 5: 93–109
12. CLYNES M: Biocybernetics of the dynamic communication of emotions and qualities.
Science 1970; 170: 764–765
13. COHEN D: Magnetic Fields of the Human Body.
Physics Today 1975; August, 34–43
14. EDDINGTON AS: New Pathways in Science.
Cambridge, England: Cambridge University Press, 1935
15. EDDINGTON AS: The Philosophy of Physical Science.
Cambridge, England: Cambridge University Press, 1939
16. HEISENBERG W: Physics and Beyond. New York: Harper & Row
17. KHODOLOV YA: The Effect of Electromagnetic and Magnetic Fields on the
Central Nervous System. Moscow: Nauka, 1966
18. KRIPPNER S, RUBIN D: The Energies of Consciousness.
New York: Interfac Book, Gordon and Breach, 1975, 130
19. MUTSCHALL V: Biological Effects of Magnetic Fields.
Foreign Science Bull 1969; 5(2): 13–36
20. PRESMAN AS: Electromagnetic Fields and Life. New York: Plenum Press, 1970
21. RUSSO F, CALDWELL WE: Biomagnetic Phenomena; Some Implications for the
Behavioral and Neurophysiological Sciences.
Genetic Psychol Monographs 1971; 84: 177–243
22. SZENT-GYORGI A: Introduction to a Submolecular Biology.
New York: Academic Press, 1960
23. SMIRNOV BM: Introduction to Plasma Physics. Moscow: Mir Publishers, 1977
24. WHITEHEAD AN: Science and the Modern World. New York: Macmillan, 1926

Глава 13.

Значение планов

В скором будущем значение ментального и эмоционального планов получит более широкое признание, и люди осознают их важность для общего благополучия. Наши системы образования будут реорганизованы с учётом этого факта, и образование действительно станет более человеческой работой. Студенты будут счастливы ходить в такие учебные центры, где их будут учить чудесам науки и искусства.

Я предвижу школы, где симфонии Бетховена и картины Рембрандта будут занимать столько же учебного времени, сколько физика и химия, и где будут преподавать философские учения древней Греции наряду с египетской, древнееврейской и индийской мистическими философиями.

Образование в его сегодняшнем виде не сбалансировано. Оно терпит неудачу потому, что основано на развитии человеческого интеллекта и физической силы в ущерб развитию эмоциональной и духовной части человека. Оно также основано на конкуренции и честолюбии вместо прищипывания всем нам любви и мудрости.

В данный момент технология захлестнула человека и раздавила его своим очарованием. Люди всех интеллектов стали рабами этой технологии. Она прогрессирует так быстро, что человек должен больше и больше работать, чтобы угодить за предлагаемыми ею «возможностями». Никто не откинется на спинку стула, чтобы поразмышлять; даже во время отпуска мы бегаем туда-сюда, останавливаясь только когда приходит время возвращаться домой и продолжать сумасшедшую гонку за материальными приобретениями.

На Западе мы сумели, наконец, накопить колоссальные материальные богатства, но заплатили за них невероятной духовной потерей. Цена, которую мы заплатим, будет большой и с точки зрения нашего здоровья.¹

24. По мере построения Модели, можно легко увидеть, что между ментальным, эмоциональным и физическим планами существует соответствие идей. Определённые эмоциональные черты соответствуют определённым органам и функциям физического тела или сознания и наоборот

Возможно, преждевременно или слишком самонадеянно говорить о соответствии между тем, как мы чувствуем или думаем, и состоянием наших физических органов. Однако мой опыт лечения людей и опыт многих хорошо обученных врачей показывает, что эта идея верна.²⁸ У людей с определённым страхом возникнет соответствующее расстройство в одном из их физических органов.⁹ Жёсткость характера может привести к ригидности мышечной структуры, особенно сухожилий.¹⁰ У человека, слишком скупого по отношению ко своим деньгам, может возникнуть запор, а у человека, взявшего на себя слишком большую ответственность,

может возникнуть тугоподвижность в области шеи. У того, кто склонен к депрессии, могут возникнуть проблемы с печенью, а у того, сознание которого слишком колеблется в отношении жизненно важных вопросов, может возникнуть какой-нибудь паралич. Это лишь общие примеры, показывающие направление будущего исследования, они не являются ни точными, ни решающими. В таком исследовании надо учесть так много параметров, что в этой книге я хочу только предложить идею.

Литература

1. MUMFORD L: The Pentagon of Power. Vol. 2, The Myth of Megamachine. New York: Harcourt Brace, 1970
2. ALEXANDER F: Psychosomatic Medicine. New York: Norton, 1950
3. DORMAN W: Closing the Gap Between Medicine and Psychiatry. Proceedings of the First International Congress of the Academy of Psychosomatic Medicine, E DUNLOP, ed. New York: Excerpta Medica Foundation, 1967: 11–14
4. ENGEL GL: The psychosomatic approach to individual susceptibility to disease. Gastroenterology, 1974, 67:1085–1093
5. FRIEDMAN SB, GLASCOC LA: Psychologic factors and resistance to infectious disease. Ped Clin N Amer 1966; 13 : 315–335
6. LACEY GI: Differential emphasis in somatic response to stress. Psychosomatic Medicine, 1952;14, 71
7. LIPOWSKI ZJ: Psychosomatic Medicine in the seventies: An overview (102 reference). Amer J Psychiat 1977; 134 (3), 233–244
8. PELLETIER KR: A Perspective Approach to Psychosomatic Medicine.
9. BRESSLER D, GORDON J, JAFFE D, eds. Body, mind and health: Toward an integral medicine. Washington, DC: National Institute of Mental Health, 1979
10. WORCESTER J: Psychological Correspondences. Boston: Massachusetts New Church Union, 1931
11. REICH W: Selected Writing. New York: Farrar, Straus & Giroux, 1979

Глава 14.

Предрасположения

25. Тело рождается с определёнными слабостями или областями, которые потенциально ответственны за инициирование болезни. Такие слабости будут называться предрасположениями

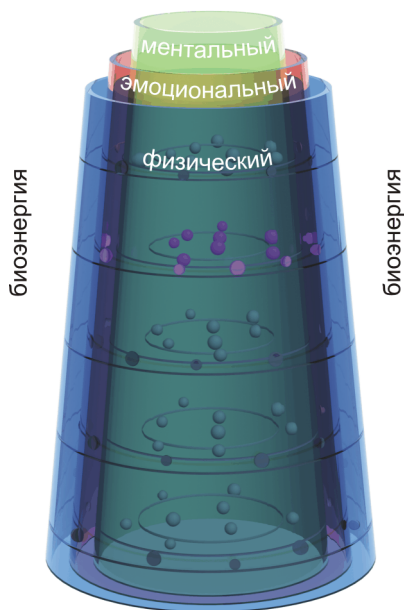


Рис. 21. Скрытое предрасположение организма.

Предрасположения формируются следующим образом и в следующих обстоятельствах:

1. Наследственные комплексы (генетические коды) от родителей, а также их предков
2. Неправильное лечение в течение жизни
3. Внешние обстоятельства, которые вынуждают человека думать некоторым определённым образом или вызывают определённые отрицательные чувства

1. Наследственные комплексы (генетические коды) от родителей, а также их предков

Благодаря генетическим исследованиям, сегодня известны многие наследственные предрасположения. Уже можно посредством сложных лабораторных исследований определить болезни, к которым предрасположен данный человек.

Традиционная медицина сделала большие успехи в этой области. Различные генетики пришли к выводу, что определённые генетические предрасположения являются факторами в проявлении определённых болезней. Конечно, традиционной медицине легче согласиться с такой ролью предрасположений в проявлении хронических, а не острых заболеваний. Внутреннее предрасположение проявляется под давлением определённых отрицательных факторов внешней среды при таких заболеваниях, как диабет, гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Аллопатическая медицина ввела новый термин «личный иммунитет» в области острых инфекционных заболеваний, чтобы объяснить тот «необоснованный» и «необъяснённый» факт, что хотя от одного возбудителя может заразиться много людей, ожидаемая болезнь проявится не у всех из них. С другой стороны, для объяснения противоположного явления, а именно существования повышенной чувствительности к определённым патологическим факторам, используется термин «личная чувствительность».^{1,4}

Альтернативная медицина и особенно гомеопатия⁵ давно утверждали, что для проявления болезни необходимо предрасположение.

Даже сегодня традиционная медицина не пользуется концепцией предрасположения ни терапевтически, ни в своих исследованиях. В результате лекарства назначаются чувствительным пациентам с разрушительными результатами.

Уже хорошо известно действие примахина, фенацетина, сульфонамидов, фурадантина и аспирина на людей с нехваткой фермента G-6-PD. К сожалению, есть и другие лекарства, неправильное применение которых привело к открытию различных генетических аномалий и, следовательно, предрасположений. К этим лекарствам относятся изоназид, сукцинилхонин, анестетики и антикоагулянты.⁴

Возможно, единственный случай, когда традиционная медицина учитывает такие «чувствительности», — это тесты для пациентов на повышенную чувствительность к пенициллину.

2. Неправильное лечение в течение жизни

Сегодня неправильное лечение ответственно за многие болезни. Распространённость аллергических состояний достигла абсолютного пика из-за беспорядочного использования лекарств, которые глубоко влияют на иммунную систему. Чрезмерное употребление лекарств является причиной развития множества новых патологических состояний. Конечно, самым классическим примером остаётся чувствительность к пенициллину, возникшая из-за широкого применения этого препарата.

В (уже высоких)⁶¹⁶ статистических показателях распространённости ятрогенных заболеваний учитываются только пациенты, которые, по-видимому, заболевают сразу после приёма аллопатических лекарств. Однако есть гораздо больше больных, страдающих от долгосрочного последствия аллопатических препаратов; эти больные не включаются в статистику, потому что начало болезни не совпадает со временем лечения. Есть фармакологи, которые поддерживают эту точку зрения и классифицируют побочные действия аллопатических лекарств как краткосрочные и долгосрочные, при этом последние опаснее, потому что они непредсказуемы и оказывают широко распространённое влияние на человечество (например, канцерогенез).⁵

Естественно возникает вопрос: «Если есть так много документированных случаев вредного побочного действия лекарств, то могли ли все остальные пациенты, получавшие те же лекарства в тех же количествах, полностью избежать последствий?»

Как ни парадоксально, но учёные-исследователи, которые работают на фармацевтические компании, никогда не задают таких вопросов.

Истина в том, что каждый пациент в соответствии со своими конкретными чувствительностями и предрасположениями страдает от относительного побочного действия, принимающего одну из следующих форм:

- У пациентов, которые очень чувствительны к какому-нибудь лекарству и одновременно находятся в очень опасном состоянии здоровья, лечение может вызвать летальный исход.
- Те, кто чувствительны к лекарству, но имеют лучшее здоровье, будут страдать от тяжёлого побочного действия, но выживут.
- Те, кто не очень чувствительны к лекарству, но имеют плохое здоровье, после лечения будут страдать от долгосрочного побочного действия; из-за лечения организм будет незаметно отступать на вторую линию защиты.
- Те, кто не чувствительны к лекарству и обладают вполне хорошим общим состоянием здоровья, переживут лечение, и у них проявятся лишь умеренные временные побочные действия, которые пройдут без дальнейших расстройств.

Конечно, внутри этой классификации есть другие подгруппы, но здесь достаточно определить только вышеупомянутые. Суть дела в том, что после сильнейшей атаки на организм большими дозами аллопатических лекарств у разных людей проявляются разные побочные действия, противоречащие классификации; поэтому настоящий масштаб вреда, нанесённого аллопатическими лекарствами, никогда не будет известен. Такая «накачка» лекарствами может создать новые предрасположения и превратить имеющиеся в полностью развитые болезни.

Я сожалею, что так эмоционально высказался о побочном действии лекарств, потому что понимаю ценность аллопатических лекарств в определённых ситуациях. Моё главное возражение направлено против того

способа, которым эти лекарства применяются традиционной медицинской системой. С моей точки зрения, эти лекарства в целом принесли больше вреда, чем пользы.¹⁵

3. Внешние обстоятельства, которые вынуждают человека думать некоторым определённым образом или вызывают определённые отрицательные чувства

Третий способ создания предрасположения к болезни — отрицательные мысли и чувства в связи с каким-нибудь несчастным событием в жизни. Рассмотрим для примера случай родителей, у которых ребёнок инвалид. Некоторые относятся к этому событию правильно; оно принимается и рассматривается спокойно. Для других то же самое событие становится источником постоянного горя, огорчений и ежедневной муки. Эти постоянные отрицательные чувства или мысли в конечном счёте предрасполагают организм к какой-нибудь серьёзной проблеме со здоровьем, даже если человек сначала казался совершенно здоровым. То же случается, когда какое-нибудь горе остаётся источником эмоциональных или ментальных страданий в течение длительного времени.

26. Предрасположение — это «потенциальное состояние», которое может проявиться, а может и не проявиться как патологическое состояние в течение жизни человека. Его проявление будет зависеть от качества жизни человека и числа и интенсивности стрессов

Это не требует много объяснений, так как довольно самоочевидно, а именно: человек может родиться с подорванной конституцией, предрасположенным к различным болезням, но может не заболеть, если ведёт здоровую жизнь и ему повезёт не встретиться со враждебными стимулами, которые инициируют его предрасположения.

Таких людей можно найти в удалённых местах, где «химикаты» современной жизни ещё не захлестнули район и где ритм жизни отличается от ритма наших современных городов.

Важно понять, что многие хронические болезни, проявляющиеся у людей, живущих в современных обществах, становятся всё более распространёнными. Это обусловлено растущим потреблением отпускаемых по рецепту и без рецепта лекарств, загрязнением окружающей среды и неправильным питанием. С одной стороны, все эти факторы инициируют существующие предрасположения, а с другой — готовят дорогу для создания новых.

Аналогично, есть люди, которые рождаются с великолепными наследственными признаками от самых здоровых родителей, но могут всё же умереть совсем молодыми из-за того, что в их случае два из трёх обсуждавшихся нами факторов крайне отрицательны. Этими отрицательными факторами являются неправильное медицинское лечение в сочетании с очень трудными внешними обстоятельствами, что в совокупности вызывает постоянно отрицательное эмоциональное состояние.

Человек, родившийся с определёнными предрасположениями к болезням, может также подняться над ними получив правильное лечение и живя «правильно». Вполне можно представить, что человек, родившийся с предрасположением умереть в возрасте 75 лет, может дожить до 85 и даже до 100, если будет вести «правильный образ жизни».

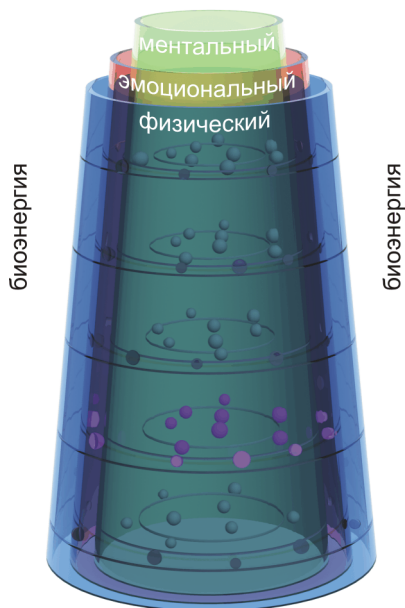


Рис. 22. Активизированное предрасположение.

Фактически, мы удлиняем или сокращаем свою потенциальную продолжительность жизни тем, как лечимся и как живём. Часто публикуемые данные о повышенной продолжительности жизни западных людей определённо вводят в заблуждение. До появления СПИДа в публикации DHSS Prevention and Health, Everybody's Business в 1976 г. было написано: «Расходы на здравоохранение ежегодно растут, не принося при этом больше пользы населению. За последние тридцать лет средняя продолжительность жизни тех, кому больше 45 лет, несколько не выросла».

Иллич, ссылаясь на статью Чарлза Стьюарта «Выделение ресурсов на здоровье»¹⁷, утверждает: «В противоположность мерам по улучшению окружающей среды и современным непрофессиональным меди-

цинским мерам, специальное медицинское лечение людей никогда не бывает существенно связано со снижением общего бремени болезней или увеличением средней продолжительности жизни... Поэтому есть определённая ирония в том, что посреди этого уникального бума в здравоохранении Соединённые Штаты опять стали в известном отношении «первыми»: вскоре после начала бума средняя продолжительность жизни взрослых американцев начала снижаться, и сейчас ожидается, что она будет и дальше падать».¹⁵

Качество жизни также резко упало. Современный цивилизованный человек во многих случаях к возрасту 35 лет уже «мёртв». Он «мёртв» потому, что качество его здоровья разрушилось. Есть ментальные и эмоциональные расстройства, которые возникли в молодом возрасте и сохранялись очень долго; в жизни нет никакой радости или счастья, а есть только жалкое существование, которое он влачит, искусственно поддерживая его лекарствами. Сегодня люди могут жить до 60–70 лет,

но с остеоартритом, ревматоидным артритом, аллергиями, астмой, сердечными заболеваниями, нервно-мышечными расстройствами, эпилепсией, диабетом, психическими заболеваниями, болезнью Альцгеймера, идиотией, раком или СПИДом. Какую жизнь они ведут и какой ценой и с какими страданиями для себя, своих семей и своих обществ?

Сосчитал ли кто-нибудь общее число людей, «влачащих существование» в наших западных обществах с очень серьёзными хроническими заболеваниями, и общую цену, которую платят различные правительства за продление их мук? Может ли традиционная медицина гордиться такими достижениями?

Почему общая стоимость здравоохранения достигла в этих странах таких беспрецедентных высот? Такие расходы можно было бы оправдать только если бы все люди в этих обществах были в течение длительного времени больны или нетрудоспособны. Однако традиционная медицина часто цитирует статистику, которая не даёт реальной картины, и мы наивно верим их заявлениям. Очень немногие люди когда-либо указывали пальцем на традиционную медицину и обвиняли её в том состоянии здоровья, в котором мы сегодня находимся.

27. У каждого организма есть разные уровни предрасположений, которые под действием стресса могут срабатывать поэтапно

С медицинской точки зрения, группа предрасположений, которые срабатывают в жизни человека первыми, будет наименее серьёзной. Если организм продолжает получать вредную стимуляцию, особенно от химических лекарственных препаратов, то в действие вступает вторая линия сопротивления, и активизируется новый уровень предрасположения. В таком случае расстройство автоматически проникает глубже и становится более серьёзным. Когда активизируется главный уровень предрасположения (слабейшая точка), человек умирает.

Именно это произошло со СПИДом. Постоянные венерические инфекции в сочетании с многократными атаками химических препаратов разрушили защитные механизмы молодых и первоначально здоровых людей и вывели их на последний этап их защитных механизмов.

Если выдвинутая в данной *Модели* гипотеза верна, то легко представить путаницу, которая возникла бы внутри организма, если бы против *pneumocystis carinii pneumonia* (одна из конечных стадий СПИДа) продолжали назначать антибиотики.

28. Есть разные степени притяжения между организмом и различными патогенными факторами. Тяжесть заболевания прямо пропорциональна этой степени притяжения

Когда предрасположение активизируется стимулом, по отношению к которому организм имеет большую степень восприимчивости, мы становимся свидетелями проявления внезапных серьёзных признаков и симптомов.

Для того чтобы это произошло, притяжение между хозяином и стимулом должно быть очень сильным. Это взаимное притяжение и последующие результаты возникают мгновенно, потому что распознавание происходит на энергетическом уровне. Первоначальные объятия стимула с организмом — первичное событие; симптомы появляются позже. Эти симптомы — ребёнок, рождающийся после «объятия» и происходящего в результате него «оплодотворения», а также «инкубационного периода», во время которого болезнь уже зачата, но ещё не проявилась.

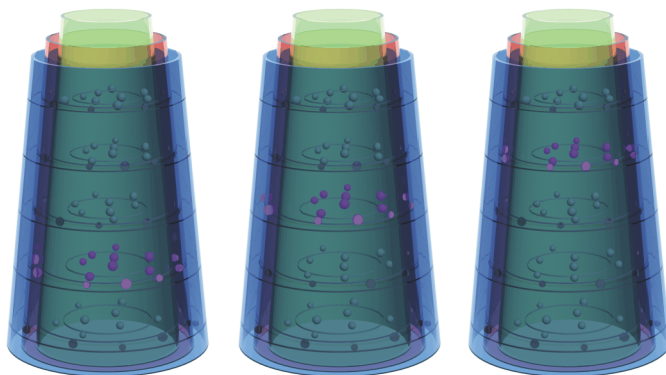


Рис. 23. Разные уровни, на которых может располагаться главное предрасположение в различных организмах.

Чем сильнее притяжение между хозяином и стимулом, тем сильнее ребёнок (болезнь). С уменьшением притяжения или восприимчивости уменьшается тяжесть проявляющихся симптомов.

Этот принцип объясняет, почему у некоторых людей возникает весьма резкая симптоматология и они умирают вскоре после заражения, а другие в аналогичных обстоятельствах очень легко выздоравливают.

Однако несмотря на разные предрасположения, разные реакции на патологические факторы и разные общие состояния здоровья, врачи-аллопаты всё равно назначают людям с данным конкретным заболеванием одни и те же лекарства, игнорируя конкретные чувствительности и идиосинкразии этих людей.

Люди находятся под впечатлением, что умрут, если не примут определённые антибиотики или ещё что-нибудь предписанное медициной. Это — заблуждение, не разделяемое даже самим медицинским сообществом. Сегодня есть много исследований, показывающих, что применение во время эпидемий разных методов лечения имеет очень слабое отношение к спаду эпидемии или вообще никак не связано с ним.^{18*20}

«Однако когда антибиотики назначаются без достаточного тестирования, позволяющего определить уязвимые места инфицирующего микроорганизма, или если инфекция развивалась уже на протяжении

длительного времени, проблемы являются правилом, а не исключением. Как мы видели, одной из этих проблем является появление новых штаммов бактерий, устойчивых к используемому антибиотику... Сделанная ранее ошибка, когда пенициллин использовался для лечения всех респираторных заболеваний при малейшем подозрении на бактериальное происхождение, была повторена по отношению к стафилококковым инфекциям. Даже те инфекции, которые поддались бы консервативному лечению, такому как вскрытие и дренирование фурункулов, систематически лечились без каких-либо отчётливых попыток определить потребности или восприимчивость пациентов к рассматриваемым бактериям.»¹¹

ЛИТЕРАТУРА

1. EMERY AEH: Heredity, Disease and Man. Genetics in Medicine. Berkeley: University of California Press, 1968
2. LINKS JL: Extrachromosomal Inheritance. Prentice-Hall, 1964
3. STEINBERG AG, BEARN AG: Progress in Medical Genetics. (Vol. VIII) W. Heinemann Med. Books, 1972
4. EMERY AEH: Elements of Medical Genetics. Livingstone, 1968
5. WINTROBE: The Therapeutic Millenium and its Price. Drugs in our Society. Baltimore: The Johns napkins Press.
6. SIMMONS HE: An overview of public policy and infectious diseases. Ann Inter Med 1978; 89 (Part 2): 821–825
7. FINLAND M: And the walls come tumbling down: more antibiotic resistance, and now the pneumonococcus. N Engl J Med 1978; 299: 770–771
8. FINLAND M: Changing patterns of common bacterial pathogens to antimicrobial agents. Ann Inter Med 1972; 76: 1009–1013
9. FINLAND M: Superinfections in the antibiotic era. Postgraduate Med 1973; 54: 175–183
10. FINLAND M: Emergence of antibiotic resistance in hospitals, 1935- 1975. Rev Infect Dis 1980; 1: 4–21
11. RUNIN CM: Antibiotic accountability. N Engl J Med 1979; 301: 380–381
12. RUNIN CM, et al: Use of antibiotics: A brief exposition of the problem and some tentative solutions. Ann Inter Med 1973, 79: 555–561
13. RUNIN CM: Problems of antibiotic usage: Definitions, causes and proposed solutions. Ann Inter Med 1978; 89(Part 2): 802–805
14. DIXON RE: Nosocomial infections: a continuing problem. Postgraduate Med 1977; 62: 95–109
15. ILLICH I: Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. Pelican Books, 1977
16. FOUCAULT M: The Birth of the Clinic. Translated by A. M. Sheridan Smith. New York: Pantheon, 1973
17. STEWART CT: Allocation of resources to health. J Human Resources 6,1971; no.1, 3–121
18. McKEOWN T: The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis? Oxford: Basil Blackwell, 1979

19. MCKINLAY JB, MCKINLAY SM: The questionable contribution of medicine to the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem Fund Q*, 1977; 55: 405–428
20. PORTER RR: The contribution of the biological and medical sciences to human welfare. Presidential address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971
21. LAPPE M: *When Antibiotics Fail. Restoring the Ecology of the Body*. Berkeley, California: North Atlantic Books, 1986

Глава 15.

Защитная система

29. Человеческий организм имеет очень сложный защитный механизм, помогающий ему сохранять оптимальное равновесие. Этот механизм выходит за пределы своих физических компонентов и действует на энергетическом уровне

Вот некоторые уже известные компоненты физического уровня:

- а) Иммунная система
- б) Ретикулоэндотелиальная система
- в) Симпатико-парасимпатическая система
- г) Гормональная система
- д) Лимфатическая система

Организм мобилизует один или несколько компонентов защитной системы, в зависимости от конкретного стресс-фактора и своей уникальной восприимчивости к нему. Однако защитный механизм в целом слишком сложен, чтобы быть известным во всей своей полноте.

Важно понять следующее: когда иммунная система действует или реагирует, она отвечает на приказ, данный из «центрального источника интеллекта», расположенного внутри этих систем и одновременно над ними. Приказ о мобилизации какой-нибудь системы и то, как он выполняется, есть нечто лежащее за пределами возможностей даже самого сильного известного на сегодня искусственного интеллекта. Этот имеющийся в организме суперинтеллект следует рассматривать как энерго-полевую структуру, как суперкомпьютер, расположенный на некотором уровне, который нельзя представлять в чисто материальных терминах (как в химии, в чисто физико-химических терминах).¹

30. Когда стресс-фактор оказывает сильное воздействие (благодаря восприимчивости к нему организма), организм переходит порог «неустойчивого равновесия» и посредством «квантового скачка» переходит в новое состояние слабой связности (большие путаницы). По-видимому, для каждого данного состояния здоровья есть несколько вероятных состояний, в которые организм может перейти квантовым скачком под давлением «критического» стимула

Определим наши термины. «Неустойчивое равновесие» означает тонкое равновесие между степенями здоровья и болезни. Мы можем зрительно представить это равновесие как человека, идущего по натянутому канату. С ним всё в порядке, пока он ступает на натянутый канат; однако как только он поскользнётся, он упадёт в ту или другую сторону, либо на другой уровень, и «равновесие здоровья» будет нарушено.

Известно, что согласно квантовой теории, электронные орбиты рассматриваются как энергетические зоны или стоячие волны. Мы знаем, что заставить электроны сменить орбиту может один из следующих двух факторов:

- а) Внешнее возбуждение (получение или потеря энергии)
- б) Ядерные возмущения

«Видимое исчезновение и повторное появление электронов между орбитами обусловлено тем фактом, что планетарный электрон может быть идентифицирован только относительно ядерной стоячей волны (т. е. энергетической зоны).»²

Внешнее возбуждение является при болезни «возбуждающей причиной», или стресс-фактором, в то время как «ядерное возмущение» является поддерживающей причиной, или внутренним предрасположением.

Что касается «ядерного возмущения», то мы должны конкретнее понять внутренние изменения в организме, определяющие развитие болезни.

Стресс-фактор (патологический фактор) можно представлять себе как «электрон», определяющий здоровье или болезнь. Сам по себе он не имеет никакой «личности» или силы. С точки зрения организма, это несуществующая сущность, но она приобретает силу, когда обнаруживается притяжение между нею и организмом, и между ними возникает связь. Другими словами, его сила обусловлена и проявляется благодаря особой восприимчивости к нему организма. Стресс-фактор может быть очень вирулентным, но оказаться не в состоянии вызвать никаких изменений в данном организме, потому что данный организм к нему не восприимчив. Пример — то, что носители вируса ВИЧ-СПИД могут не иметь никаких симптомов этого заболевания.

Процесс болезни начинается только тогда, когда внутренние условия, существующие в организме, благоприятны для развития данного патологического фактора. Вирус или бактерии могут находиться в организме, но не вызывать никакой болезни (гепатит В и т. д.).³ Например, почему при перенапряжении могут возникнуть простуда или грипп? Для того чтобы дать вирусу возможность процветать, надо подвергнуть организм действию стресса, чтобы вызвать соответствующие химические изменения.

Эти идеи общеизвестны и получили сегодня почти всеобщее признание, однако они не применялись в исследованиях и лечении и либо игнорировались, либо неправильно интерпретировались.

Все стараются выяснить, откуда появился вирус СПИДа, и никто, по-видимому, не понимает, что он мог находиться в нас всегда, и единственное различие состоит в том, что сейчас в миллионах организмов созрели условия для заражения.

Сегодня мы наблюдаем болезнь в её эпидемической форме просто потому, что венерические болезни, наркотики и общее загрязнение

подорвали очень много организмов, так что их иммунные системы стали не способны бороться с вирусом.

Из того, что мы знаем сегодня о мутации микроорганизмов под действием стресса (химические изменения внутри тела), можно заключить, что этот вирус мог возникнуть в **эндогенном процессе** постоянных мутаций различных микроорганизмов.

На ранних стадиях эпидемии СПИДа уже было очень много людей, у которых вирус автоматически проявлялся посредством ряда мутаций из-за сильного предрасположения к этому вирусу. Эти человеческие организмы становились затем потенциальными источниками инфекции для других людей, которые были так же готовы принять вирус.

Живой организм находится в динамическом состоянии, которое допускает изменения, как большие, так и малые. Он находится в состоянии, где электрон может двигаться между орбитами, и поэтому исчезать и вновь появляться, определяя, будет организм выбит из равновесия или останется в равновесии. Например, сколько раз в день меняется ваше настроение? Когда у вас плохое, подавленное или возбуждённое настроение, в вашей системе имеются глубокие изменения, которые колеблются в соответствии с вашими внешними и внутренними условиями. Очевидно, ваше настроение меняется не только временно, но и на более длительные периоды времени, и может, в зависимости от стресса, измениться навсегда. В случае хронической депрессии можно сказать, что электрон, который ранее поддерживал равновесие, исчез навсегда, и поэтому организм скачком перешёл в другое энергетическое состояние.

Когда в организме происходит что-нибудь в этом роде, можно сделать вывод, что он внезапно изменил уровни некоторым способом, который можно понять только как изменение энергии или квантовый скачок.

Организм, по-видимому, всегда колеблется, по какому пути пойти. В зависимости от нескольких параметров, у организма есть ряд различных вариантов поведения под действием разных стрессов (теория неопределённости).⁵

Возможно, такое положение легче понять, если изучить случаи, когда перемена погоды инициирует лучшее или худшее состояние здоровья. Все мы можем согласиться с тем, что электрические потенциалы атмосферы влияют на организм человека, и есть много отдельных больных, которые сильно страдают от этих барометрических изменений.

31. Болезни — это не что иное, как активизация и последующее проявление имеющихся предрасположений в ответ на стресс

К настоящему моменту мы логически пришли к выводу, что для проявления болезней они должны иметь лежащую в их основе и непрерывно присутствующую причину, которой являются не бактерии, вирусы или грибки, а глубоко укоренившееся предрасположение организма. Бактерии или вирусы появятся, как только изменится внутреннее состояние организма; таким образом, организм становится для них идеальной почвой для размножения.

Даже если соответствующих бактерий или вируса нет, они могут всё же появиться (в организме) посредством ряда мутаций из аналогичных имеющихся микроорганизмов.

Если эта гипотеза верна, то вся концепция и краеугольное убеждение классической медицины, что причинами болезней являются бактерии, вирусы, грибки и т. д., рухнет.

Это предположение имеет большие следствия с терапевтической точки зрения, а также для исследований, потому что существует огромная разница между «убийством» вторгающихся микроорганизмов — тем, что пытается сделать аллопатическая медицина — и поддержанием защитной системы в наилучшем возможном состоянии, как это предлагается в *Модели*.

Эта краеугольная выдвигаемая традиционной медициной идея — «убить вторгшийся микроорганизм» — так укоренилась в нашем мышлении, что мысль о том, чтобы её изменить, граничит с ересью. Однако если мы не решимся смотреть на факты реально, с открытым сознанием и искренним желанием понять, что происходит, мы никогда не решим загадку этих губительных эпидемий. Сегодня наихудшая из этих эпидемий называется СПИДом; завтра на первый план может выйти какое-нибудь другое название.

Я считаю, что если мы будем действовать по-старому и продолжать пользоваться сильными химикатами в таких больших количествах, то скоро появятся новые эпидемии, которые будут хуже СПИДа.

32. Совокупность реакций организма под действием стресса создаёт картину симптоматологии, которая индивидуальна и уникальна для каждого пациента. Согласно этому принципу, не может существовать обобщённого лечения от какого бы то ни было конкретного расстройства

Конкретные стресс-факторы, такие как бактерии, микробы, вирусы и т. д., вызывают макроскопические реакции (симптомы болезни), которые на поверхностном уровне выглядят у всех весьма похоже. Однако если посмотреть на симптоматологию каждого человека ближе, мы увидим в разных организмах индивидуализированные реакции, которые определяют индивидуальный отклик на стресс. Если всем давать одинаковое лечение, то оно может нанести вред организму, которому придётся столкнуться не только с болезнью, но и с химикатами, используемыми для противодействия этой болезни.

В традиционной медицине могут говорить о необходимости холистического подхода к лечению пациентов, но в реальной практике происходит прямо противоположное: всем болеющим данной конкретной болезнью пациентам назначается одно и то же лекарство.

В Англии врачи создали Холистическую британскую медицинскую ассоциацию, чтобы убедить людей в своей искренности и вере в эти принципы.

По-видимому, ортодоксальные медики осознают, что правила альтернативной медицины верны. Они признают, что лечение должно быть направлено на всего человека в его ментальной, эмоциональной и физической целостности, а не только на местные физические проявления. Когда же дело доходит до реальной практики, они часто не имеют никакого другого выбора, кроме как назначить специфичное для данной болезни официальное лечение. Традиционное лечение поддерживается исследовательскими группами и рекламируется определёнными фармацевтическими компаниями, имеющими в виду свои интересы.

Идея, что Управление продуктов питания и лекарственных препаратов США осуществляет какой-то контроль над поступлением продуктов на американский рынок и работает в наилучших интересах общественности, вводит, мне кажется, в заблуждение, так как люди из этого управления обычно мыслят так же, как исследователи. Они не придерживаются и не применяют разных принципов при рассмотрении эффективности и опасности лекарственных средств. Таким образом, хотя их вмешательство в какой-то степени предотвращает заполнение рынка крайне опасными лекарствами с разрушительными результатами, Управление не решает проблему в целом.

Силверман и Ли приводят различные пагубные примеры фармацевтической рекламы, такие как сульфаниламидная афера в 1938 г., хлорамфеникольная афера в 1950-х гг., афера с MER/29 (трипаранолом) в 1959 г., афера с пероральными контрацептивами и дело о пероральных антидиабетических средствах.⁶

«Огромное количество документов, имеющихся в офисах SEC, подтверждает вывод из интервью с руководителями этой отрасли: взяточничество является в международной фармацевтической промышленности рутинным и широко распространённым явлением, и фигурируют большие суммы денег. Почти все типы людей, которые могут повлиять на интересы этой промышленности, были объектом взяток со стороны фармацевтических компаний: доктора, администраторы больниц, министры кабинетов, инспектора системы здравоохранения, таможенники, налоговые чиновники, чиновники, занимающиеся регистрацией лекарственных препаратов, заводские инспектора, чиновники, отвечающие за ценообразование, и политические партии.

...Большое распространение получило сокрытие фактов. Типичная последовательность событий такова: было проведено токсикологическое исследование, которое дало неоднозначный или неблагоприятный для продукта результат. Выполняется второе исследование, а иногда и третье, в которых корректируется дозировка, а протоколы меняются таким образом, чтобы получить в конце концов результат, благоприятный для продукта заявителя. Регулирующему органу направляется только благоприятный для продукта заявителя результат... Микроскопическое исследование гистопатологических слайдов может быть выполнено несколькими патологами, которые все могут прийти к разным выводам, однако регулирующему органу направляются только выводы, благоприятные для лекарства. Однажды, когда была обнаружена такая ситуация,

заявитель, сопровождая свои слова отвергающим жестом, сказал: «Этот исследователь даёт неправильные результаты; мы не будем больше к нему обращаться» (это отношение обнаруживает то коммерческое давление, которое может быть оказано на исследователя угрозой потери будущей работы).»⁷

33. Признаки и симптомы есть не сама болезнь, а выражение того уникального способа, которым защитная система человека пытается ликвидировать болезнь

Фактически, этот принцип гласит, что лихорадка, отёк, боль, озноб, судороги, тревога, депрессия и вообще любой симптом, который может возникнуть в организме под действием стресса, есть не сама болезнь, а средство, с помощью которого организм пытается избавиться от болезни.

Карл Меннингер в своей книге «Жизненное равновесие» очень умело рассматривает этот вопрос и утверждает:

«...Эти явления являются симптомами в том смысле, что показывают, что что-то не так и требуется помощь... Сначала это отвергалось как совершенная чепуха: кто может захотеть иметь головную боль? Кто захочет быть парализованным? Кто будет стремиться хотя бы к малейшему дискомфорту и недееспособности?»

...Цель этой книги — подчеркнуть прикладную интерпретацию, функцию симптома в поддержании равновесия и целостности организма.

...Психическое заболевание — не инвазия, а защитная реакция.

...Двадцать лет назад Роберт Линднер в конце своей жизни блестяще сформулировал это так: «Я всё больше и больше вынужден признать, что агрессия, враждебность, непризнание авторитетов, миграционные тенденции, импульсивность, разрушительные и слепые всплески гнева психопата — всё это гомеостатическая коррекция, направленная на восстановление динамического равновесия внутри личности.»⁸

34. Симптом является поэтому полезным и необходимым состоянием, которое должно получить свободное выражение, а не подавляться

На этом принципе основано величайшее различие между аллопатической и альтернативной медициной. Каждый, кто практикует сегодня альтернативную медицину, включая новообращённых студентов из медицинских колледжей, понимает и соблюдает этот принцип. Учёные из всех областей науки сразу понимают его истинность, и я никогда не встречал пациента, образованного или нет, который не понял бы этот принцип.

Если бы был понят и оценён один только этот принцип, изменилась бы вся концепция болезни в традиционной медицине.

Согласно аллопатическому образу мышления, логично ликвидировать появляющиеся симптомы, так как они образуют болезнь и опасны для выживания организма. Однако если такое лечение ликвидирует лишь некоторые симптомы, оно может оказаться пагубным для организма

в целом, так как некоторые из его важных решений защищать целое будут не только игнорироваться, но и подавляться. Такая практика обязательно доведёт иммунную систему и её защитные механизмы до состояния недостаточности и спутанности.

Функция симптома состоит «в поддержании равновесия и целостности организма. Мы считаем, что этим пренебрегали и лишь недавно начали оценивать по достоинству.»⁸

Под действием невыносимого стресса организм будет проявлять признаки и симптомы, которые являются ничем иным, как проявлением развивающегося внутри него на субмолекулярном уровне конфликта.

«К. Г. Юнг заметил, что примитивные люди интерпретировали болезнь не как слабость сознания, а скорее как несоразмерную силу бессознательного в процессе трансформации индивида из одного этапа жизни в другой. Симптомы могут служить указанием на попытку человека пройти процесс глубокого самоисцеления, который может быть скорее прерван химиотерапией, нежели усилен.»⁹

«Часто обнаруживается, что дерматит — воспаление нервных окончаний кожи — оказывает восстанавливающее действие и вполне может быть обусловлен некоторыми реакциями защитных механизмов организма. **Кажущееся несчастье может иметь функции предотвращения катастрофы.**

...Мы можем получить статистический ответ, показывающий, в какой степени эпилептические припадки могут быть необходимы для той или иной степени сложности комбинации из мириадов миллионов единиц нашей олимпийской нервной сети, если учесть, что всякий раз, когда две или три нервных клетки собираются вместе, может возникнуть припадок.»¹⁰

Картина признаков и симптомов укажет линию **наименьшего сопротивления**, выбранную защитной системой для наилучшей защиты организма.

Например, если организм уже находится под действием обусловленного венерическим заболеванием, например сифилисом или гонореей, стресса, то для ликвидации его симптомов медицинскими методами врач прибегнет к назначению какого-нибудь мощного лекарства и введению его в химию уже подвергающейся стрессу системы. Защитные механизмы организма, особенно иммунная система, подвергнутся сильнейшему удару, и возникнет запутанное состояние. Под таким стрессом его линия защиты может начать разрушаться, и возникнет новое «состояние здоровья», гораздо хуже предыдущего.

Согласно выдвигаемой здесь *Модели, СПИД* есть не что иное, как результат постоянного и беспорядочного применения антибиотиков, особенно пенициллина, к организмам, уже находящимся под действием крайне сильного стресса, обусловленного предыдущими инфекциями (обычно венерическими заболеваниями). В определённый момент иммунная система больше не может противодействовать постоянному притоку химикатов, и позволяет болезни проявиться на более глубоком уровне.

Использовать сильные химические средства (лекарства) для противодействия процессам болезни в уже испытывающем стресс организме человека и не давать при этом достаточно времени для восстановления после предыдущего применения химикатов — это то же, что разрушать естественные барьеры системы и способствовать дегенерации человеческого организма путём создания **новых** ситуаций, которые вскормят новые «болезни».

«Скромный курс антибиотиков может разрушить поверхностную флору тела в степени, достаточной для изменения запахов тела, влагалищного секрета и экологии кожи. После некоторых антибиотиков у одного из 8—10 пациентов возникает понос, отражающий ущерб, нанесённый внутри организма нормальным кишечным бактериям.»⁴

«Длительная терапия широкого спектра может вызвать кандидоз, обусловленный нарушением нормального экологического равновесия кишечной флоры.»¹¹

Сегодня мы попали на Западе в невозможную ситуацию, когда множество людей может жить только с пригоршней принимаемых каждое утро и вечер лекарств. Для того чтобы продолжать процесс жизни, каждый день обязательно принимать какое-нибудь лекарство. Хорошо бы нам сейчас найти время и подумать, что же мы вызвали к жизни, что сделали с собой и, если мы хотим и далее существовать как человеческая раса, что нам надо сделать в будущем. Все, кто занимает ответственные должности, должны сделать паузу и просто подумать, что происходит. Можно надеяться, что ситуация со СПИДом даст некоторую пищу для размышлений власти предрежащим, и тем самым даст толчок каким-нибудь из давно ожидаемых действий с их стороны.

Согласно представленной здесь *Модели*, аллопатический метод лечения обычно не способствует здоровью, а во многих случаях способствует быстрому и агрессивному разрушению организма. Если мы будем действовать попрежнему, то вызовем ещё худшие заболевания, чем СПИД и рак.

Может показаться, что не может быть ничего хуже, чем пандемия СПИДа, но в действительности остаются возможности для возникновения серьёзных поражений на ещё более глубоких уровнях человеческого организма: я имею в виду духовное бытие, интеллект и эмоции. Мы должны знать о таких отрицательных возможностях, особенно если они скоро затронут очень большой процент населения; согласно опубликованным в 1986 г. данным, «считается, что в Соединённых Штатах имеется от 1.5 до 2 миллионов носителей СПИДа, а в Европе эти цифры лежат в диапазоне от 250 000 до 500 000». Но может стать гораздо хуже: «Подсчитано, что популяция носителей СПИДа будет удваиваться каждые 8.8 месяцев.»¹² В этот момент традиционная медицина может спросить: «Каково альтернативное лечение венерических заболеваний, если не пенициллин?» — Ответ очень сложен и вопрос этот достаточно широк, чтобы допускать нечто большее, чем ответ экспромтом. Однако непосредственная реакция может выглядеть так:

1. Общественность следует информировать через различные средства массовой связи, что заразиться сифилисом или гонореей — не то же самое, что схватить насморк, и что простой приём пенициллина не решает проблему.
2. Даже если общественность информирована, всё же есть люди, заражающиеся сифилисом или гонореей. Инфекции этих людей следует рассматривать как нечто очень серьёзное, и если назначается пенициллин, то следует обеспечить специальный уход, внимание и поддержку иммунной системе с помощью альтернативных методов лечения, особенно гомеопатии, пока пациент не выздоровеет полностью.
3. Пациента следует информировать, что для того чтобы дать его иммунной системе достаточно времени для полного восстановления от шока болезни и лечения, он ни при каких обстоятельствах не должен заразиться снова в течение ближайших трёх лет.
4. Следует провести исследования, чтобы точно установить различные применения и возможности гомеопатии, акупунктуры и других альтернативных направлений в лечении таких заболеваний. Если заявления первых гомеопатов, которые лечили сифилис, окажутся верными, то следует сначала попробовать ту форму лечения, и только если она потерпит неудачу, врач должен прибегать к пенициллину. Так можно избавить многих людей от разрушительных побочных действий этого мощного лекарства.

Мы не ставим в этом трактате цель обсудить различные альтернативные варианты или возможности решения проблемы здоровья. Этот вопрос слишком широк и сложен, чтобы его здесь обсуждать. Однако я хотел бы указать сейчас, что для того, чтобы найти решение проблемы здоровья, медицинский истеблишмент должен придерживаться «правильного отношения». В качестве первого шага требуется изменить отношение; следующий шаг может быть тогда сделан естественным образом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Refer to references for Chapter 12 of this book.
2. THORNTON RC: New Conceptions in Nuclear Physics GALLIMORE JG, The Handbook of Unusual Energies. California: Health Research, 1976
3. BLUMBERG BS: Australia antigen and the biology of hepatitis B. Science 1977;197:17–25
4. LAPPE M: When Antibiotics Fail. Berkeley, California: North Atlantic Books, 1986
5. EINSTEIN A: The Principle of Relativity. New York: Dover, 1923
6. SILVERMAN M, LEE PR: Pills, Profits & Politics. Berkeley: University of California Press, 1974

7. BRAITHWAITE J: Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry.
London: Kentledge & Kegan Paul, 1984
8. MENNINGER K: The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness.
New York: Viking Press, 1975
9. PELLETIER KR: Mind as Healer, Mind as Slayer.
New York: Delacorte Press/Seymour Lawrence, 1977
10. WALTER WG: The Living Brain. WW Norton & Company, 1963
11. MARTIN EW: Hazards of Medication.
Philadelphia, Toronto: JB Lippincott Company, 1971
12. PAPAEOVANGELOU G: AIDS (Translation). Litsas, Athens: Medical
Publications, 1986

Глава 16.

Концепция восстановления-вырождения

35. Универсальная энергия видоизменяется при прохождении через ментальный, эмоциональный и физический планы, а также под влиянием «данных» (внутренних predispositions) каждого плана

Мы должны как-то представить себе, что энергия, которая оживляет «триплекс» (ментальный, эмоциональный и физический планы) нашего бытия, проходит через различные планы существования и «окрашивается» качествами каждого уровня, которые уникальны для каждого человека. В здоровом состоянии имеется гармоничный поток этой энергии, проходящий через уровни без рассеяния и возмущений.

Таким образом, мы видим, что болезнь можно определить как **области ограничения, или узлы энергии**, которые не допускают гармоничного потока этой силы. Фактически, эта идея составляет основу иглотерапии: путём манипулирования точками перехода энергии (где, как предполагается, расположены пучки энергии) она восстанавливает гармоничный поток.

Эти три плана могут восстанавливаться или вырождаться независимо друг от друга. Решающим фактором является то, где расположено большинство узлов. Если они находятся на физическом уровне, они будут вызывать вырождение физической части, если на эмоциональном — эмоциональной части и т. д.

Врач должен помнить, что на организм всегда действуют две силы. Одна вызывает дегенерацию, рассеяние и, в конце концов, смерть. Она сродни закону природы, который называется «энтропией». Вторая — это сила жизни, тот формирующий интеллект, который вызывает и придаёт форму всем живым и неживым проявлениям на Земле. Эти противоположные силы находятся в постоянном движении, сдерживая друг друга, уравновешивая друг друга пока человек жив. В конечном итоге энтропия берёт верх, по крайней мере в физическом теле, и физическое тело распадается на свои составные части.

Если вышесказанное верно, то мы можем логически заключить, что принцип жизни должен также преобладать в каком-то отношении, поскольку должно существовать равновесие между этими двумя противоположными силами. Если это так, что принцип жизни даст духовно-психической сущности человека возможность выжить, возможно, в другом измерении.

Если это действительно возможно, то единственный способ для человека «выжить» — это эволюционировать духовно и психически путём достижения некоторой степени совершенства на уровнях, характеризующихся любовью и мудростью. Так он образует единое и связанное целое с очень небольшим числом стремящихся к отделению и конфликтующих

энергий, и может, таким образом, остаться единой сущностью выйдя за пределы физического тела. Как мы упомянули ранее, организация и совершенство этих уровней зависят, в первую очередь, от сознательных усилий человека.

Если в момент смерти на психическом, ментальном и духовном планах остаётся много отрицательных энергий (качеств), то процессы нашего мышления будут рассеяны, и наше эмоциональное состояние в эти финальные мгновения будет запутано, и поэтому мы не сможем осознать идею единой сущности.

36. Чем более развит человек, тем больше организована и связана структура его внутренних эмоционального и ментального планов

Эволюция, о которой мы здесь говорим, включает в себя и требует не изощрённых интеллектуальных или научных знаний, а скорее настоящей мудрости в понимании сути вещей, и тем самым способности работать вместе с природой, а не против неё.

Для эволюции человеку не требуется современное образование. В современных обществах наличие образования может быть скорее, препятствием, чем достоинством. Например, необразованный, простой или примитивный человек мог бы дать вам прямой ответ на жизненно важный вопрос чистой этики или поведения, в то время как образованный человек может дать изощрённый или запутанный ответ, который сам не может понять.

37. Процесс эволюции человека отмечается реальными изменениями сознания. Эти изменения происходят не в виде гладкого последовательного процесса, а скачками, напоминающими квантовый скачок

После длительного периода сознательных усилий человек внезапно чувствует, что достиг лучшей организации своего ментального и эмоционального планов.

В определённые моменты времени и при определённых обстоятельствах организм достигает «максимальной организационной связности». Это может потребовать сознательных или бессознательных усилий со стороны человека. В такой момент мы имеем внезапный переход из состояния низшего сознания в высшее. Оно сопровождается также новым, более высоким и чувствительным состоянием эмоций. Это значит, что организм приобрёл больше энергии, больше мудрости, чтобы войти в более высокое сознание состояния — более высокий энергетический уровень. Для того чтобы это сделать, организму, как электрону, нужно определённое количество «квантов», чтобы перейти на орбиту с большей энергией. Этот переход является поэтому не последовательным, а внезапным, похожим по своей природе на **квантовый скачок**.

Эту идею иллюстрирует преобладающее в наше время движение «духовной осведомлённости». Согласно популярной мысли, после

надлежащей и тщательной подготовки люди могут совершенно «внезапно» перейти в «новое состояние сознания».

Тот факт, что человек использует в повседневной жизни лишь очень малую часть своего мозга, показывает почти бесконечные возможности, существующие в квантовых скачках сознания и информационной связности, или **Телеозиса**¹. Эти скачки следует рассматривать не как физические достижения мозга, а скорее как сознательные и бессознательные вехи следующего внутренним законам процесса эволюции человека в целом.

38. В каждом человеке есть присущие ему тенденции к достижению либо состояния «телеозиса» («синтеза», «зрелости»), либо к уступке закону энтропии и «апосинтеза»

Телеозис — это не только духовная потребность, но и универсальное стремление, которое все люди разделяют и демонстрируют в любом своём предприятии. Никакой здоровый человек не хочет быть худшим в любой конкретной деятельности, которой он занимается; напротив, он хочет быть лучшим, самым совершенным. Это стремление очень глубоко укоренилось в нас. Область, в которой каждый человек хочет преуспевать, — не обязательно его профессия; это может быть воспитание своих детей, его хобби и т. д. Тем не менее, факт остаётся фактом, что человек, который достаточно здоров на глубоких уровнях, нуждается в том, чтобы чувствовать себя хорошо по крайней мере в некоторых видах своей деятельности; такое стремление к почти полному совершенству сопровождается деятельностью в диапазоне от самой элементарной до самой возвышенной и духовной. Это внутреннее стремление к совершенству и достижению в каждом человеке есть то, что мы называем **«законом телеозиса»**.

Это стремление имеется в нас для того, чтобы преодолевать смерть, или энтропию. Мы разными способами стараемся оставить «след» в жизни, чтобы наше присутствие могло остаться навсегда в памяти живущих. Такова, кратко говоря, цель телеозиса.

Чем больше эволюционирует человек, тем больше он стремится делать максимум того, на что способен, и быть как можно более «совершенным» в вопросах духовного характера, и тем меньше его интересы сосредоточены на «материальных» приобретениях. Поэтому мы видим, что для людей важно состояние телеозиса, когда главным достижением является чувство полноты, цельности, зрелости и счастья. Никто на самом деле не стремится к несчастью, несовершенству, разрушению и энтропии. Однако мы не должны забывать, что внутри нас действуют обе эти силы — энтропия и телеозис. Весь этот процесс телеозиса тесно связан поэтому с состоянием здоровья человека.

¹ Телеозис — это процесс, посредством которого человек становится всё более и более организованным на своём духовном и психическом уровнях. Он делает это путём сознательного усилия, которое порождает ряд изменений, подводящих человека ближе и ближе к «совершенному» состоянию.

Телеозис осуществляется посредством:

- **Сознательных усилий** со стороны человека по преодолению слабостей, отрицательных мыслей и чувств, несовершенств, барьеров и препятствий.
- **Не поддающихся восприятию усилий** со стороны организма по противодействию малым стрессам и стимулам, которые стремятся дезорганизовать его (организм постоянно занимается осуществлением необходимых подпороговых изменений для противодействия малым стрессам).
- **Усилий защитного механизма**, которые мобилизуются под действием чрезмерного стресса, чтобы отбросить несчастье (и в этом случае мы становимся свидетелями развития признаков и симптомов болезни),

Вопросы, с которыми придётся иметь дело каждому конкретному организму в связи с состоянием своего здоровья, уникальны в своей совокупности и сложности.

В физическом теле тот конкретный тип бактерий, вирусов, микробов, грибов и т. д., который притягивает организм, соответствует областям слабости, присущим данному конкретному физическому организму, и указывает на тип защиты, которую ему придётся мобилизовать.

Сознательные усилия по мобилизации защиты против «апопсиназа» должны быть направлены на исправление слабостей характера, выбор путей, которые порождают эмоциональное благополучие, а не беспорядок, и культивирование ментально-духовных поисков, которые усовершенствуют сознание во всех его измерениях — подсознательном, сознательном и сверхсознательном.

Глава 17.

Направление расстройства

39. Защитный механизм всегда имеет встроенную центробежную тенденцию к удержанию расстройства на периферии (слизистые оболочки, кожа), в то время как отрицательный стресс-фактор имеет противоположную, центростремительную тенденцию, и таким образом толкает расстройство в центр организма (рис. 24 и 25)

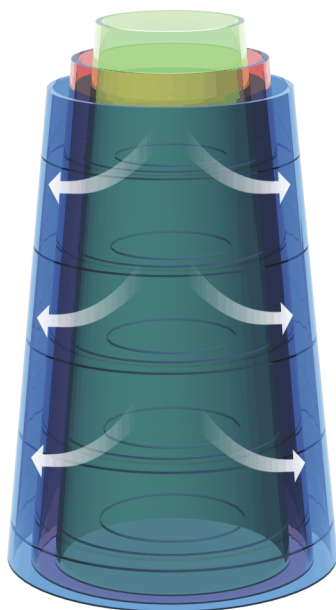


Рис. 24. Организм будет всегда стремиться вытолкнуть расстройство на периферию.

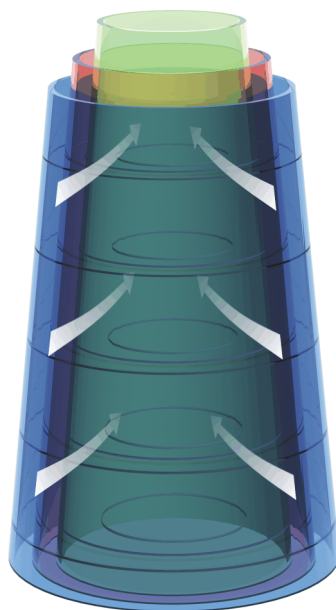


Рис. 25. Отрицательный стимул имеет тенденцию заталкивать расстройство в более центральные или глубокие органы или уровни.

Этот механизм очень важен для организма, потому что он автоматически оценивает уровни, системы и органы и всегда старается удерживать расстройство в системах и органах, которые находятся ближе к периферии и потому менее важны для выживания организма.

Оценка структуры человека защитным механизмом удивительна по своей сложности; даже самый блестящий научный ум не может постичь её истинного масштаба и смысла. Во время оценки организм

придаёт первостепенное значение ментально-духовному плану, а затем эмоционально-психическим уровням; поэтому защитный механизм стремится в первую очередь защищать от возможного расстройства эти уровни. Организм не позволит расстройству легко проявиться на этих уровнях.

Несмотря на эту логическую оценку, производимую самой природой, эти составляющие человеческого существования в наименьшей мере поняты логическим, научным и медицинским умом. Их либо не оценивали, либо оценивали по ложным причинам, и в целом в большой степени игнорировали. Мы отдаём себе отчёт в существовании этих уровней и понимаем, что они являются действительно очень важными составляющими нашего существа только тогда, когда на них имеются боль и страдание. Хорошо известен засвидетельствованный многими факт, что эмоциональное страдание невыносимо и значительно хуже физической боли. Фактически, очень немногие самоубийства совершаются из-за физической боли. Большинство этих отчаянных последних актов совершается из-за эмоционального или ментального страдания.

40. При правильной (лечебной) стимуляции организм всегда будет стремиться реорганизоваться на всех своих планах и уровнях. Если он не может достичь «полного излечения», то он будет стремиться сначала исцелить более глубокие и более важные части, а затем перейти к менее важным и периферическим частям своей структуры

Согласно законам кибернетики, организм никогда не излечит воспалённый сустав (периферическую часть), если это приведёт к ухудшению состояния более центральных частей или функций. Таким образом, когда при воспалении сустава применяются сильные противовоспалительные средства, такие как кортикостероиды, в более глубоких, более важных областях организма появляются гораздо более серьёзные симптомы. При действительно лечебной процедуре, когда применяется стимулирование (терапия) правильного типа, организм будет пытаться вытолкнуть расстройство в более периферические области, одновременно облегчая состояние центральных частей. Он будет делать противоположное, если стимуляция неправильная или подавляющая — например, химиотерапия, кортикостероиды и т. д. Это ещё один непосредственно связанный с нашим здоровьем важный факт, который полностью игнорировала традиционная медицина.

Таким образом, когда болезнь на периферии — например, кожная сыпь, колит или подагрическое состояние — подвергается неправильному лечению, она отступает в более важные органы или на более глубокий эмоциональный или ментальный план. В таких обстоятельствах лечащий врач обычно даёт пациенту следующее объяснение: «Ваши страдания психологические и не имеют ничего общего с лечением, которое Вам назначено от своего артрита, кожной сыпи и т. д. Я ничего больше не могу сделать

для Вас. Если хотите, могу рекомендовать хорошего психиатра». В конечном счёте, каждый должен обратиться к психиатру!

Такое положение дел в большой степени объясняется нашим образом жизни, а не нарушением внутреннего экологического равновесия от обильного использования мощных аллопатических препаратов.

В действительности «новое расстройство» (например, депрессия) на ментальном или эмоциональном плане — это не что иное, как тот же артрит или кожная сыпь, затолканная на более глубокие уровни организма, просто изменившая на этой стадии форму своего выражения.

Если организм получит позже правильное лечение, то эта «депрессия» исчезнет, и вернётся кожная сыпь или артрит. Это простое знание могло бы избавить человечество от многих страданий, но эта концепция никогда не упоминалась и ей не обучали в медицинских школах.

41. Между идеальным состоянием совершенного здоровья и состоянием полного разрушения существуют разные уровни здоровья. Сегодня мы не знаем точно числа уровней, имеющих между этими двумя предельными состояниями, но для аргументации перечислим двенадцать из них

Организм всегда находится в состоянии вибрирующих колебаний, но тем не менее остаётся в пределах одного из этих уровней. Это состояние вибрирующих колебаний можно назвать «состоянием неустойчивого равновесия», потому что внутри него содержится много различных возможностей. Эти возможности дают организму способность оставаться в низших или высших областях уровней или скачком переходить на другой уровень, в зависимости от полученной им информации или дезинформации.

Естественная, здоровая тенденция организма состоит в том, чтобы в отсутствие стресса оставаться в более высоких областях своего уровня. Если на него действует временный стресс-фактор, он может опуститься в более низкие или самые низкие области своего текущего уровня.

Однако если он продолжает подвергаться стрессу под действием более сильного фактора, он может опуститься и на другой уровень, находящийся ниже в иерархии.

Это состояние хронического заболевания всегда отмечалось квантовым скачком или существенным изменением энергетических структур внутри организма.

Примером является человек, страдающий от простуды или гриппа; во время простуды он чувствует себя довольно плохо и кажется, что общее состояние его здоровья ухудшается, но его общее хроническое состояние не изменится, и по окончании простуды он вернётся в своё «предпростудное» состояние. Если острое состояние серьёзнее, он достигнет наинизших областей своего уровня, а по завершении выздоровления вернётся в высшие области. Более или менее похожий процесс может иметь место, если человек подвергается временному стрессу на эмоциональном и ментальном уровнях.

Если, однако, человек уже находится в очень чувствительном состоянии из-за острого заболевания (временного стресса) и подвергается сильному стрессу, такому как аллопатическое лечение, это создаст дополнительный стресс для организма и, возможно, приведёт к его падению на более низкий уровень. Чтобы пояснить это, рассмотрим человека, который страдал от острого бронхита, а после лечения возникло постоянное астматическое состояние. Затем здоровье всего организма ухудшается на один уровень. В этом случае человек будет оставаться на этом новом уровне, пока не получит правильного лечения. В менее благоприятной ситуации он может подвергнуться дальнейшему стрессу, и хотя его астма пройдёт, он может опуститься даже на ещё более низкий уровень, где возникнет более серьёзное состояние типа эпилепсии, тяжёлого сердечного заболевания или психической проблемы.

Традиционная медицина никогда не осознавала непрерывности или связи между разными состояниями здоровья человека, потому что её теоретическое восприятие имеет дело только с болезнями и их ограниченными оттенками, а не с больным человеком.

42. Длительность отрицательного (энтропийного) изменения (проявления хронического заболевания) будет зависеть от интенсивности предрасположения и интенсивности стресс-фактора плюс их соответствующего взаимного притяжения

Для того чтобы в организме возникло хроническое состояние, он должен быть глубоко расстроен каким-нибудь конкретным стрессом, имеющим сильное отношение к организму. В этом случае весь организм опускается на более низкий уровень, с которого не может вернуться своими собственными силами. Теперь организм постоянно находится на этом уровне, и устанавливается состояние хронического заболевания. Это новое состояние хронического заболевания всегда сначала отмечается квантовым скачком или существенным изменением энергетических структур внутри организма.

Если это изменение не постоянное, то организм возвращается в своё нормальное состояние через несколько дней или недель; в противном случае организм остаётся в своём новом хроническом состоянии без возможности самовыздоровления.

Другими словами, можно сказать, что организм не опустится навсегда на более низкий уровень, если не подвергнется стимуляции информацией или дезинформацией, в которой крайне нуждается или к которой испытывает крайнее притяжение.

Классическим примером сказанного является явление иммунной реакции после применения очень разнообразных лекарственных препаратов, таких как аминопирин, р-аминосалициловая кислота, хлорпромазин, дипиرون, пенициллин, хлорамфеникол, аметилдопа, некоторые антинеопластики и т. д.¹⁻⁴

Что ясно показывает важность интенсивности стресс-фактора, так это тот факт, что многократное использование этих лекарств приводит

к крайне сильной иммунной реакции. Образуется антигенный комплекс, который может вызвать образование специфичных антител против лекарства. Это показывает, что защитный механизм тела вызывает реакцию, направленную на ослабление влияния этих поступающих лекарств и сохранение экологического равновесия организма.

43. Со сменой уровней здоровья организма соответственно меняются его предрасположения к патогенным факторам

Когда организм опускается на другой уровень более низкого порядка, происходят значительные изменения его химии и всей энергетической структуры. Различные вирусы или бактерии, которые ранее процветали в организме и легко влияли на него, теперь не влияют на него или влияют лишь с большим трудом. В то же время организм готов теперь ко влиянию новых видов вирусов, бактерий или грибов, которых этот новый физико-химический уровень притягивает легче. Эти новые виды, которые теперь будут влиять на организм, будут более опасными, и поэтому будут влиять на него глубже и серьёзнее. Из-за снижения резистентности организма даже кажущиеся относительно безвредными инфицирующие микроорганизмы будут очень опасными для этого организма.

Наконец, по мере проникновения процессов хронического заболевания глубже и ближе к центру организма, сильно расстраиваются эмоциональный и ментальный планы, и вероятность острого заболевания от вирусов или бактерий минимизируется. Таким образом, возможность заражения острой болезнью становится обратно пропорциональной тяжести ментального или эмоционального расстройства (чем тяжелее ментальное или эмоциональное расстройство, тем меньше вероятность заражения острой болезнью и наоборот).

Хорошо известен тот факт, что в психиатрических лечебницах пациенты с тяжёлыми ментальными расстройствами редко болеют острыми болезнями. Страдающие аутизмом дети и пациенты с тяжёлыми психозами редко заражаются инфекционными болезнями, если это вообще когда-либо случается. Часто можно слышать, как мать страдающего аутизмом ребёнка говорит, что её ребёнок никогда не болеет, что «он такой крепкий в прочих отношениях». Мне всегда не нравилось слышать этот комментарий от матерей, приводивших своих детей для лечения от психических заболеваний, потому что он указывал на глубину заболевания. Некоторые наблюдатели считают, что шизофреники странным образом резистентны к вирусным инфекциям. Монументальное исследование статистики смертности в России, Греции, Шотландии и Уэльсе обнаружило, что психиатрические пациенты на треть реже болеют раком, чем население в целом. Особенно резистентны к раку шизофреники.

Возможно, объяснение этого явления заключается в том, что химия крови психически больного человека становится очень враждебной средой для известных вирусов, бактерий или грибов.

Согласно данной Модели, сегодняшнее снижение в западном мире численности людей, поражённых инфекционными заболеваниями

и эпидемиями, обусловлено не только гигиеническими и санитарными мерами, но и тем фактом, что они не могут заразиться из-за снижения общего уровня здоровья. Патология населения в целом настолько глубока, что не даёт инфекционным заболеваниям закрепиться и вызвать рост заболеваемости. Например, согласно этой Модели, почти невозможно заразить пациента-шизофреника СПИДом, сколько вирусов ни ввести в него. Более того, эта Модель позволяет предположить, что если бы тяжело больному психически пациенту ввели вирус СПИДа и он заболел бы СПИДом, то это физическое состояние автоматически освободило бы его от психической симптоматики .

44. Очень трудно различить, появились ли бактерии, вирусы или грибки из внешней среды или возникли эндогенным образом благодаря определённым специфичным внутренним условиям

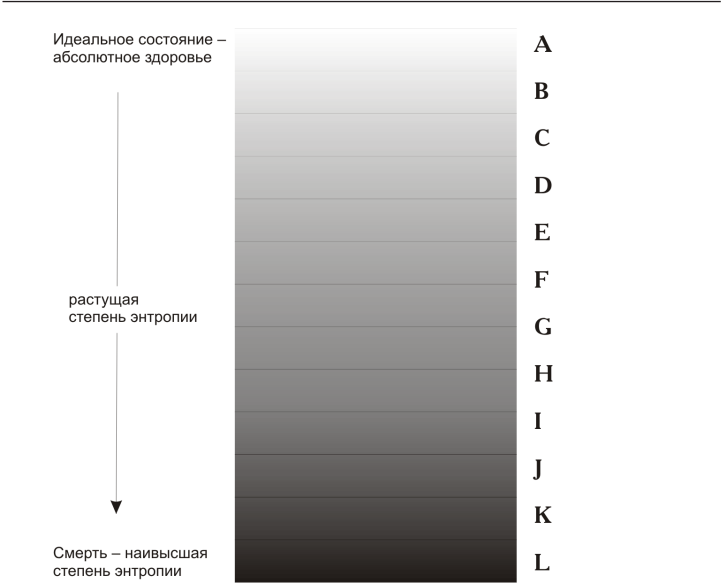


Рис. 26. Дифференциальные состояния здоровья организма.

Вопрос в том, начинают ли микроорганизмы размножаться с большой скоростью после заражения организма с благоприятной для их развития средой, или внутренние условия организма разрушаются в такой степени, что эти микроорганизмы автоматически возникают в эндогенном процессе мутации в новые виды патогенных вирусов, бактерий или грибов.

Самая вероятная гипотеза состоит в том, что могут иметь место **оба процесса**, а критическим параметром являются внутренние условия организма, или степень дегенерации.

Идея, что вирус или бактерия может мутировать в другой вид, который может быть вреден для организма, не является ни новой, ни неприемлемой.⁵ Идея Пастера была в том, что если убить микробы и бактерии,

то организм будет свободен от болезни. В то время это звучало правдоподобно, но болезни не были ликвидированы, хотя этому авторитетному мнению строго следовали.

«Период, однажды эвфемистически названный «веком чудолечарств», кончился. Только самые оптимистичные наблюдатели могут верить, что у нас есть много шансов вернуть дух и надежду этого времени сорокалетней давности.

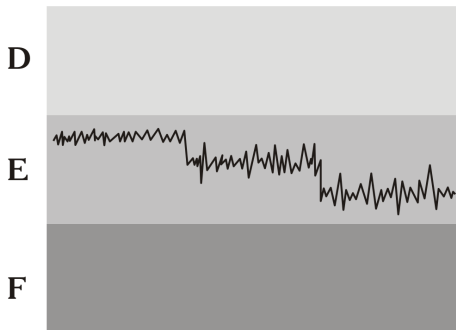


Рис. 27. Если стресс-фактор имеет умеренную силу, то организм, находящийся на уровне «Е», будет двигаться вверх и вниз в пределах своего собственного уровня.

сти. И только самые близорукие могут надеяться увидеть восстановление той чудесной эры, когда мы верили, что находимся на грани химической победы над всеми инфекционными заболеваниями. **Мы пытались, но эволюционная доблесть мира микробов взяла верх.**»⁶

Во времена Пастера был другой французский учёный по имени Бешамп, который предложил теорию, в точности противоположную теории Пастера. Бешамп утверждал, что то, заболеет человек или нет, определяется, главным образом, «почвой», или состоянием организма-хозяина в данный момент. Мир последовал Пастеру, потому что его теории казались более «логичными», в то время как теории Бешампа были довольно странными и трудно доказуемыми.

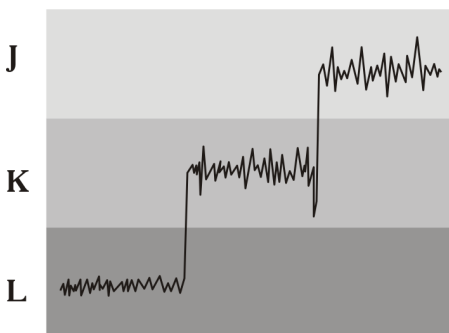


Рис. 28. Если стресс-фактор сильный, то организм скачком перейдет на более низкий уровень «L»; если будет назначено правильное лечение, он может скачком перейти на более высокий уровень «J».

В это время аллопатическая медицина начала утверждаться в мире в качестве главной терапевтической модальности. Когда в борьбу вступили фармацевтические компании и использовали свою силу, чтобы заставить врачей назначать исключительно их продукты, превосходство аллопатии было почти обеспечено. Вследствие этого, амбиции и узко-лобая риторика её учреждений стали доминировать во всём западном медицинском мире.

Я убеждён, что в будущем выдвигаемые аллопатией тезисы о болезни окажутся не только неверными, но и разрушительными для человечества. История покажет, что Пастер и вместе с ним остальной мир неправильно интерпретировали явления, которые он наблюдал. Сегодня несколько учёных заново изучают теории Бешампа. Их исследование придаёт повышенное правдоподобие его идеям.

В начале этого века, незадолго до спора между двумя французскими учёными Пастером и Бешампом, американский врач по имени Дж. Т. Кент написал в своей книге «Лекции по гомеопатической философии»: «Бактерии являются результатом болезни. С течением времени мы вполне сможем показать, что эти микроскопические существа не являются причиной заболевания, а приходят после, что они сопровождают болезнь, как питающиеся падалью животные...»⁷

45. Для того чтобы терапевтически стимулировать страдающий от хронического или острого заболевания организм, надо либо ввести «пакеты» тонкой энергии, соответствующие пакетам, порождаемым организмом под действием стресса, либо гармонизировать и высвободить заблокированный поток универсальной энергии. В любом случае терапевтическое стимулирование действует не только на физико-химическом, но и на энергетическом уровне

В данной *Модели здоровья и болезни* мы имеем дело с энергетической, а не просто материальной системой. Естественно поэтому думать, что правильный терапевтический метод должен быть связан с энергетической, а не химической стимуляцией. Мы пытаемся показать, что идеальный способ лечения человеческого организма — это не химические лекарства, которые воздействуют на определённые локальные области иммунной системы, а стимуляция всей защитной системы организма на энергетическом уровне. Важно помнить, что надо **стимулировать организм в том же направлении, которым бы воспользовался в борьбе с болезнью он сам**. Поэтому правильное лечение должно осуществляться на энергетическом уровне и в том же направлении, которое организм выбрал для своей защиты.

Поэтому если бы мы могли создать волны энергии, имитирующие энергию, порождаемую защитной системой, мы могли бы избежать всех побочных действий и одновременно оказать наилучшую возможную помощь естественным защитным механизмам тела. Существует ли такая идеальная терапевтическая система? Ответ — «да».

На этой идее целиком основана **гомеопатия** — холистическая система терапии и модальность, альтернативная традиционной медицине. До сих пор «медицина основного направления» и её приверженцы пренебрегали этой терапевтической модальностью, не придавали ей значения или полностью игнорировали её. В следующих главах будет дано краткое изложение этой системы.

46. Излечение происходит в виде квантового скачка и состоит из заново формирующихся и обладающих большей связностью энергетических структур. Под действием правильной стимуляции организм в доли секунды достигает состояния «информационного оптимума». После того как это произошло, со временем начинаются физиологические процессы

Так же, как болезнь возникает как мгновенное изменение энергии, так и организм под действием правильной энергетической стимуляции вернётся в нормальное состояние посредством квантового скачка.

Даже если местное страдание изменилось очень мало или не изменилось вообще, этот квантовый скачок ощущается пациентом как чувство большей жизнерадостности, свободы и благополучия.

Если сразу после лечения возникает это чувство, то это признак того, что скоро наступит и излечение местного состояния.

Важно, чтобы все понимали эту мысль, потому что именно так подвергающийся лечению человек понимает, даёт ли лекарство нужный эффект. Если, напротив, лечение вызывает чувство дискомфорта, спутанности, неудовлетворённости, а общая энергия снижается, это будет означать, что оно действует подавляюще, а не лечебным образом.

47. В основе хронического расстройства или хронического заболевания лежит непрерывность, которая может проявляться на разных уровнях, при этом по мере перехода расстройства с одного уровня на другой его симптоматология резко меняется. По мере того как расстройство становится более интенсивным и приближается к центру организма, уровень здоровья падает

Рассмотрим в качестве примера пациента, страдающего от кондилом гениталий (кожное проявление). Аллопатическое лечение избавит пациента от кондилом, но посредством подавления, потому что всё расстройство может теперь перейти в хронический цистит (другой уровень), который, в свою очередь, если его и дальше подавлять, может перейти в хронический язвенный колит. Если заталкивать расстройство дальше в более глубокие области, колит может постепенно перейти в тяжёлое состояние тревоги.

В таком случае страдание будет самым сильным, когда болезнь будет задвинута на ментальный и эмоциональный планы, и у пациента возникнет тревога. Наименьшее страдание будет ощущаться, когда пациент вернётся в своё первоначальное «кондиломатозное» состояние.

Когда будет достигнуто реальное излечение от кондилом (после первоначального исчезновения), в этом организме больше не будет развиваться никакого хронического заболевания, а будет происходить возврат к здоровью.

По-видимому, почти никто в традиционной медицине или обществе не понимает того факта, что развитие хронического заболевания не есть ни результат несчастного случая, ни случайное событие, а представляет собой строгую, почти математическую последовательность событий, которая часто начинается с неправильного лечения и использования грубых химических лекарств.

48. Так же, как здоровье людей обладает непрерывностью (например, в явных последствиях подавляющего лечения), так и развитие человеческих болезней на планете меняется в зависимости от внешних обстоятельств. Например, появление и преобладание определённых заболеваний меняется в соответствии с той степенью, в которой человеческий вид подвергается действию загрязнения окружающей среды, радиации, массовой накачки аллопатическими лекарствами и т. д.

Так, например, в то время как мы наблюдаем, что заболеваемость определёнными болезнями в какой-то период времени снижается, а другие возрастает, в общем итоге интенсивность болезней в целом продолжает расти. В то время как сократилось число острых ревматических атак и заболеваемость туберкулёзом, колоссально выросла заболеваемость сальмонеллёзом, хламидиозом, неспецифическим уретритом, герпесом, СПИДом и множеством других новых болезней.

Раньше подвергавшие общество разрушительному воздействию болезни затрагивали обычно низшие уровни физико-эмоциональных планов на периферии таких систем, как сердечно-сосудистая, мочеполовая, нервная и т. д. Но по мере развития обществ появлялись новые болезни, глубже проникающие на уровни разных планов, и поэтому эти болезни гораздо разрушительнее. Так же, как болезни эволюционируют в отдельном человеке, так же они, очевидно, эволюционируют в глобальном масштабе. Простые болезни эволюционировали в более сложные и трудные. Мы ушли от дизентерии, тифа и малярии к пневмонии и туберкулёзу, а затем к сердечно-сосудистым заболеваниям, нервным расстройствам, раку, шизофрении и, наконец, СПИДу.

Интересно также отметить, что болезни, которые были распространены в течение нескольких десятилетий, теперь обнаруживают устойчивость к лечению, затрудняя его (сальмонеллёз, гонорея, малярия и т. д.).

Кратко говоря, можно сказать, что всякий раз, когда мы пытались неразумно вмешиваться во внутреннюю экологию организма путём атаки на его микроорганизмы, мы неизменно выигрывали сражение и проигрывали войну. Там, где мы ожидали ликвидировать болезнь, мы создавали новые, ещё более резистентные, пагубные и летальные.

Например, в развитых странах (скажем, Федеративной Республике Германии) преждевременная смертность от злокачественных опухолей (рака) гораздо выше, чем в развивающихся (например, Мексике). Ишемическая болезнь сердца весьма широко распространена в развитых странах и отсутствует в развивающихся. Та же картина с частотой самоубийств, которая выглядит значительной только в развитых странах. В то же время преждевременная смертность от инфекционных заболеваний в развитых странах весьма высока, в то время как в развивающихся незначительна.

ЛИТЕРАТУРА

1. THEIRFELDER von S, MAGIS C, SAINT-PAUL M, et al:
«Die Puramidon-Agranulocytoze.» Dtsch Med Wschr 1964: 89: 506
2. PARKER CW: Drug Reaction in Immunological Diseases.
Boston: Little Brown and Co., 1965
3. McGIBBON BH, LONGBRIDGE LW, HOWIHANE DO, et al. Autoimmune Hemolytic Anemia with Acute Renal Failure due to Phenacetin and p-Aminosalicylic Acid. Lancet, 1970; i: 7—10
4. MARTIN EW: Hazards of Medication. Philadelphia, Toronto:
JB Lippincott Co., 1970
5. Reference in the introduction
6. LAPPE M: When Antibiotics Fail. Berkeley, California: North Atlantic Books, 1986
7. HUME ED: Bechamp or Pasteur? London: The CW Daniel Company, 1932
8. KENT JT: Lectures on Homoeopathic Philosophy.
Berkeley: North Atlantic Books. 1980
9. VITHOULKAS G: The Science of Homeopathy.
New York: Grove Press, Inc., 1980

Глава 18.

Гипотеза о СПИДЕ

В качестве логического заключения предыдущих глав можно сказать, что состояние СПИДа возникло, в первую очередь, из-за самого лечения от частых венерических заболеваний, которому подвергались эти лица.

Джаффе с коллегами сообщили, что при изучении конкретных больных СПИДом гомосексуалистов оказалось, что восемьдесят шесть процентов из них имели в анамнезе гонорею, а шестьдесят восемь — сифилис.¹

Однако эти цифры — далеко не всё, потому что эта статистика не учитывает лиц, страдающих бессимптомными гонококковыми инфекциями и гонококковыми инфекциями глотки. Поскольку эти больные составляют большой процент от общего числа лиц, инфицированных венерическими заболеваниями, вышеприведённые цифры были бы значительно больше, если в них были включены и эти инфекции.

Эта мысль иллюстрируется исследованием гомосексуалистов, проведённым в Лос-Анджелесе Мерино и Ричардсом, в ходе которого было обнаружено, что до 70 % пациентов с анальными гонококковыми инфекциями и 90 % пациентов с гонококковыми инфекциями глотки не имели симптомов.²

Вероятное объяснение состоит в том, что после случайного полового контакта многие гомосексуалисты по своей собственной инициативе принимали антибиотики в качестве профилактической меры на случай заражения венерической болезнью. Если они действительно заражались какой-нибудь венерической болезнью, то на самом деле их действия означали маскировку симптомов путём приёма антибиотиков, а не настоящую ликвидацию патогенного микроорганизма (очень маловероятно, чтобы эти лица сообщали о таких случаях, так как при их образе жизни они происходили, вероятно, слишком часто). С. Ландис в обзоре заболеваемости венерическими болезнями в Канаде и гонококковых инфекций среди гомосексуалистов предполагает, что знание этого факта могло бы послужить для них достаточной причиной для изменения своего полового поведения.³

Эти факты были подтверждены больными СПИДом пациентами-гомосексуалистами, за которыми я лично наблюдал и которые рассказали историю своей половой практики. Эти цифры иногда доходят до крайностей, и некоторые заявляли, что имели по целой тысяче половых партнёров в год. Легко представить число возможных венерических инфекций при таких многочисленных контактах.

Так, когда я со своими учениками просматривал истории болезни этих пациентов, мы убедились в наличии многократных венерических инфекций и, вследствие этого, частых и длительных курсов антибиотиков. По нашим оценкам, процент больных СПИДом, многократно болевших венерическими болезнями, превышает 90 %.

Этот факт был уже отмечен несколькими исследователями, но они не придали ему значения или никак не связали с проблемой СПИДа.

Частые венерические инфекции у больных СПИДом были таким обычным явлением, что первые исследователи заметили её сразу, как показывают публикации 1—4 и 7.

Очень важно отметить, что лесбиянки не принадлежат к группам высокого риска, даже если они очень активны в сексуальном отношении. Согласно нашей гипотезе, причина заключается в том, что сексуальная практика, характерная для этой группы, не включает «проникновения» (настоящего сокоупления). Таким образом, эти женщины редко заражаются венерическими болезнями, и не нуждаются в частом лечении антибиотиками.

Если эта гипотеза верна, то остаётся несколько критически важных вопросов:

1. Если состояние СПИДа вызывают венерические заболевания в сочетании с лечением антибиотиками, то почему мы не наблюдали эпидемии такого рода раньше, ведь пенициллин и другие антибиотики были преимущественным назначением при венерических заболеваниях свыше тридцати лет?

Ответ на этот вопрос состоит в том, что, вероятно, потребовались многократные атаки венерических болезней и многократные курсы антибиотиков, прежде чем иммунная система организма деградировала в достаточной степени, чтобы изнутри возник этот условно-патогенный вирус.

Кроме того, пятнадцать-двадцать лет взгляды общества на гомосексуальность назад были гораздо консервативнее. Мужчины-гомосексуалисты не имели возможности свободно заниматься сексуальной практикой (специальные бани, гей-бары и т. д.), поэтому вероятность частого заражения была значительно ниже. По-видимому, организм человека большую часть времени способен восстановиться и вернуться к равновесию, если он не был грубо повреждён повторяющимися атаками предельных доз лекарств. Одним организмам потребуется больше времени для восстановления, чем другим, и лишь небольшой процент не восстановится после атаки, если будет предоставлен период без приёма лекарств для восстановления равновесия. Из-за повторяющихся атак венерических заболеваний многие гомосексуалисты не давали своей иммунной системе шанса на восстановление. Подробное объяснение этой идеи уже было дано в предыдущих главах этой книги.

2. Как можно объяснить тот факт, что следующей после гомосексуалистов и ведущих беспорядочную половую жизнь гетеросексуалов группой по заболеваемости СПИДом стали гаитяне?

В этом вопросе возникла некоторая путаница, потому что исследователи пытались найти конкретное препятствие в иммунной системе гаитян, которое объяснило бы принадлежность их к группе «высокого риска». Согласно моей гипотезе, это недоумение можно, по-видимому, развеять гораздо проще, чем предполагалось первоначально.

Самые большие популяции мужчин-гомосексуалистов находятся в Сан-Франциско, Лос-Анджелесе и Нью-Йорке. Как и во всех социальных группах с какой-либо предпочтительной религиозной, этнической или, в данном случае, половой ориентацией, возникают места отдыха «для своих». Гаити было «местом для своих», куда ездили многие гомосексуалисты. Оно было близко от США, относительно безопасно, дешево, предоставляло половых партнёров, политический доступ туда был прост, и оно было идеальным местом для случайных половых контактов.

В результате эти приезжие заразили многих коренных жителей своими венерическими болезнями, а потом и СПИДом. Местное население, включая бисексуалов, заражало, в свою очередь, проституток, которые, в свою очередь, заражали других мужчин. Все эти люди вынуждены были поэтому принимать огромные количества антибиотиков, и из-за этого возникла ситуация, способствующая заболеванию СПИДом. Именно в этот момент мы наблюдаем подтверждение данной теории.

В поддержку этих идей процитируем следующую выдержку из отчёта об исследовании, озаглавленного «Синдром приобретённого иммунодефицита на Гаити»:

«Обнаружение саркомы Капоши и условно-патогенных инфекций на Гаити временно связывалось с появлением СПИДа в Соединённых Штатах. Возможно, самый первый известный нашей группе случай условно-патогенной инфекции на Гаити имел место в июле 1978 г., а первый случай внезапно возникшей и быстро развивавшейся саркомы Капоши был диагностирован в июне 1979 г. Первые заболевания саркомой Капоши и условно-патогенными инфекциями у гомосексуалистов-мужчин в Соединённых Штатах были документированы в начале 1978 г. Мы не считаем, что СПИД был на Гаити до 1978 г. Эта точка зрения подкрепляется клиническим опытом патологов и дерматологов, практикующих на Гаити, и тем, что мы не смогли выявить более ранние случаи через изучение записей об аутопсии и биопсии.»⁸

3. Почему следующей группой высокого риска являются проститутки и мужчины, ведущие беспорядочную половую жизнь?

Потому, что они подвержены частым венерическим заболеваниям, и вынуждены часто проходить курсы лечения антибиотиками.

4. Почему имеет место взрыв заболеваемости СПИДом в Африке?

За последние десять-пятнадцать лет эпидемии сифилиса и гонореи затронули беспрецедентное число людей в Африке. В африканских странах часто трудно собрать точные данные, потому что многих такие болезни не регистрируются, либо занимаются «самолечением» отпускаемыми без рецепта антибиотиками. Несмотря на эту неполную регистрацию, в Африке есть несколько стран, где сифилис и гонококковые инфекции занимают первое или второе место среди всех инфекционных заболеваний.

Более того, число больных венерическими заболеваниями больше больных всеми остальными инфекционными заболеваниями, вместе взятыми. Это поразительная информация, если учесть, что в этих странах много инфекционных заболеваний, таких как малярия, корь, паразитарные инфекции и т. д. Статистика Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показывает, что это имеет место в таких странах, как Ботсвана, Французская территория Аффарса и Иссаса, Гвинея-Бисау, Реюньон, Сенегал, Уганда, Гамбия, Гвинея, Лесото, Мали, Маврикий, Марокко и Сейшелы.^{9,10}

Врождённый сифилис, так распространённый в этих странах, указывает также на колоссальную эпидемию венерических заболеваний в Африке в данный момент. Лечение таких болезней в Африке далеко не стандартизовано. Многие местные жители, заразившись, принимают отпускаемые без рецепта антибиотики, и, возможно, превышают необходимые дозы, чтобы отразить инфекцию.

Теперь можно видеть полную картину повторяющихся венерических инфекций во всех этих группах высокого риска. Половое освобождение в Африке и гомосексуальная «революция» на Западе привели к одинаковому результату, а именно, частым венерическим заболеваниям и, следовательно, многократным курсам антибиотиков.

В 1973 г. в Ботсване 28 204 из 608 654 жителей имели гонорейные инфекции, а 9750 — сифилис.

В Чаде среди населения в 3 254 000 человек в 1974 г. было 5 035 больных врождённым сифилисом, 9222 больных ранним сифилисом и 20 636 больных гонококковыми инфекциями.

В Габоне в 1973 г. из 448 564 человек населения 13 793 были больны гонококковыми инфекциями.

В Гамбии в 1980 г. из населения 487 448 человек 6 391 были больны гонококковыми инфекциями.

В Гвинее-Бисау в 1981 г. в из населения 487 448 человек 5 829 были больны гонококковыми инфекциями.

В Мали из населения 6 035 272 человека было 32 993 больных сифилисом и 21 335 больных гонококковыми инфекциями.

В Нигере в 1981 г. из населения 2 501 800 человек было 14 320 больных врождённым сифилисом, 9171 сифилисом, 30 255 гонококковыми инфекциями и 4809 прочими венерическими болезнями.

В Сенегале в 1974 г. из населения 5 085 388 человек 1063 были больны врождённым сифилисом, 6680 ранним сифилисом, 58 144 сифилисом и 18 678 гонококковыми инфекциями.

В Судане в 1979 г. из населения 14 113 590 человек 48 826 были больны ранним сифилисом и 56 202 гонококковыми инфекциями.

В Уганде в 1974 г. из населения 9 548 847 человек было 9 660 больных сифилисом и 331 992 больных гонококковыми инфекциями.

В Заире в 1973 г. было зарегистрировано 1 407 случаев врождённого сифилиса, 5234 раннего сифилиса, 9 829 случаев сифилиса и 126 224 больных гонококковыми инфекциями.^{9,10}

Согласно данной *Модели*, страны, где до сих пор сильна религиозная, общественная и этическая мораль, поражены этой эпидемией в меньшей степени.

Остаётся вопрос: «Является ли аксиомой то, что человек, прошедший лечение от сифилиса или гонореи и принявший в прошлом много антибиотиков, должен заразиться СПИДом или стать носителем СПИДа при первом же контакте с больным? Ответ — НЕТ. Моё предположение состоит в том, что **повреждённая до определённой степени иммунная система** приведёт к СПИДу, и самый простой способ вызвать такое состояние — это иметь частые венерические инфекции с последующим повторным лечением антибиотиками.

5. Почему являются группой высокого риска лица, пользующиеся лекарствами?

Прежде всего, следует учесть, что многие часто пользующиеся лекарствами лица принадлежат также высокорисковой группе гомосексуалистов, и это вызывает ту же путаницу. С другой стороны, повседневное использование лекарств ослабляет иммунную систему организма и облегчает восприятие ею вируса, попавшего в результате использования заражённой иглы.

Фактически, часто пользующиеся лекарствами лица были «вторичными» жертвами этой эпидемии. В предыдущих группах вирус мог возникнуть в ходе эндогенного процесса, в то время как эта группа «готовит» своих членов к тому, чтобы стать возможными жертвами болезни через эндогенный путь.

Факторы, способствующие дегенерации путём разрушения иммунной системы

Согласно моей гипотезе, организм готов принять вирус и обеспечить благоприятную среду после того, как достигнет определённой «критической точки» в своём внутреннем равновесии, или, в данном случае, «неравновесия». Это неравновесие может возникнуть в результате атаки на организм различных факторов, таких как следующие:

- а) Все сильные аллопатические лекарства, особенно те, которые непосредственно влияют на иммунную систему, такие как антибиотики, антигистамины, противогрибковые средства, кортикостероиды, химиотерапевтические препараты и т. д., назначаемые многократно и в больших дозах, могут довести организм до состояния развивающегося СПИДа. Организм человека обычно может перенести небольшие количества таких лекарств и автоматически восстановит своё равновесие за счёт своей естественной

приспособляемости; однако сегодня существует очень немногих конституций, способных выдержать длительные и многократные курсы таких сильных лекарств без ужасных последствий. Ещё одна проблема — переход предрасположения от родителей к детям. Ребёнок родителей с нарушенной иммунной системой будет иметь переданную ему слабость-предрасположение. Для него будет велик риск появления вируса. Поскольку у него уже есть предрасположение, такому ребёнку не потребуется подвергаться иммунодепрессивному лечению в течение жизни, чтобы у него возникла эта болезнь. Именно по этой причине мы вскоре увидим всё больше и больше детей, у которых развивается СПИД.

- б) Следующий крупный фактор, который, по-видимому, играет важную роль в разрушении иммунной системы, — это нелегальное использование наркотиков — ЛСД, кокаина, морфина, героина и т. д. — без рецепта. По самой своей природе эти лекарства создают физическую или психологическую зависимость, и поэтому применяются всё чаще. И снова в этом случае организм не получает достаточно времени для восстановления между атаками, и дополнительное воздействие каждой новой дозы препарата усиливается в огромной степени, вызывает окончательный крах иммунной системы.
- в) Организм подвергается действию ещё большего стресса от экологических факторов, таких как загрязнение воздуха, промышленные отходы, выхлопные газы автомобилей и т. д.
- г) Он подвергается также стрессам от пищевых консервантов и других химикатов, используемых сегодня в производстве продуктов питания, удобрений, дезинфицирующих аэрозолей и т. д.
- д) Радиация в атмосфере от ядерных аварий и испытаний атомного оружия увеличивает стресс.
- е) Есть тревога, горе и стресс, вызываемые конкурентным климатом, доминирующим сегодня в наших обществах.
- ж) Отсутствие правильного питания также разрушает иммунную компетентность.

Лица высокого риска

Для того чтобы заболеть СПИДом, человек должен иметь определённое предрасположение. Такое состояние является либо генетическим, либо может возникнуть в течение жизни под действием особых стрессов. Именно степень восприимчивости предрасполагает некоторых

людей к тому, чтобы стать носителями вируса с небольшими признаками болезни или вообще без них, других — к заражению и появлению симптомов СПИДа через десять-пятнадцать лет после даты заражения, а третьих — к появлению тяжёлых симптомов СПИДа вскоре после контакта с вирусом.

Согласно данной *Модели*, группами наивысшего риска являются:

- а) Лица, часто болевшие венерическими болезнями и часто подвергавшиеся лечению антибиотиками, а кроме того, имеющие предрасположение к инфекции этого типа. Даже если в данный момент нет никаких признаков наличия такого предрасположения, я считаю, что в самом ближайшем будущем исследования сделают его очевидным. Эти лица подвергаются наивысшему риску, потому что их иммунной системе нанесён наибольший ущерб. Проверая историю болезни таких лиц, мы обнаруживаем, что антибиотики принимались не только в качестве лечения от подтверждённых инфекций, но и в качестве меры предосторожности после рискованных контактов.
- б) Люди, которые принимали много лекарств, отпускаемых как по рецепту, так и без рецепта.
- в) Те, чьё здоровье разрушено частыми болезнями, особенно вирусом типа гепатит В и другими острыми заболеваниями.

Лица низкого риска

- а) Те, кто обладает великолепным здоровьем, относительно не затронутым лекарствами, загрязнением и пищевыми консервантами. Таких людей можно найти в удалённых районах мира, обычно недоступных высоких горных районах, которые мало соприкасаются с сегодняшней «высокотехнологичной цивилизацией». Например, таких людей можно найти в Южной Америке, на Кавказе, в Индии, Пакистане и Африке, а также других местах.
- б) Хронические больные, которые страдают от болезней, вызванных нашим современным обществом, такими как слабоумие Альцгеймера и другие серьёзные психические расстройства. Это хронические заболевания, связанные с центральной нервной системой. К ним относятся также шизофреники, содержащиеся в психиатрических лечебницах, тяжёлые случаи эпилепсии, диабетики на запущенных стадиях, лица с системными заболеваниями типа красной волчанки и рака на последней стадии и т. д. Эта группа лиц, вероятно, защищена своим хроническим состоянием болезни, которое в целом представляет большую опасность, чем СПИД.

Факторы, способствующие дегенерации человеческого тела

Приписывать последствия нарушения экологии человеческого организма в течение тридцати или сорока лет СПИДу — большая ошибка с нашей стороны. Согласно данной *Модели*, современный взрыв тяжёлых дегенеративных и хронических заболеваний типа рака, болезни Альцгеймера, рассеянного склероза, нервно-мышечных расстройств и системных болезней является результатом дегенерации, связанной с частым и избыточным применением аллопатических лекарств и вакцин.

Как ещё можно объяснить колоссальный рост дегенеративных болезней на Западе по сравнению со слабо развитыми или развивающимися странами, которые ещё не видят угрозы этих заболеваний?

От **рака** (опухолей) в развитых странах умирает примерно в два раза больше людей, чем в развивающихся, и смертность от рака составляет около десяти процентов смертности в целом: 19 % в развитых странах и лишь 6 % в развивающихся.

По оценкам, 50 % смертей в Европе происходит от заболеваний системы кровообращения и некоторых дегенеративных болезней и ещё 17 % — от опухолей. По собранной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) статистике более чем очевидно, что в развитых странах, таких как США, Канада, Бельгия и Англия, смертность от рака составляет 13–16 %, в то время как в слабо развитых странах, таких как Сальвадор, Гондурас, Перу и т. д., — 3–5 %. По мере «развития» стран и расширения в них доступа к «лучшему медицинскому обслуживанию», процент дегенерации увеличивается. Может возникнуть идея приписать эти дегенеративные болезни тревоге и стрессу, которые вносит в нашу жизнь современная технология. Это неверно, как можно видеть по статистике смертности в восточных коммунистических странах, где, как известно, гораздо меньше тревоги, связанной с конкуренцией, потому что источник существования для каждого фактически обеспечивается правительством.

Статистика смертности от рака в процентах^{11,12,13}

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Развитые страны:							
Шотландия					16.08	16.09	16.08
Бельгия	15.40			15.40		15.30	
Англия и Уэльс				14.53		15.08	
Канада	13.20	13.20	13.09	13.60			
США		13.10		13.10	13.22		
Австрия				13.90	13.70		13.45
Франция			13.90	13.90		13.95	
ФРГ				13.92		13.60	

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Италия	13.54	13.58	13.50				
Страны коммунистического блока							
Венгрия				16.59		16.75	16.65
Чехословакия			15.78		16.14	16.23	
Развивающиеся страны							
Гондурас			3.14				
Сальвадор					3.39		
Доминиканская республика				5.18			
Перу				5.84			
Мексика				7.18			
Маврикий			8.34				7.18
Панама					7.60	7.80	
Пуэрто-Рико				7.87	9.39		

Фактически, население коммунистических стран известно своим отсутствием тревоги и ощущением скуки, а также низкой производительностью. Но факт также и то, что они имеют широкую систему здравоохранения. Я уверен, что если провести в этих странах глубокое обследование, будет обнаружено, что многие люди ходят к врачам, чтобы получить больничный лист, и врачи вынуждены выписывать им лекарства. Может быть, именно в этом причина того, что в этих странах наивысшая заболеваемость дегенеративными болезнями, даже выше, чем в странах «свободного мира».

Ещё одна болезнь, появившаяся недавно в качестве классического примера дегенеративного расстройства ментального плана, — это **болезнь Альцгеймера**.

«Сообщалось, что около 4.4 % людей старше 65 лет проявляются признаки старческого слабоумия в степени от умеренной до тяжёлой, и что около 65 % их болеют болезнью Альцгеймера: заболеваемость превышает 3 на каждые 1 000 человек населения в целом. Поскольку средняя продолжительность жизни этих пациентов значительно ниже, за счёт болезни Альцгеймера у пожилых людей может быть отнесено свыше 100 000 смертей в год.»¹⁴

«Оценки распространённости болезни Альцгеймера среди пациентов старше 65 лет с органическим слабоумием колеблются от 40 % до 58 %. В применении к Соединённым Штатам эти цифры означают, что в 1970 г. среди лиц старше 65 лет болезнью Альцгеймера болели от 350 000 до 510 человек.

Распространённость тяжёлого слабоумия или органического психоза — эти термины используются для описания пациентов, у которых в дополнение к интеллектуальному разрушению имеются признаки

дезорганизации личности и неспособности выполнять обычные задачи повседневной жизни — составляла в среднем 4.1%. Каждый год умирают от 60 000 до 90 000 человек со старческим слабоумием, и эти оценки не учитывают лиц моложе 65 лет и тех, у кого умеренные формы слабоумия сокращают среднюю продолжительность жизни. Эта оценка распространённости болезни Альцгеймера основана на консервативных предположениях.»¹⁵

Болезнью, которая является, несомненно, язвой почти исключительно «развитых» стран, является рассеянный склероз.

«Никогда не сообщалось ни об одном хорошо документированном случае рассеянного склероза среди чернокожих африканцев».¹⁶

Однако заболеваемость рассеянным склерозом среди иммигрантов в Южно-Африканскую Республику из Великобритании и других частей северной и центральной Европы составляла приблизительно 49 на 100 000 человек населения. Согласно одному исследованию, показывающему локальную эпидемиологию этого заболевания, к районам наибольшего распространения (зонам высокого риска) относятся Северная Европа, Северная Америка и Южная Канада. Можно ли получить лучший пример? Фактически, он показывает, что хорошо развитые страны, то есть страны, в которых человеческий организм обрабатывался мириадами лекарств и вакцинаций, сталкиваются сейчас с серьёзными проблемами здоровья.

Я подозреваю, что рассеянный склероз является результатом вакцинации. В странах, где вакцинация была введена давно, отмечается очень высокая заболеваемость рассеянным склерозом, в то время как в арабских и африканских странах, которые ввели вакцинацию позже, мы не находим почти никакой заболеваемости рассеянным склерозом.

Альтер, изучавший популяции иммигрантов и коренных евреев в Израиле, отмечал, что это заболевание редко встречается среди коренных израильтян и иммигрантов из стран Ближнего Востока и Северной Африки, но значительно больше распространено среди иммигрантов из Центральной Европы и ещё чаще встречается среди иммигрантов из Северной Европы. Дальнейшее изучение данных по иммиграции показало, что крайне важную роль играет возраст на момент иммиграции. Для человека уезжающего из своей страны до возраста 15 лет, риск заболевания рассеянным склерозом равен риску для коренных израильтян или южноафриканцев; человек, иммигрирующий после этого возраста, привозит с собой коэффициент риска, присущий его стране рождения. Ещё одно исследование показало наличие большого различия в заболеваемости рассеянным склерозом среди афро-азиатских иммигрантов и их рождённого в Израиле потомства. В последней группе заболеваемость увеличивалась вдвое за одно поколение. Таким образом, заболеваемость рассеянным склерозом среди коренных израильтян как европейского, так и афро-азиатского происхождения сейчас так же высока, как среди европейских иммигрантов.¹⁶⁻²²

Вот некоторые данные о населении, показывающие масштаб проблемы:

С 1957 по 1970 гг. в Нигерии было только два пациента, у которых, возможно, был рассеянный склероз. До 1970 г. в Гане не было рассеянного склероза. С 1952 по 1969 гг. в Кении наблюдалось только два пациента с рассеянным склерозом. В Зимбабве рассеянный склероз не был диагностирован ни у одного африканца, хотя он наблюдался у родившихся в Родезии белых.¹⁷

Данные о заболеваемости рассеянным склерозом^{9,23}

	1972	1973	1974	1976	1977	1978
развитые страны						
США	1704				1372	
Канада		211		204		
Австрия		109	121			
Дания						
ФРГ						849
Нидерланды						135
Норвегия						43
Швеция						92
Швейцария						110
Шотландия						101
Страны коммунистического блока						
Венгрия						99
Польша					507	512
развивающиеся страны						
Египет	0					
Маврикий		0	0			0
Барбадос		0			0	
Коста-Рика					0	
Суринам		1				
Тринидад		0				
Сингапур		0				

Дегенеративные заболевания системы кровообращения

Половина умирающих в европейских странах и 32 % в западно-тихоокеанском регионе — жертвы заболеваний кровообращения.

Вероятность умереть от заболеваний сосудов головного мозга и всех прочих заболеваний системы кровообращения (в возрасте 45 лет) приведена в следующей таблице.

	Смерть от заболеваний сосудов головного мозга	Смерть от прочих заболеваний системы кровообращения	Год
Развитые страны:			
Канада	7.82 %	42.50 %	1982
США	7.00 %	45.30 %	1983
Австрия	14.56 %	38.35 %	1985
Франция	10.27 %	25.54 %	1984
ФРГ	11.05 %	39.36 %	1985
Италия	13.01 %	34.57 %	1981
Швеция	8.80 %	48.50 %	1983
Страны коммунистического блока:			
Болгария	21.95 %	39.35 %	1984
Чехословакия	14.68 %	39.54 %	1984
Венгрия	15.09 %	38.37 %	1985
Румыния	14.91 %	47.17 %	1984
Развивающиеся страны:			
Шри Ланка	2.75 %	18.18 %	1980
Кувейт	3.37 %	38.77 %	1982
Сальвадор	4.56 %	12.74 %	1983
Гондурас	5.12 %	13.97 %	1981
Смертность от заболеваний системы кровообращения			
Развитые страны:			
Канада		33.96 %	1984
США		40.77 %	1983
Австрия		46.88 %	1984
Франция		26.24 %	1984
ФРГ		41.71 %	1985
Швеция		39.40 %	1984
Северная Ирландия		50.00 %	1985
Шотландия		50.52 %	1985
Страны коммунистического блока:			
Венгрия		68.10 %	1985
Болгария		66.54 %	1984
Чехословакия		65.78 %	1984
Румыния		76.24 %	1984
Развивающиеся страны:			
Коста-Рика		15.23 %	1983
Доминиканская Республика		16.00 %	1982
Сальвадор		10.63 %	1983
Гондурас		11.64 %	1981
Мексика		17.25 %	1982
Перу		12.00 %	1982

	Регион ВОЗ	Оценка населения в 1980 г.	Оценка числа смертей (тыс.) в зависимости от причины						Оценка числа смертей в зависимости от возраста				Итого (тыс.)
			Инфекционные и паразитарные заболевания, включая некоторые респираторные	Оглухота	Заболевания системы кровообращения и некоторые дегенеративные заболевания	Некоторые заболевания периферии	Травмы и отравления	Все прочие и неизвестные	0–14	15–44	45–64	65+	
AFR	Африка	380 895	3566	206	836	613	270	1675	4409	1150	734	873	7166
AMR	Америка	608 717	1057	729	1908	288	373	876	1366	608	971	2286	5231
DVG	Развивающаяся	251 58	981	282	773	263	198	653	1294	440	511	905	3150
DVD	Развитые	356959	76	447	1135	25	175	223	72	168	461	1380	2081
SEA	Юго-Восточная Азия	1050726	6777	672	2407	1282	660	3634	8062	1998	2552	2820	15 432
EUR	Европа	813 573	971	1444	4297	207	487	1105	860	565	1471	5615	8511
DVG	Развивающаяся	64 518	310	47	149	70	38	185	406	81	110	202	799
DVD	Развитые	749 035	661	1397	4148	137	449	920	454	484	1361	5413	7712
EM	Восточное Средиземноморье	267 412	1762	165	559	386	163	927	2387	420	459	686	3962
WP	Западно-Тихоокеанское побережье	1308017	2691	1026	3315	473	712	2265	1871	1524	2797	4290	10 482
DVG	Развивающаяся	1173428	2623	829	2890	466	649	2167	1846	1463	2620	3695	9624
DVD	Развитые	134589	68	197	425	7	63	98	26	61	176	595	858
TOT	Итого в мире	4438338	17 824	4242	13322	3249	2665	10 482	18 965	6265	8 984	16570	50 784

Число смертей в зависимости от причины и возраста по регионам ВОЗ, 1980 г.

Хотя верно, что в каждом человеке существует какое-нибудь генетическое предрасположение, это предрасположение может никогда не проявиться, если не произойдёт сильной атаки на иммунную систему. Что действительно пугает, так это возможность того, что эти лекарства и вакцинации могут так подорвать иммунную систему, что вызовут генетические мутации, передаваемые от родителей к следующему поколению.

Я не хочу принижать важность других факторов в вырождении человеческой расы, но опыт показал нам, что все прочие факторы вместе взятые — ничто по сравнению с прямым и глубоким ущербом, причиняемым экологии тела аллопатическими лекарствами. То, что Иван Иллич писал в своей книге «Медицинское возмездие» 10 лет назад, становится сегодня почти пророчеством: **«Самая страшная угроза здоровью, с которой мы сегодня сталкиваемся, — это наша медицинская система»**. Однако непрофессионалы и медицинский истеблишмент в целом практически игнорировали эту хорошо обоснованную исследованиями книгу.

Многие другие исследователи и учёные, такие как Дюбо, Мендельсон, Гарднер, Вайц, Сильверман, Ли, Меннингер, Фергюсон, Лаппе, Маккеон, Класс и Пельтье, объединили свои голоса, чтобы предупредить общественность, что с большой скоростью приближается буря, но никто из лиц, обладающих властью и ответственностью на правительственном уровне или на уровне Управления пищевых продуктов и лекарственных средств США, не обратил серьёзного внимания на эти предупреждения. Голоса тех немногих, кто обратил внимание, потонули в фальшивой эйфории приближающихся решений и оптимистических предсказаний.

По-прежнему никто не хочет посмотреть в лицо фактам, даже сегодня, когда миру угрожает неминуемая опасность не только от СПИДа, но и от всех дегенеративных болезней, заболеваемость которыми непрерывно растёт. Появились слухи, что реальное число жертв СПИДа было изменено или замалчивалось, и что никто не пытается выяснить истину. Дело выглядит так, будто люди не хотят слышать, что эта болезнь неизлечима, и просто притворяются, что она не существует для них, пока она не поражает их или кого-нибудь, кого они знают.

Однако озабоченные учёные, являющиеся авторитетами по СПИДу, имеют точку зрения, противоположную упомянутой выше, и выразительно предупреждают нас об опасностях этой болезни. Вот что они говорят:

«Ниже приведены выдержки из свидетельских показаний д-ра Джона Сили на объединённом заседании Комиссии по здравоохранению и гуманитарным услугам Сената штата Калифорния и Комитета законодательного собрания по пропорциональному распределению и выборам штата Калифорния...

- Вирус СПИД является молекулярным биологическим эквивалентом ядерной бомбы. Содержащаяся в его микроскопической полоске РНК информация имеет всё необходимое, чтобы заставить человеческую расу угаснуть в течение 50 лет...

- Оптимисты, такие как профессор Джей Леви из Сан-Франциско, считают, что от инфекции умрут всего 50 %, а остальным 50 % она нанесёт незначительный вред или вообще не причинит его. Этот оптимистический взгляд делает СПИД вдвое смертельнее оспы и равным по смертоносности бубонной чуме — причине Чёрной Смерти в 14-ом веке, которая убила треть всего населения Европы.
- Пессимисты, такие как профессор Уильям Хейзелтайн из Гарварда, считают, что 100 % инфицированных людей умрут в течение примерно 20 лет с момента первоначального заражения, как это имеет место при заражении вирусом бешенства. Именно поэтому он свидетельствовал перед комитетом Сената в Вашингтоне год назад, что СПИД «угрожает виду». Говоря попросту, проф. Хейзел также считает, что вирус СПИДа способен распространиться и убить каждого мужчину, женщину и ребёнка на Земле..²⁴

Я не склонен к панике по своему характеру, и моя работа всегда заключалась в том, чтобы спасти жизни и давать надежду страдающим, но ситуация совершенно вышла из-под контроля, и я чувствую, что время выказаться. То, что происходит на этой планете в данный момент, ужасаяще. Хотя эта ситуация вызвала озабоченность некоторых людей, огромное большинство не только не осознаёт реальной проблемы, но и наивно верит заявлениям традиционной медицины.

Никто не отрицает, что в этот самый момент есть великолепные умы, которые борются и сражаются в поисках решения наших проблем здоровья. Намерения благородны, учёные честны и преданы своему делу, но чистый результат чисто терапевтической стороны медицинских исследований представляет собой обычно «угрозу», а не гармонию.

По-видимому, медицинские исследования, сколько бы труда, денег и энтузиазма в них ни вкладывалось, всегда дают нам обманчивый ответ. Вначале есть много обещаний, которые чаще заканчиваются катастрофой. Проблема в том, что медицинские лекарства, используемые для манипуляций человеческим телом, часто действуют так глубоко и коварно, что когда, наконец, мы понимаем их долгосрочные побочные действия, обычно бывает уже слишком поздно — ущерб уже нанесён.

Сегодня все думают, что вредным был только талидомид и горстка других лекарств, а всё остальное считается безопасным и «невинным». Талидомид показал своё страшное действие на человеческий организм за очень короткое время, потому что это было очень грубое лекарство. Именно поэтому он был вскоре распознан и изолирован, хотя успел вызвать несколько очень трагических последствий на заре своего появления. Можете ли вы вообразить, что могло бы случиться, если его действие не было обнаружено в момент проявления?

Мы должны понять, что все химические препараты, какими бы невинными они ни казались вначале, обязательно оказывают какое-нибудь действие, большое или малое, на организм человека. Некоторые лекарства или вакцины могут оказывать такое тонкое и коварное влияние на тело, что их побочные действия могут проявиться только спустя пять-десять лет.

В 1978 г. в своей книге «Наука гомеопатии» я выдвинул теорию, что вакцинация глубоко расстраивает организм до того, как может защитить его от какой-нибудь конкретной болезни. Но лишь немногие спрашивают о долгосрочных последствиях вакцинации. Кто может сосчитать действительную чистую прибыль или убытки от такой практики? Все мы знаем, что вакцинация «адресована» иммунной системе и что её цель — «заставить» её производить антитела для защиты организма от будущих атак какой-нибудь конкретной инфекционной болезни.

Эта идея была действительно «умной», но всё же остаётся вопрос, на который ответят будущие поколения: «Была ли она достаточно умной, чтобы превзойти природу?»

Вот ещё несколько вопросов, ответ на которые потребует много времени:

- Может ли природа (организм) под влиянием создаваемого вакциной стресса дать непредсказуемую реакцию, которая перестраивает его глубокие структуры защиты, такие как ретикулоэндотелиальная, иммунная, симпатическая и парасимпатическая системы, таким образом, что он больше не может защитить себя от будущих заболеваний другого типа?
- Может ли оказаться, что пользуясь такими мощными средствами, мы ускоряем проявление телом его латентного предрасположения к хроническим заболеваниям?
- Кто может предсказать с какой бы то ни было степенью определённости долгосрочные последствия такого тонкого вмешательства в самую сокровенную работу человеческого организма?

В своём преподавании я постоянно ссылаюсь на тот факт, что мы неразумно и серьёзно вмешались в иммунную систему, и что, возможно, теперешний «взрыв» заболеваемости некоторыми из самых ужасных хронических болезней нашего времени, таких, как рассеянный склероз, рак и ревматоидный артрит, могли быть значительно ускорены определёнными вакцинациями. Такая практика может иметь последствия, проявляющиеся через десять-пятнадцать лет после первичной вакцинации, что, я считаю, произошло с рассеянным склерозом.

Является ли совпадением то, что в слабо развитых странах, которые двадцать лет назад не имели программ обязательной вакцинации, сегодня нет случаев этого заболевания? По моей оценке, заболеваемость рассеянным склерозом среди африканских иммигрантов, живущих в Америке и Европе, такая же, как среди коренного населения, что доказывает, что главное этиологическое значение имеют экологические, а не генетические факторы.

В арабских странах в целом практически нет заболеваемости рассеянным склерозом, в то время как в Израиле, население которого мигрировало большей частью из западных стран и подвергалось обязательной вакцинации, имеет один из самых высоких показателей заболеваемости рассеянным склерозом.

Я не утверждаю, что эта болезнь появилась только из-за вакцинации, но я считаю, что её вызывающее тревогу распространение ускорилось с появлением вакцинации. Вакцинация расстраивает иммунную систему, и я глубоко убеждён, что очень скоро будет без тени сомнения установлено, что рассеянный склероз обусловлен каким-то конкретным дефектом иммунной системы.

Какую ответственность несёт за «взрыв» ревматоидного артрита в наше время вакцинация бычьим гамма-глобулином (противотуберкулёзная)? В лабораторных экспериментах на крысах было показано вне всяких вопросов, что вакцинация бычьим гамма-глобулином вызывает состояние, очень похожее на ревматоидный артрит.

Главный вопрос, который должна задать традиционная медицина, — это насколько и как далеко мы можем вмешиваться в бесконечно сложные и взаимозависимые механизмы защитной системы человека не нарушая её экологию на постоянной основе?

Я понимаю, что все эти идеи могут показаться произвольными догадками, и я осознаю также, что такая позиция может выглядеть как отвергающая всю совокупность современной медицины, но я уверяю вас, что у меня определённо нет такого намерения.

Всё, что я предлагаю, на данном этапе, — это чтобы традиционная медицина была открыта к новым идеям и пристально и с умом рассмотрела проблему здоровья в целом. В настоящее время она не создаёт впечатления, что движется в правильном направлении. Несмотря на то, что она добилась видимости защиты здоровья и спасения жизни, она не оценила реалистично цены долгосрочных побочных действий своих обычных методов лечения.

Если бы мы захотели изучить фактическое состояние здоровья западного мира, потребовалось бы полностью приостановить модное сейчас потребление фармацевтических препаратов в больших количествах. Это был бы интересный эксперимент, потому что он позволил бы проявиться реальной картине «здоровья в мире». Для того чтобы это сделать, нам пришлось бы воздержаться от анксиолитиков, нейролептиков и антиэпилептических средств, всех оказывающих седативное действие на пациентов болеутоляющих средств и т. д., а затем наблюдать последствия.

Я считаю, что мы увидели бы, как разворачиваются ужасающие сцены. Изверглось бы наружу насилие и безумие, которое мы так долго подавляли. Мы увидели бы убийства и самоубийства, услышали вопли боли и муки, увидели бьющихся в припадке эпилептиков, мучающихся болью калек, разговаривающих с призраками сумасшедших и людей, страдающих от спазмов, истерии и страха.

Тогда и только тогда мы увидели бы сегодняшнее реальное состояние здоровья мира. Мы не знаем настоящего числа всех страдающих, но я не думаю, что будет преувеличением сказать, что более половины населения западного мира страдает от больших и малых хронических недугов и подвергается какому-либо лечению. Очень немногие не принимают в течение года какого-нибудь лекарства от недомогания, большого или

мало. Можем ли мы провозглашать победу над болезнью только потому, что сумели временно смягчить некоторые из её проявлений?

Сравним вышеописанную сцену с картиной мирной далёкой деревни, где нет медицинских и фармацевтических услуг, и люди лечат себя сами традиционными средствами — травами и народными средствами. К сожалению, сегодня в мире осталось немного таких мест. Я уверен, что в таких местах мы не нашли бы сцен кромешного ада, подобных описанной выше. Разница не в образе жизни, а в методах лечения и профилактики заболеваний. Приписывали ли когда-нибудь люди Кавказских гор, которые, как известно, живут дольше кого бы то ни было ещё на этой планете, своё долголетие «чудесам» аллопатической медицины?

Традиционная медицина должна возобновить свою работу с других психологических позиций и сделать новое усилие. Она должна осознать, что временное смягчение боли и страдания не является адекватным решением, что фактически такое временное смягчение может только создать новые проблемы или продлить существующие.

Литература

1. JAFFE HW: National case-control study of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis Carinii pneumonia in homosexual men: Part 1, Epidemiologic Results. Ann Inte Med 1983; 99:145—151
2. MERINO HI, RICHARDS JB: An innovative program of venereal disease casefinding; treatment and education for a population of gay men. Ann Int Med 1980; 92: 805—808
3. LANDIS SJ: Sexually transmitted diseases among homosexuals. Can Med Assn J 1984;130: 370372
4. GUINAN ME et al: Heterosexual and homosexual patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. Ann Int Med 1984;100: 213—218
5. JUDSON FN: Fear of AIDS and gonorrhoea rates in homosexual men. (Letter) Lancet, July 16,1983;159—160
6. GELLAN MCA, ISON CA: Declining incidence of gonorrhoea in London: A response to fear of AIDS. (Letter) Lancet, October 18,1986; 920
7. ROGERS MA: National case-control study of Kaposi's sarcoma and Pneumocystis Carinii Pneumonia in homosexual men: Part 2, Laboratory Results. Ann Inte Med 1983; 99:151—158
8. PAPE JW et al: The Acquired Immunodeficiency Syndrome in Haiti. Ann Inter Med 1985; 103: 674—678
9. World Health Statistics Annual 1976
10. World Health Statistics Annual 1981
11. World Health Statistics Annual 1983
12. World Health Statistics Annual 1985
13. World Health Statistics Annual 1986
14. Arch Neurology 1976; 33: 2—3
15. Editorial: The prevalence and malignancy of Alzheimer's disease. Arch Neurology 1976; 33: 217—218

16. Diseases of the myelin sheath. *Clinical Neurology* Vol 2. Chapter 25:19
17. *Tropical Neurology*, ed. by J. D. Spillane: 144,169, 212–213, 246
18. BEEBEGW et al: Studies on the natural history of multiple sclerosis. *Neurology (Minneap.)* 17, No. 1
19. ALTER M, LEIBOWITZ U, SPEER J: Risk of multiple sclerosis related to age of immigration to Israel. *Arch Neuro*, 1966;15: 234
20. DEAN G: Annual incidence, prevalence and mortality of multiple sclerosis in white South African-born and in white immigrants to South Africa. *Brit Med J* 1967; 2: 724
21. DEANG: The multiple sclerosis problem. *Scienc Amer* 1970; 233, 40
22. DEANG, KURTZKEJ: On the risk of multiple sclerosis according to age at immigration to South Africa. *Brit Med J* 1971; 3: 725–729
23. *World Health Statistics Annual* 1980 24. The AIDS virus: prognosis, transmission, and control. *EIR* 1986; October 10: 65–66
25. PAPADOPOULOS J: Can the BCG Vaccination Cause Polyarthntis and Osteodystrophy. (Experimental study on hamsters). *Laboratory of Experimental Pharmacology*. University of Athens.

Глава 19.

Практические предложения для тех, кто хочет защитить себя и других от СПИДа

Согласно голосам многих заинтересованных учёных, на нашу планету надвигается угроза гибели от ядерной катастрофы, загрязнения почвы, воды и воздуха, а также химического загрязнения (приводящего к разрушению озонового слоя) и др. Большинство этих учёных озабочены разрушением окружающей среды, но сегодня человеческая раса сталкивается с большей опасностью — **разрушением «внутренней» экологии организма человека.**

Синдром СПИДа — лишь один аспект гораздо более широкой картины — непрерывного развития сложных хронических заболеваний. Эти болезни возмещают быстрое вырождение здоровья человечества. На тех, кто понимает проблему, лежит обязательство и ответственность за просвещение других. Я чувствую, что если не принять немедленно радикальные меры, мы станем свидетелями последствий, гораздо более страшных, чем сегодня. Меры должны быть приняты на разных уровнях:

1. Индивидуальный уровень
2. Семейный уровень
3. Уровень общества
4. Уровень национальных правительств
5. Международный уровень

Мы перечислим некоторые меры, которые относятся в наибольшей степени к лицам, озабоченным СПИДом, но тем не менее, аналогичные идеи могут быть применены ко всей проблеме вырождения человеческого организма. Следующие мысли, изложенные в форме предложений и вопросов, не охватывают предмет целиком, но показательны для тех основных мыслей, которые я считаю актуальными на данный момент.

На индивидуальном уровне

Я разбил всё население на три группы:

1. Те, у кого болезнь проявилась в полной форме.
2. Те, у кого есть связанный со СПИДом комплекс.
3. Те, кто не болен.

Мы изучим эти группы по отдельности, потому что «психология» каждой группы резко отличается от других.

1. Те, кто уже болен:

а. Что они могут сделать для себя

Идея здесь заключается в том, чтобы любыми имеющимися средствами как можно больше укреплять иммунную систему и одновременно избегать всего, что расстраивает иммунную систему или наносит ей ущерб.

Определённо показаны состоящие из здоровой натуральной пищи улучшенные диеты, пребывание на открытом воздухе, программы упражнений и применение естественных методов лечения, таких как гомеопатия*, которые по самой своей природе укрепляют защитные механизмы тела. Я не хочу сказать, что эти меры лечения болезни являются окончательными, но возможно, что они смогут улучшить общее состояние здоровья организма и значительно отсрочить финал.

Не только полезно, но и важно сохранять положительное отношение и решимость отказаться от нездоровой практики — особенно практики, способствующей повторению венерических заболеваний.

Я считаю, что необходимо сделать специальное предупреждение тем, кто решит обратиться к альтернативным методам лечения. Эта область полна некомпетентных, недобросовестных людей, пытающихся эксплуатировать эту опасную ситуацию. Прежде чем выбрать гомеопата, потенциальный пациент должен изучить все отзывы и всегда искать обученного классической гомеопатии, будь то врач или другой работник здравоохранения. Один из признаков хорошего гомеопата — то, что он даёт по одному препарату за раз, наблюдает результаты и действует в соответствии с ними (см. Приложение I).

б. Что они могут сделать для других

Первое обязательство, которое есть у каждого больного СПИДом, — это моральное обязательство, заключающееся в том, чтобы ограничить половые контакты с другими людьми из-за страшной возможности заразить их.

Те, кто понял изложенные в этой книге общие принципы, должны попытаться просветить других и довести до них необходимость не попадать в ситуации, где велик риск заражения венерической болезнью.

Те, кто подозревают, что больны, должны по своей собственной воле пойти в центры тестирования на СПИД, где их личность будет сохранена в секрете. Решение сообщить другим людям, являющимся или не являющимися носителями, возлагается на целостность индивида.

Каждый из нас отвечает за состояние, в котором находится в данный момент человечество, и совершенно несправедливо начинать «бросать камни» и обвинять других за то, что лежит непосредственно на нас и нашей совести.

Я считаю, что огромное большинство жертв — ответственные люди, которые понимают последствия и потенциальное напряжение, которые могут быть вызваны этой проблемой.

2. Те, кто имеет связанный со СПИДом комплекс

Эта группа имеет гораздо лучшие шансы на выживание, чем первая. Пациенты должны немедленно начать программу «омоложения» своей иммунной системы путём обращения к хорошим альтернативным методам лечения, особенно гомеопатии и другим вспомогательным мерам, уже упомянутым выше. Хотя в данный момент нет достаточных свидетельств того, что хорошее гомеопатическое лечение может действительно вылечить таких лиц, есть хороший шанс облегчить их трудное положение.

Для них обязательным требованием является не подвергать свою иммунную систему дополнительным стрессам путём приёма лекарств, нелегально или иными путями, и соблюдать осторожность в своей сексуальной практике, чтобы не заразиться новыми венерическими болезнями. Здесь заключена идея уязвимости иммунной системы, которая уже находится под действием стресса, и ущерб, который был бы нанесён ей новыми и повторяющимися атаками венерической болезни, невозможно преувеличить.

3. Те, кто не болен

Это, конечно, основная часть населения. Эти лица должны быть наиболее ответственны за сохранение своего собственного здоровья, а также здоровья других. Я бы настоятельно рекомендовал этим людям, чтобы в случае необходимости лечения они обращались к альтернативным методам, особенно гомеопатии. Даже если им приходится ненадолго прибегать к аллопатическим лекарствам, они должны затем воздержаться от дальнейшего приёма лекарств, чтобы иммунная система могла восстановиться. Больше всего они должны стараться не заразиться венерическими болезнями, которые снова потребуют лечения антибиотиками. Главное требование — поддерживать целостность иммунной системы, как можно меньше расстраивая её и как можно больше поддерживая разумными мерами. Для поддержания здорового образа жизни всегда необходимы и важны хорошее питание и умеренные упражнения, но держаться в стороне от сильных лекарств даже ещё важнее.

Даже несмотря на то, что большинство врачей-аллопатов сегодня отрицает или игнорирует альтернативные методы лечения, такие как гомеопатия, акупунктура, остеопатия и натуропатия, и даже несмотря на то, что мы, возможно, не имеем решающего доказательства того, что эти альтернативные методы лечения работают в той степени, в которой об этом заявляют их приверженцы, люди должны по меньшей мере выяснить для себя достоинства, «за» и «против» таких способов лечения. И здесь я говорю большей частью о гомеопатии потому, что я был свидетелем её положительных результатов в течение последних 30 лет. Тот факт, что эти методы не вызывают серьёзных побочных действий, делает аргументацию в их пользу ещё сильнее.

Здесь я снова должен подчеркнуть необходимость найти хорошего классического гомеопата, который будет назначать только по одному препарату и наблюдать результаты, а не смешивать препараты практикуя

одновременное назначение нескольких лекарственных средств. Разница между классической гомеопатией и одновременным назначением нескольких гомеопатических средств на самом деле колоссальна, и люди не должны путать одно с другим.

На семейном уровне

а. Защита больного СПИДом члена семьи

Семья жертвы СПИДа с абсолютной определённости сталкивается со многими трудными проблемами и должна будет отвечать на вопросы, которые она, возможно, никогда ранее не представляла себе. Главной дилеммой будет дилемма сосуществования: как родители отнесутся к угрозе жизни своих других детей, потенциальной угрозе смерти. Они должны спросить себя, какое внимание они должны оказать больным и в какой степени должны разрешить им контакты между собой.

Снова ответы невозможно сформулировать однозначно, и будет много разных реакций, в зависимости от близости членов семьи друг к другу. Если преобладает любовь, будет гораздо легче найти ответы и внести необходимые поправки.

б. Ответственность семьи перед обществом

Тем не менее, в этих обстоятельствах жизнь будет постоянным стрессом. Члены семьи должны будут часто подвергаться проверкам и немедленно сообщать органам здравоохранения о заражении ещё одного члена семьи и точных обстоятельствах, в которых оно произошло. Органы здравоохранения следует информировать как можно скорее, так как эта информация может оказаться бесценной для других семей, находящихся в аналогичном положении.

На этом этапе я не буду заходить так далеко, как другие, и провозглашать, что вид находится под угрозой исчезновения в течение двадцати-пятидесяти лет, но я хорошо осознаю тот факт, что в человеческих организмах развиваются дегенеративные болезни, которые определённые создадут угрозу виду в самом ближайшем будущем.

Хорошим знаком является в данный момент то, что люди боятся СПИДа и испытывают то, что можно было бы назвать «синдромом страха СПИДа», который так силен, что в огромной степени сократил число случайных половых контактов. В результате этой тенденции мы должны увидеть сокращение заболеваемости венерическими болезнями, а в качестве вторичного эффекта этого сокращения возможно постепенное сокращение числа больных СПИДом. В любом случае такое снижение не проявится в течение долгого времени, поскольку у многих, возможно, миллионов людей, которые являются носителями вируса СПИДа субклинически, симптоматология проявится в предвидимом будущем.

СПИД, как рак и многие другие хронические дегенеративные болезни, поставил перед медиками неразрешимые вопросы. Моя точка зрения состоит в том, что если мы не можем решить ни одну из этих

проблем, то по меньшей мере мы можем остановиться на мгновение и подумать о **возможных причинах, которые могли завести нас в такой смертельный тупик**. Притворяться, что проблемы не существует, — решение, которое нас далеко не уведёт.

На уровне общества

Общество сталкивается с большой дилеммой, поскольку СПИД — это не только инфекционная болезнь, но и летальная. Первой реакцией общества будет остракизм по отношению к жертвам СПИДа ради спасения самого себя. Это отношение, конечно, не сработает, потому что СПИД — не болезнь гомосексуалистов, как я пытался показать на протяжении всей этой книги, **а болезнь нашего общества, возникшая в результате более сложных условий**. Она возникла в результате алчности, безответственности, равнодушия, конкуренции и т. д., которые общество не только решает, но и поощряет.

Средний человек не может представить себе богатство и власть фармацевтических компаний, которые растут с каждым новым оборотом прибыли. Они говорят нам, что миллиарды долларов прибыли возвращаются обществу через исследования. Когда было такое, чтобы какая-нибудь фармацевтическая компания дала деньги на поощрение исследования, выходящего за пределы её собственных узких интересов? Когда их исследования имели хоть сколь-нибудь продолжительную ценность? Упомянутый выше довод, оправдывающий их прибыли, является лишь поводом; факты таковы, что эти компании используют прибыли для обеспечения власти и контроля.

История медицины показала нам, что имели место длинные серии открытий новых лекарств, которые сначала преподносились как «чудеса» и «чудо-лекарства», а вскоре оказывалось, что они обладают разрушительно вредными побочными действиями. Этот сценарий стал почти стереотипным. Лекарство сначала продвигается на рынок как прорыв в научном исследовании; проходит некоторое время, пока не становятся очевидными его настоящие побочные действия; вскоре после этого оно провозглашается угрозой здоровью, карциногеном или крайне опасным лекарством.

Было ли когда-нибудь такое, чтобы крупная фармацевтическая компания дала значительные деньги на поощрение исследований по **альтернативным терапевтическим системам?**

Общественность должна прочитать такие книги, как «Пилюли, прибыли и политика» Мильтона Сильвермана, «Медицинское возмездие» Ивана Иллича, «Опасности лекарственной терапии» Мартина и «Корпоративное преступление фармацевтической промышленности» Брейтуэйта.

Алчность и безответственность не поразили не только фармацевтические компании и их директоров и промоутеров, но и общество в целом на всех уровнях, как связанных, так и не связанных с медициной.

Мы используем фармацевтическую промышленность и её невидимые «отрасли» как парадигму в связи с главной темой этой книги, но я

чувствую, что каждый из нас должен нести часть ответственности за разрушение нашего общества в целом.

То, как фармацевтические компании продвигают на рынок и продают лекарства, безответственно, но кто может заявить, что они никогда не был безответственен в основных вопросах жизни, таких как воспитание детей, реакция на спор с соседом об имуществе, отношение к работе и т. д.? Общество не может возлагать вину на фармацевтические компании, гомосексуалистов или беспорядочные половые связи сами по себе, потому что они — продукты нашего образа жизни.

Например, кто может с какой бы то ни было степенью определённости сказать, что та же гомосексуальность не происходит от влияния на материнскую гормональную систему стандартной практики кормления скота и молочных коров различными гормонами и антибиотиками для ускорения роста и повышения производительности?

Сама возможность того, что такие мысли могут быть верны, должна заставить всех нас остановиться и подумать о своей собственной ответственности как членов обществ, в которых мы живём. Многие из нас знают об этом лучше, но из-за лени, апатии и различным другим причинам мы даём этой практике продолжаться без сопротивления. Очень немногие взяли на себя инициативу информировать общество о грозящей ему опасности, и теперь мы столкнулись с призраком СПИДа.

Организованные общества должны найти правильные ответы. Люди не должны почивать на лаврах и думать, что это не их дело, что эта эпидемия не затронет их. Общество должно решить, как лучше всего решать эту проблему, и предстоит принять много трудных решений.

На уровне национальных правительств

На национальном уровне ответственные органы должны немедленно принять меры к раскрытию настоящих причин возврата медицинских катастроф, которые обрушились на западную цивилизацию в последние несколько десятилетий.

Эти органы должны осознать, что угроза стоит не перед «простыми» или примитивными обществами, а перед теми, кто живёт в самом сердце технологической цивилизации.

Мы пытаемся объяснить причину болезни ответами типа «крайний стресс, под которым мы живём», или «загрязнение атмосферы». Эти объяснения недостаточно точны, чтобы иметь какой-нибудь существенный смысл с точки зрения контроля за болезнями или предотвращения разрушения здоровья целых популяций в этих странах. Можно также заявить, что параметры, связанные с этим вырождением, слишком многочисленны и сложны, чтобы их выделить. В какой-то степени это верно, но остаётся в силе аргумент этой книги, что вероятной **главной причиной** этого разрушения является преобладавшая в последние тридцать лет накачка химическими лекарствами.

Если правительства не готовы предпринять резкие меры, искать не медленное решение дилемме нашего здоровья, то я чувствую, что продолжение нашего выживания находится под вопросом.

Работающие в правительствах люди должны осознать, что они и их семьи не являются исключением из развивающихся, как снежный ком, процессов, кульминацией которых становятся эпидемии и хронические заболевания; наступило время продемонстрировать заботу и чувствительность по отношению к таким жизненно важным и деликатным вопросам.

Общественность в целом должна оказывать давление на эти органы с тем, чтобы они были открыты к проблемам здоровья, и заставлять их слушать ответственные голоса, выражающие озабоченность и предлагающие решения.

Я не претендую на то, чтобы быть самым выразительным или авторитетным защитником этого дела; многие другие люди также выражают свою озабоченность, но пока безрезультатно.

Мы говорим, что несмотря на тот факт, что уже очень поздно, никто, по-видимому, не готов взять на себя какую-нибудь инициативу. Общественность, возможно, ожидает, что всю инициативу должно взять на себя правительство, в то время как правительство из-за своей структуры и инерции движется медленно и с трудом, возможно, ожидая, чтобы общественность сначала оказала на него давление, прежде чем оно начнёт какие-нибудь новые «радикальные» действия. В результате мы видим фаталистическое отношение со стороны как правительства, так и общественности, при котором обе стороны заявляют, что сделали «всё, что в их силах», и больше ничего сделать нельзя. Истина этого вопроса в том, что то, что сделано на данный момент, весьма неадекватно.

Самая важная функция правительства, по крайней мере на сегодня, заключается в том, чтобы соединить тех людей, кто осознаёт продолжающееся на этой планете разрушение, с ответственными органами, которые имеют доступ к информации, власти и финансовым средствам, необходимым для учреждения новых созидательных идей, которые могут обратить нашу разрушительную спираль.

По-видимому, наши общества крайне негибки по своей структуре, и только действительно большой «удар» может потрясти нас и вызвать существенные изменения. Этот «удар» уже произошёл, и его неприкрашенные масштабы являются достаточной причиной для инициирования перемен.

Ещё одна обязанность правительства — начать настоящее исследование альтернативных методов лечения, таких как гомеопатия, акупунктура, остеопатия, траволечение и натуропатия, которые все пользуются менее токсичными средствами борьбы с болезнями.

Объективные испытания должны показать относительную пригодность таких методов лечения, а затем правительство может организовать и поощрять их широкое использование. Полученный в результате широкий клинический опыт определённо поможет этим терапевтическим дисциплинам в ещё большей степени реализовать их потенциал и ещё более усовершенствовать их методы.

На международном уровне

На этом уровне огромная роль принадлежит Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Её официальные лица должны первыми ознакомиться с реальными фактами, вытекающими из статистического анализа и глобального сбора информации. Статистики должны иметь возможность правильно изучать факты, и следует применить метод «мозгового штурма» для интерпретации общих тенденций в здравоохранении, оценки различных терапевтических дисциплин и, наконец, дачи рекомендаций различным правительственным учреждениям.

Данная *Модель* предполагает, например, что средняя продолжительность жизни в западных обществах скоро начнёт падать из-за постоянных эпидемий, новых острых заболеваний и взрыва заболеваемости хроническими неизлечимыми болезнями. Скоро статистике придётся учитывать **качество жизни** и найти способы измерять его. Именно поэтому ВОЗ придётся точнее определить здоровье и болезнь, чтобы статистика могла иметь точку отсчёта. Сегодняшнее определение здоровья, принятое ВОЗ, недостаточно и упускает из виду множество важных факторов. Международные учреждения типа ВОЗ должны организовать симпозиум на тему «Определение здоровья».

В *Модели* также предполагается, что **качество** жизни уже резко упало. Рост тревоги, неуверенности и хронических заболеваний в целом ухудшили это качество за последние двадцать лет, несмотря на успехи технологии, которые, как предполагалось, должны были облегчить условия труда и улучшить жизнь.

Модель предполагает также, что тот способ, которым мы пытались бороться с болезнью до сих пор, дефектен; результаты вводят в заблуждение и в длительной перспективе оказываются разрушительными. *Модель* пытается указать, что «быстрые» методы, используемые для лечения «несерьёзных» недомоганий, загнали их глубже в тайники организма, и вызвали, таким образом, более тяжёлые заболевания. Если это утверждение верно, то мы должны с болью признать, что весь цивилизованный мир находится на пути к саморазрушению.

Возможно, мы разрушаем человеческую расу под видом её спасения. Естественно спросить, почему человек впал в такое заблуждение по такому важному вопросу, как здоровье. Одна из неутешительных возможностей состоит в том, что такие бедствия, как перечисленные на этих страницах, являются неизбежным следствием образа жизни наших обществ.

СПИД несомненно пойдёт на спад, и если это вообще произойдёт, то только после резких перемен.

Я понимаю: всё это звучит немного слишком пессимистично, чтобы быть правдой. Все мы хотим думать, что раз уж выжили так долго, то продолжение нашего существования как вида обеспечено невзирая на такие катастрофические эпидемии, как СПИД. Однако я искренне считаю, что без резкого изменения преобладающих методов здравоохранения качество нашего выживания, которое само стоит под вопросом, сильно снизится.

Литература

1. HAHNEMANN S: The Organon of the Art of Healing. Economic Homeo Stores Private Ltd., 1921. В Jain New Delhi reprint
2. HAHNEMANN S: Chronic Diseases. Economic Homeo Stores Private Ltd. В Jain New Delhi reprint
3. HAHNEMANN S: Materia Medica Рига. Economic Homeo Stores Private Ltd. В Jain New Delhi reprint
4. BRADFORD TL: Life and Letters of Dr. Samuel Hahnemann. Philadelphia: Boericke and Tafel, 1895
5. KENT JT: Lectures on Homeopathic Philosophy. Berkeley: North Atlantic Books, 1980
6. KENT JT: Lectures on Homeopathic Materia Medico. Calcutta, India: Jain Publishers Co.
7. VITHOULKAS G: Homeopathy, Medicine of the New Man. New York: ARCO Publishing, Inc., 1979

Эпилог

Некоторые теоретические вопросы:

- Почему мы дали себе дойти до такого положения дел?
- Какие более глубокие причины стоят за тем, что человечество следовало бессильной терапевтической системе, причинявшей столько страдания и боли?
- Является ли синдром СПИДа неизбежным продолжением вырождения, происходящего в нашей повседневной жизни?
- Почему почти невозможно увидеть, что правильно и истинно, и почему мы обычно следуем тому, что ложно и ускользает?
- Почему судьба человечества состоит в том, чтобы обвинять и распинать своих пионеров, одновременно прославляя демагогов, поверженных людей и лицемеров?
- Почему массы всегда следуют тому, что посредственно и материалистично, и не способны понять более тонкие, но более истинные реалии?
- Разумно ли ожидать внутреннего мира и спокойствия, если мы сами поощряем конкуренцию и агрессию во «внешнем» мире?
- Можно ли представить себе, что на эти вопросы сможет ответить общество, поощряющее несправедливость и терпящее преступность во всех её изоциренных формах?
- Можем ли мы претендовать на то, чтобы жить без боли и страдания, когда «лелеемыми» человеческими качествами так долго были алчность и эгоизм?
- Разве не знают все, что эти качества несут с собой боль и страдание?

Вот несколько основных вопросов, на которые мы призваны ответить в моменты кризиса, когда наше стремление к освобождению от страдания становится мучительно сильным.

Можно сказать, что страдание проявляется в наших обществах из-за самих ценностей, которые мы поддерживаем, и закончится только если мы сменим эти ценности. Я никого не исключаю из таких обвинений, включая самого себя. Я знал в своей жизни высокоразвитых духовных людей, которые также не были полностью свободны от более тонких форм алчности и себялюбия.

- Тогда, возможно, логично думать, что такое общество заслуживает того медицинского обслуживания, которое оно получало до сих пор?
- Может быть, медицинский истеблишмент считает себя непогрешимым?

- Являются ли агрессивность и конкурентное поведение медицинского истеблишмента только выражением поведения, давно присутствующего в нашем обществе?
- Может быть, в какой-то момент времени идеализм (мысли о спасении человечества и т. д.) студентов-медиков сменился более материалистическим убеждением, что изучение медицины является наилучшей финансовой инвестицией?

Я прекрасно понимаю, что ответы на эти вопросы будут разными, и считаю, что на них можно по-настоящему ответить только когда каждый врач по отдельности посмотрит в глаза своей совести. К сожалению, мы не можем просить посмотреть в глаза своей совести «системы». За наши различные «системы» отвечают отдельные люди. Организованным системам здравоохранения присущи анонимность и размытость, за которыми может спрятаться отдельный работник. Совесть индивида в некоторой степени защищена такими системами, и его чувство вины ослабляется тем фактом, что он не чувствует себя персонально ответственным за то, что происходит. Можно *ad infinitum* обвинять медицинский истеблишмент и связанные с ним организации, но я ни моралист, ни фаталист. Я всегда верил в необходимость **делать** что-нибудь, чтобы улучшить себя и общества, в которых мы живём, хотя такие перемены почти неизменно приходят после больших страданий и бедствий. Я предполагаю, что ищу наилучшие действия, которые можно предпринять в имеющихся обстоятельствах.

У меня нет никаких иллюзий, и я не ожидаю, что содержащиеся в этом трактате идеи будут легко восприняты медицинским истеблишментом. Напротив, я уверен, что даже если произойдёт их широкое и общее принятие научным сообществом, всегда будут члены медицинского истеблишмента, которые найдут оправдания и разные причины для того, чтобы сохранить status quo.

Более глубокие причины данного положения дел

Я считаю, что главным фактором, вызвавшим ужасающее положение, в котором мы находимся, является тот факт, что медицинский истеблишмент **монополизировал право на оказание медицинских услуг** и создал очень жёсткую и консервативную систему. По-видимому, даже если бы произошло терапевтическое чудо, его бы во имя науки только раскрыли, а не изменили, или заклеили как знахарство.

Традиционная медицина слишком долго оставалась без соперника, без конструктивной критики, и, наконец, без «сердца».

Всякий раз, когда член медицинского сообщества пытался критиковать систему изнутри, его подвергали остракизму или угрожали отзывом медицинской лицензии; по меньшей мере страдало его профессиональное положение (Мендельсон. «Исповедь медицинского еретика»). Хватка, которой медицинские ассоциации держат своих членов, крепка. Многие из наиболее чувствительных и восприимчивых членов медицинского сообщества временами испытывают чувство удушья и отчаяния в руках этих ассоциаций.

Если посмотреть на историю, то можно видеть, что по мере того, как общества становились всё более организованными и цивилизованными, медицинские системы во всё большей степени брали на себя и монополизировали ситуацию со «здоровьем». Их первичной целью была защита здоровья людей, но эта начальная цель постепенно уступила место жажде материального богатства и приобретений. Это наблюдение хорошо сформулировано в книгах *«Пилули, прибыли и политика»* и *«Корпоративное преступление фармацевтической промышленности»*.

Однако по мере прогресса и технологического совершенствования стран, на передний план стало выходить всё больше проблем здоровья. В таких странах, как Швеция, Норвегия, Дания, Англия и Голландия, люди, не бывшие врачами, могли свободно применять альтернативные методы лечения. Медицинский истеблишмент некоторых из этих стран постоянно пытался заставить свои правительства принять меры против таких практиков-непрофессионалов, но безуспешно. Фактически, его усилия вызвали диаметрально противоположный эффект: много больше людей обратилось к альтернативным методам лечения.

Таким образом, был создан «свободный рынок», на котором имели значение только репутация и результаты практикующего врача, а не его дипломы. Правда, из-за этой свободы появились некоторые работники здравоохранения, которые вначале извлекали выгоду из относительно неструктурированного положения вещей, когда альтернативные методы лечения только становились на ноги.

Между тем, некоторые члены медицинского сообщества вступили в ряды людей, практикующих альтернативную медицину. Большинство этих врачей присоединились к альтернативному движению потому, что их опыт работы в традиционной медицине заставил их осознать погрешности этой системы. Это были, по моим оценкам, врачи, которые не утратили свою первичную цель, с которой они вступали в область медицины, — люди, наиболее чувствительные к человеческому страданию. Они понимали и чувствовали путаницу, отчаяние и тщетность ортодоксальной медицины. Эти врачи чаще ощущали свою изоляцию от главного течения медицины, потому что, в отличие от своих коллег, подвергали сомнению существующие медицинские методы. Они были в очень трудном положении, так как вступали в конфликт со многими преподаваемыми в медицинских колледжах классическими доктринами. Вопросы, которые они поднимали, долго оставались без ответа из-за репрессий со стороны медицинского сообщества, однако аналогично тому, как прорастает семя, возникали вопросы и несогласие с официальными методами лечения в рядах медиков. Традиционная медицина решила игнорировать эти вопросы, поставленные многими её самыми выдающимися членами, и продолжала свою практику, забывая о конфликте в её собственных рядах. В это время многие люди, а также средства массовой информации почувствовали истинность проблемы и поддержали альтернативное движение. Однако не было никаких организованных медицинских центров альтернативных методов лечения с достаточным престижем, чтобы заманить существующие учреждения, кроме некоторых героических попыток организации натуропатических школ в США.

Необходимость распространения альтернативных методов лечения

Поэтому единственная надежда остаётся на создание **новых медицинских центров**, которые удовлетворяют большую часть сегодняшнего спроса на лечение. Старые «артериосклеротические» системы постепенно канут в забвение, будучи покинутыми общественностью, которая, с одной стороны, осознает опасности аллопатической медицины, а с другой стороны, откроет новые возможности, предлагаемые альтернативными методами лечения. Такие методы уже доказали свою большую гуманность и эффективность при правильном применении.

Остаётся указать, что альтернативные методы лечения давно исчезли бы, если бы не реальная польза, которую они приносят. Я уверен, что если бы мы могли провести всемирное исследование, сколько людей реально выиграли от альтернативных методов лечения и сколько был нанесён вред сегодняшними медицинскими методами, то цифры в пользу альтернативных методов оказались бы очень впечатляющими. Эти результаты произвели бы впечатление даже на самого твердолобого последователя аллопатической медицины. В настоящее время нельзя исключить революции в медицине, но было бы лучше произвести её в форме умеренного и тонкого преобразования, а не резкого или агрессивной перемены.

Для осуществления такой мирной революции-трансформации такого масштаба, «альтернативная школа» должна развиваться до степени, когда они будут действительно заслуживать своего нового положения. Для того чтобы достичь такого «заслуженного» положения, необходимо в огромной степени поднять существующие стандарты. Однако как только мы начинаем говорить о подъёме стандартов, мы вызываем призрак контроля. Мы автоматически снова создаём возможность монополии, которая, как мы уже упоминали, была причиной падения аллопатической медицины.

Не следует создавать ещё одной искусственной системы с теми же «артериосклеротическими» проблемами, как у традиционной медицины. Новые школы должны развиваться естественно, в силу необходимости и ценности, и должны содержать в себе «семя распада» на случай, если они слишком резко изменятся к худшему.

Я не намереваюсь излагать в этой книге все свои мысли относительно этих сложных проблем, потому что считаю это геркулесовой задачей, которая требует, чтобы другие просветлённые умы собрались вместе на симпозиум под эгидой глобальных организаций. Они могли бы начать с обсуждения необходимости таких школы и установления определённых стандартов для их создания. Я хотел бы предложить некоторые начальные мысли на эту тему.

Я предвижу, что в близком будущем область терапии будет главным полем битвы для почти всех наук, поскольку спрос на лучшее медицинское обслуживание будет таким острым, что в этих областях будет сосредоточено много усилий человечества. Поэтому необходимо привлечь также многих компетентных учёных и обеспечить конкуренцию. Спрос на эффективное знание будет так велик, что конкуренция в этой области будет огромной.

Я хотел бы поэтому предложить резкое изменение политики прайвательства и учреждений здравоохранения. Вместо того чтобы субсидировать пациента путём оплаты его расходов на получение «вредного» лечения, **они должны субсидировать приобретение практическими работниками здравоохранения надлежащих знаний и лишь частично субсидировать пациента.** Причина в том, что практические работники здравоохранения — главные поборники и искатели наилучшего терапевтического знания, которые являются прямыми свидетелями систем, которые действительно помогают пациентам. Таким образом, они, в свою очередь, обладают квалификацией, необходимой для выбора наилучших возможных школ и учителей, потому что они и их пациенты вместе выигрывают от этих знаний. Правительства и страховые компании должны объединить свои усилия по выпуску хороших и эффективных практических работников здравоохранения, а не оплачивать огромную стоимость медицинского лечения, которое чаще вызывает больше болезней, чем приносит здоровья. В настоящее время правительства и ответственные учреждения в равной степени втянуты в порочный круг из-за колоссальных расходов и непредсказуемых будущих последствий для здоровья широкой общественности. Следует начать всемирную информационную кампанию, чтобы люди знали факты об аллопатической медицине и её последствиях. Это поможет освободить их от их наивных представлений о хорошо разрекламированных «чудо-лекарствах» и поможет им думать за самих себя и судить соответственно.

По моим оценкам, ещё одна концепция, разрушившая аллопатическую медицину, — это идея, что какое-то учреждение, какая-то медицинская школа может дать **исключительное право** на медицинскую практику без обучения студентов необходимым урокам «гуманизма».

Я говорю это потому, что такие факторы, как способность, намерение, жертвенность и сострадание, необходимые целителю, полностью игнорировались. Главным приоритетом, который учитывался, является то, ответил ли студент правильно на экзамене на определённые технические вопросы. Затем на сцену выходит государственное медицинское лицензионное учреждение и одаряет везучего индивида «лицензией на медицинскую практику» — другими словами, исключительным и безусловным правом иметь дело со здоровьем людей. Однако, это не всё: они ухитряются также принимать законы, которые наказывают всякого, кто практикует альтернативный метод лечения и не принадлежит их ассоциациям.

Было заключено негласное соглашение, что врачи будут отчитываться в своих действиях только медицинским ассоциациям, к которым они принадлежат.

Я считаю, что людям вне медицинского истеблишмента трудно осознать присущие таким ситуациям сложности и предельный контроль. В конечном счёте, из-за того, что пациент был поставлен в такое «несправедливое» и подчинённое положение, в Соединённых Штатах возникла идея врачебной ошибки, и с ней родился ещё один очень выгодный «деловой рэкет».

Часто пациенты подают иски по малейшему поводу, и соответственно выросли страховые взносы как для врачей, так и пациентов. Конечным

результатом является то, что американский пациент платит кучу денег за медицинские услуги, которые он может получить в другом месте, например, в Европе, значительно дешевле.

Врачи стали всё больше заботиться не только о благополучии пациента, но и защите себя от судебного иска. Таким образом, для того, чтобы защитить своё положение и стать жертвой исков в связи с врачебной ошибкой, они назначают избыточное количество лекарств. Это значит, что хотя врач знает, например, что у пациента рак в терминальной стадии, он всё равно назначит ему химиотерапию, или выпишет антибиотики больному, которому они не нужны.

Такие ситуации заставляют некоторых врачей искать альтернативные решения и покидать систему, построенную так жёстко, что она оставляет очень мало места для перемен, если допускает их вообще. Некоторые в отчаянии или от незнания альтернативного пути к лучшим методам лечения и здоровья решают пожертвовать своим очень дорогостоящим образованием и годами учёбы и заняться другими профессиями, которые возлагают меньшее бремя на их совесть. Есть много других причин тому, почему эта исключительность, которую обеспечили себе медики, не несёт пользы ни пациенту, ни медикам. Правительственные учреждения могут исправить ситуацию только одним способом. Поощрять альтернативные методы лечения, чтобы аллопатическая медицина имела достойного соперника.

Новые центры медицинского образования

Я предвижу школы, которые будут центрами реального знания, которые будут давать образование, далеко превосходящее технический и строго «медицинский» аспект. Будут приглашаться учителя из разных наук для передачи своих знаний по различным вопросам здоровья и постановки вопросов в целях развития науки. Придут философы обсудить значение жизни и смерти в интеллектуально стимулирующей среде, побуждая студентов учиться и думать глубже. Социологи придут поделиться своими взглядами на будущие общества и усовершенствования, которые должны произойти. Художники должны прийти в эти школы, чтобы дать студентам понимание искусства. Ещё одним важным аспектом учебных программ будет экология. Однако в наибольшей степени школе потребуются духовные учителя, которые восприняли другое изменение жизни и могут передать студентам свою мудрость и учения любви и сострадания — всё, необходимое для человека в целом. Кратко говоря, эти школы будут готовить студентов к тому, чтобы они стали настоящими столпами общества.

Все эти специальные учителя не только будут давать знания, необходимые для лечения болезни, но и будут наилучшим возможным образом формировать моральные основы студентов, готовя их к тому, чтобы стать родоначальниками «нового общества», которое попытается обеспечить больше справедливости и счастья. Сегодня мир срочно нуждается в таких учебных центрах, и я уверен, что у него есть ресурсы для того, чтобы их построить.

В данный момент крайне важно обеспечить доступ к знанию, которое может принести реальную пользу пациенту и обществу. Многое из этой информации не распространялось так, как следовало бы, а наоборот подавлялось.

Студенты из этих новых школ должны получать это широкое образование в течение по меньшей мере восьми лет, чтобы перед началом практики они имели достаточно жизненного опыта. Их образование должно быть бесплатным.

Я ожидал бы также, что выпускники таких центров будут получать «степень», а не «лицензию» на медицинскую практику. Такая школа должна давать только знания, а не привилегии. Привилегии будут зарабатывать путём применения их науки в повседневной практике, где их понимание и знания будут постоянно подвергаться испытаниям.

Ещё один вопрос, который необходимо подробно обсудить, — это процесс отбора студентов. Люди, которые организуют эти школы, должны заботиться о выборе правильных студентов. Идея «отбора» должна оставаться в силе до последнего дня их обучения, и только самые способные и преданные своему делу должны получить разрешение закончить школу. Поэтому обучение студентов должны поддерживать правительство и страховые фонды, а не сами студенты. Приём в такую школу будет считаться большим отличием, автоматически вызывать восхищение, уважение и поддержку со стороны общества.

Я убеждён, что только такие выпускники смогут правильно лечить пациента и учитывать семейные и социальные факторы, которые могли привести данного конкретного человека в болезненное состояние. Выпускник сможет дать совет, охватывающий гораздо больше, нежели сухие технические подробности, проявить сочувствие и эмпатию к пациенту в анализе его более глубоких проблем, являясь тем самым более эффективным целителем.

Мир срочно нуждается в школах, где имеющееся и рассеянное в настоящее время знание будет собрано в фокус и будет распространяться эффективным образом. Самым важным будет «собрать» в таких школах необходимые знания из разных источников и обмениваться такими знаниями. Такая школа не будет иметь ограничений, дискриминации или предрассудков, и будет истинным «высшим учебным заведением». Это будет международная школа, интенсивный учебный семинар, который будут вести лучшие люди этой планеты, которые будут сеять семена преобразования для нового и коллективного квантового скачка в человеческое сознание. Идеальным местом для такой школы может быть какой-нибудь греческий остров в Эгейском море.

Приложение I.

Самуэль Ганеман и закон подобия

«Наивысшее и единственное призвание врача — восстановить здоровье больного, что называется Исцелением.»

Самуэль Ганеман.

Выдержки из книги автора «Гомеопатия: медицина нового человека».⁷

Гомеопатия — высокосистематичный метод мощной стимуляции жизненной силы тела для излечения болезни. Она основана на нескольких простых, но глубоко пронизательных истинах Природы, которые противоречат распространённым взглядам.

Гомеопатия во всех своих разветвлениях является слишком сложной дисциплиной, чтобы изучить её на нескольких семинарах или прочитав эту книгу. Принципы просты по концепции, но трудны для полного понимания, и требуют многих лет интенсивного обучения и опыта — столько же и больше лет, сколько требуется в стандартном медицинском колледже.

Для того чтобы правильно представить гомеопатию, надо вернуться на 170 лет назад и изучить, возможно, самую замечательный эпизод в медицинской истории, полностью укладывающийся в жизнь одного человека.

Я уверен, что со временем этот человек будет считаться одним из величайших в медицинской истории наряду с такими гигантами открытий, как Эйнштейн, Ньютон и Гиппократ. Его прозрения, как и прозрения этих людей, радикально и навсегда изменили наше восприятие не только здоровья и болезни, но и самого характера существования. Поэтому мы проследим жизнь и мысли этого человека подробнее как средство объяснить и прояснить основные принципы гомеопатии.

В 1810 г. в Торгау, небольшом городке в Германии, была опубликована книга «Органон искусства исцеления». Её автор Самуэль Ганеман был исключительно выдающимся врачом и медицинским автором того времени, так что появление ещё одной книги под его именем автоматически вызвало интерес. Однако после того, как книга была прочитана, европейское медицинское сообщество взволновалось, потому что Ганеман представил совершенно новую и радикальную систему медицину, фундаментально противоположную традиционной медицине своего времени.

Ганеман назвал свою новую медицину гомеопатией — словом, образованным из греческого «омеос», означающего «подобный», и «патос», означающего «страдание». Таким образом, «гомеопатия» означает «лечить чем-то, вызывающим действие, подобное страданию.» В своей книге Ганеман изложил законы и принципы этой науки, эмпирически собранные за двадцать лет.

Вкратце, Ганеман показал, что:

1. Медицинское лечение происходит в соответствии с определёнными существующими в природе законами исцеления.
2. Никто не может лечить вне этих законов.
3. Нет никаких болезней как таковых, а только заболевшие индивиды.
4. Болезнь по своей природе всегда динамична, и по-этому лекарство, если мы хотим, чтобы оно излечило, тоже должно быть в динамическом состоянии.
5. На любой стадии своей болезни пациент нуждается только в одном конкретном лекарстве и нив каком другом. Если не найти это определённое лекарство, его состояние не будет излечено, а в лучшем случае лишь временно облегчено.

Благодаря своим поразительно целебным результатам, гомеопатия вскоре завоевала широкое признание по всей Европе и в мире, но когда работа Ганемана была опубликована впервые, она столкнулась с крайне резкой оппозицией со стороны докторов, до сих пор назначавших кровопускание, слабительные и потогонные средства. Ганеман не был обескуражен. Он был блестящим человеком, и как таковой был привычен к недопониманию.

Его первый биограф Томас Бредфорд описывает, как отец Ганемана запирал своего сына с тем, что он называл «упражнениями по мышлению», — проблемами, которые мальчик должен был решить сам. Таким образом Ганеман научился развивать и применять интуицию и проницательность, а также узнал ограничения, свойственные интеллектуальной логике.

Ясно, что Ганеман был не по годам талантлив практически во всём, за что брался. Когда ему было двенадцать, его учитель посылал его учить греческому других учеников. Он прошёл университетские курсы химии и медицины путём перевода английских книг на немецкий. Он получил диплом врача в университете Лейпцига в 1779 г., и вскоре после этого начал публиковать ряд работ по медицине и химии. В 1791 г. за свои исследования по химии он был избран в Академию наук в Майенсе. Его «Лексикон аптекаря» стал стандартным учебником того времени, и он был выбран из всех врачей Германии для стандартизации германской фармакопеи.

К большому огорчению своих коллег и друзей, Ганеман оставил медицинскую практику. Как он писал одному другу,

«Для меня было мучительно всегда идти в темноте, когда приходилось лечить больного и назначать, согласно той или иной гипотезе относительно болезней, вещества, место которых в *Materia Medica* было обусловлено произвольным решением... Вскоре после своей женитьбы я отказался от медицинской практики, так как больше не мог брать на себя риск нанести ущерб, и занялся исключительно химией и литературными занятиями.»

Он мог обеспечить себе очень комфортабельную жизнь за счёт медицинской практики, но предпочтёт бедность необходимости подчиняться системе, «ошибки и неопределённости которой вызывали (у него) отвращение».

Тем не менее, активный ум Ганемана оставался любопытным, открытым и систематичным. Он неустанно вникал в основные вопросы здоровья и болезни. Именно работая в этом ключе, он натолкнулся на первый фундаментальный принцип гомеопатии. Он переводил *Materia Medica*, написанную профессором Калленом из Лондонского университета. Каллен посвятил двадцать страниц своей книги терапевтическим показаниям сококрасного хинного дерева (источника, который известен сегодня как «хинин»), приписывая его успех в лечении малярий тому факту, что оно было горькое. Ганеман был настолько неудовлетворён этим объяснением, что сделал нечто очень экстраординарное: он сам принял ряд доз сококрасного хинного дерева! Это был поступок, совершенно беспрецедентный в медицинском мире его времени. До сего дня не известно, что подтолкнуло его к такому поступку, но его эксперимент привёл к совершенно новой эре в медицине. Он описывает результат так:

«Ради эксперимента, я дважды в день принимал четыре драхмы хорошей хины (сококрасного хинного дерева). Мои стопы, кончики пальцев и т. д. сначала холодели; я становился вялым и сонливым; затем моё сердце начинало биться, пульс становился твёрдым и малым; невыносимая тревога, дрожь, прострация во всех моих членах; затем пульсация в моей голове, краснота моих щёк, жажда и, короче, один за другим появлялись все симптомы, которые обычно характерны для перемежающейся лихорадки, но без характерного озноба с дрожью.

Кратко говоря, даже те симптомы, которые встречаются регулярно и особенно характерны, — такие как тупость ума, характерная ригидность во всех конечностях, но прежде всего неприятное ощущение онемения, которое, кажется, происходит из надкостницы над каждой костью в теле, — все они появлялись. Этот пароксизм длился всякий раз два-три часа и возобновлялся, если я повторял эту дозу, но никак иначе; я прекратил приём, и был в добром здравии.»

Вообразите поразительное откровение, которое снизошло на Ганемана в результате его экспериментов! Стандартное медицинское предположение всегда заключалось в том, что если тело выдаёт какой-то симптом, то следует дать лекарство, чтобы снять этот симптом. Оно так глубоко укоренилось, что стало в сознании доктора и пациента почти автоматическим рефлексом. Однако здесь на своём собственном опыте Ганеман обнаружил, что лекарство, которое было известно как средство от малярии, фактически вызывает у здорового человека те самые симптомы.

Многие просто проигнорировали бы такое наблюдение как просто исключение. Ганеман же был настоящим учёным-эмпириком. Для него было важно наблюдение само по себе, независимо от того, укладывалось оно в текущие догмы или нет. Он принял это наблюдение и продолжил опыты, которые вновь подтвердили это «случайное» наблюдение как факт

Природы: «Вещество, которое вызывает симптомы у здорового человека, излечивает эти симптомы у больного человека».

Ганеман со своими коллегами распознали в этих картинах симптомов идентичные симптоматологии многих обращающихся за лечением людей. Затем эти лекарства были испытаны на пациентах, имевших аналогичные симптомы, и было сделано удивительное открытие, что эти лекарства, будучи назначенными согласно этому принципу, по-настоящему излечивали так называемые «неизлечимые» болезни. Согласно открытому им закону, Ганеман увидел, что каждое лекарство обязательно должно вылечить набор симптомов, которые оно вызывает в организме здорового человека.

Процесс, в котором Ганеман и его коллеги экспериментально вызывали симптомы какого-нибудь вещества в своих здоровых организмах, он назвал «испытание». Ортодоксальная медицина (которую гомеопаты называют «аллопатической» от «алло», означающего «другой») также имеет свой процесс испытания лекарственных средств, но с той очень важной разницей, что она экспериментирует на животных.

Животные не имеют дара речи. Они не могут сообщить о тонких изменениях настроения или различных типах боли, которые могут быть описаны людьми, на которых производятся эксперименты. Кроме того, психология животных значительно отличается от психологии человека. Ганеман ясно понимал, что любая терапевтическая система, основанная на экспериментах на животных, должна применяться в пределах той же физиологии и осведомлённости, так как от этих лекарств потребуются, чтобы они производили лечебное действие. Этот принцип — просто выражение здравого смысла, но во времена Ганемана он было абсолютно революционным.

Обоснование Ганеманом гомеопатического принципа, известного сегодня как «закон подобия», объяснено в афоризме 19 «Органона»:

«Итак, болезни есть не что иное, как изменения состояния здоровья здорового человека, выражающиеся в патологических (т. е. вызывающих заболевание) признаках, и лечение также возможно только путём изменения из состояния здоровья больного индивида в здоровое состояние; совершенно очевидно, что лекарства никогда не могли бы лечить болезни, если бы не обладали способностью изменять состояние здоровья человека, которое зависит от ощущений и функций: конечно, их лечебная сила должна быть полностью обусловлена этой имеющейся у них способностью изменять состояние здоровья человека».

Приготовление гомеопатических препаратов

Когда Ганеман почувствовал, что испытал достаточное количество препаратов, он начал назначать их в принятых в то время дозах; однако хотя пациент неизменно выздоравливал, лекарство часто вызывало такое тяжёлое начальное ухудшение симптомов, что пациенты и доктора в равной степени испытывали тревогу. Такого ухудшения следовало ожидать,

так как лекарство само вызывало симптомы, аналогичные симптомам пациента. Ганеман хотел проверить некоторые из широко применявшихся в то время лекарств, таких как ртуть и мышьяк, но, конечно, он не мог давать такие токсичные вещества здоровым людям.

Тогда он уменьшил дозу до одной десятой обычного количества. Пациент попрежнему выздоравливал, но ухудшение оставалось, хотя и было слабее. Ганеман продолжал разводить лекарство всё сильнее, каждый раз назначая только одну десятую предыдущей дозы, и достиг разведения, которое по существу больше не содержало в себе лекарства.

Именно в этой крайне важный переходный момент Ганеман сделал ещё одно удивительное открытие. До сегодняшнего дня точно не известно, как Ганеман пришёл к этой процедуре. Как бы то ни было, он просто подвергал каждое разведение серии сильных встряхиваний (или «сотрясений», как он их называл), и обнаружил, что последовательные растворения не только становились менее токсичными, но и сильнее действовали!

Ганеман нашёл решение проблемы, которая занимала медиков на протяжении всей истории. Он решил проблему «побочного действия» лекарств!

Ганеман говорит, что эффективность обработанного таким образом лекарства увеличивается потому, что «силы, которые первоначально скрыты и дремлют в сыром лекарстве, развиваются и пробуждаются к действию в невероятной степени».

Ганеман сначала считал, что дистиллированная вода, спирт и лактоза инертны в медицинском отношении, и поэтому разводил лекарства в этих веществах. Если препарат разводился в воде или спирте, он смешивал одну часть вещества и девяноста девятью частями жидкости и подвергал смесь ста сильным встряхиваниям. Этот динамизированный раствор он называл «первой сотенной потенцией». Затем он смешивал одну часть этой первой потенции с девяноста девятью частями воды или спирта и снова встряхивал раствор сто раз для получения второй сотенной потенции. На третьем шаге процесса, конечно, исходное вещество развилось до одной части на миллион, на четвёртом — до одной части на сто миллионов и т. д. Он повторял его до тридцати раз и, по-видимому, сам не заходил дальше, хотя современные гомеопаты пользуются потенциями до стотысячной сотенной и более высокими!

Следствия этого открытия потрясают. Вещество, встряхнутое и разведённое до концентрации 1 на 100 000, даже до 60 нулей и более, попрежнему излечивает болезнь быстро, навсегда и без побочных эффектов!

Ясно, что это явление нельзя объяснить обычными химическими механизмами. Разведение такие астрономические, что не остаётся даже одной молекулы исходных лекарств! И тем не менее, клинические результаты вне всяких сомнений показывают, что остаётся некоторое воздействие, которое достаточно сильно, чтобы вылечивать даже глубокие хронические заболевания. В афоризме 209 Ганеман пишет:

«Гомеопатическая система медицины развивает, благодаря своему особому применению, до неслыханной до сих пор степени внутренне лечебные силы сырых веществ посредством характерного

для неё процесса, никогда до сих пор не испытанного, в ходе которого они становятся неизмеримо и проникающе эффективными и целебными».

То, что обнаружил Ганеман, означало, что в каждом веществе в Природе скрыта какая-то внутренняя жизнь. Мы можем мобилизовать и использовать эту «силу», если знаем, как правильно обработать вещество.

Повторные разведения и встряхивания гомеопатического лекарства каким-то образом высвобождают присущую веществу большую лечебную энергию. В гомеопатии мы являемся свидетелями удивительных исцелений, которые может вызвать потенцированный препарат.

В связи с этим, нас поражает нечто написанное столетия назад знаменитым целителем Парацельсом:

«Квинтэссенция — это то, что извлекается из вещества... После освобождения её от всех примесей и преходящих частей и очистки до наивысшей степени она приобретает исключительную силу и совершенство... В ней есть великая чистота, и она обладает добродетелью очищать тело.»

Как мы видели в области холистического здоровья, не говоря уже об идеях Эйнштейна и современной квантовой физики, мы вышли за рамки концепции материализма девятнадцатого столетия и весьма легко приняли идею, что вся материя является по существу энергией, и что эту энергию можно высвободить и даже обуздать. Истинным чудом является то, что в гомеопатии она была обуздана для лечения болезней.

Приложение II.

Предлагаемые исследования

Проверка многих провозглашённых в представленной мной *Модели* принципов потребует многих лет систематических исследований. Эти исследования должны будут быть направлены по каналам, связанным с представленными в данном трактате исследованиями, а не случайным образом, как это традиционно происходит с исследованиями. Для продолжения таких исследований я хотел бы предложить некоторые направления, в которых они могут развиваться при имеющейся технологии. В этой книге излагались и другие идеи, которым придётся подождать, прежде чем их можно будет убедительно подтвердить. В любом случае я чувствую, что исследования, на которые мы сейчас способны, должны начаться немедленно. Я предлагаю следующие исследования:

1. Оценка иммунной системы всех поступающих в больницы пациентов до и после приёма антибиотиков. Следует хранить в компьютере историю болезни со всеми подробностями относительно состояния иммунной системы пациента, и эта история должна обновляться всякий раз, когда они подвергаются лечению антибиотиками. Таким образом, можно было бы получить картину любого разрушения иммунной системы, происходящего в результате такого лечения.
2. Оценка, в частности, иммунной системы гомосексуалистов после их первого венерического заболевания до начала лечения антибиотиками и после него, с записью всех изменений целостности иммунной системы после повторного лечения таких инфекций.
3. Можно было бы провести эпидемиологические исследования для оценки влияния вакцинации. В данной Модели было выдвинуто предположение, что взрыв заболеваемости рассеянным склерозом обусловлен вакцинацией. Можно было бы провести исследования для проверки этой идеи. Мы уже знаем, что в странах, где вакцинация была неизвестна, рассеянный склероз тоже был неизвестен. Можно на протяжении некоторого времени — по меньшей мере двух поколений — изучать на предмет заболеваемости рассеянным склерозом страны, которые недавно ввели вакцинацию. Я предсказываю, что в этих странах начнёт появляться рассеянный склероз.
4. Эпидемиологические исследования, которые ясно показали бы, что так называемые «дегенеративные» болезни являются исключительной привилегией развитых стран, которые предоставляют наилучшее возможное медицинское обслуживание. Я ранее уже упоминал возможное

предположение, что за многие хронические заболевания может отвечать присущий образу жизни современных западных обществ стресс. Как я уже также говорил, я считаю, что обследование социалистических обществ, гораздо менее стрессовых по своей природе (благодаря гораздо меньшему акценту на производительности и конкуренции), даст аналогичные данные по хроническим заболеваниям.

5. Исследование с целью обнаружить, что, в соответствии с данной Моделью, лица, способные заразиться СПИДом, имеют особое предрасположение в своём генетическом коде.

Приложение III. Ресурсы

ГОМЕОПАТИЯ

Во многих странах есть организации, которые предоставляют информацию и обучение по гомеопатии. В Соединённых Штатах есть три организации, созданные в поддержку работы Джорджа Витулका:

Международный фонд гомеопатии:

International Foundation for Homeopathy

**2366 Eastlake Avenue East, #301 Seattle, WA 98102 (206)
324–8230**

Создан в 1978 г. Витулкасом, его первым американским учеником Биллом Греем, доктором медицины, и его американской помощницей Сэнди Росс, доктором философии. Цели:

- просвещать широкую общественность относительно принципов и достоинств гомеопатии;
- стандартизовать обучение гомеопатии в мире и способствовать принятию и обучению гомеопатии внутри стандартных медицинских школ;
- создавать учреждения, в которых гомеопатия может преподаваться как отдельная медицинская дисциплина;
- поднимать стандарты приготовления гомеопатических лекарств.

Международный фонд гомеопатии предлагает вводные и постоянно идущие семинары, а также широкий аспирантский курс для лицензированных профессионалов. Основной членский взнос составляет 35 долл. и включает стоимость получения выходящего раз в два месяца бюллетеня, справочника по прошедшим обучение в фонде гомеопатам, записи семинаров на магнитофонной ленте и другие материалы.

Здоровье и среда обитания: Health and Habitat

76 Lee Street, Mill Valley, CA 94941 (415) 383–6130

Организация «Здоровье и среда обитания» была основана Сэнди Росс, доктором философии, американской помощницей Джорджа Витулका. Это общественная корпорация штата Калифорния статуса 501 (с) (3), пожертвования которой вычитаются из базы налогообложения. Её главные цели таковы:

- содействовать холистическому подходу к жизни, здоровью и окружающей среде и помогать достигнуть здорового состояния равновесия посредством обучения, исследований, гомеопатии, сохранения природных ресурсов и благотворительности;
- в общественных интересах распространять информацию по вышеперечисленным предметам посредством лекций, публикаций и прочих средств.

Организация «Здоровье и среда обитания» особенно заинтересована в содействии гомеопатии посредством книг, видеозаписей и компьютерных программ.

Если Вы хотите получить больше материалов по философии гомеопатии, анализу конкретных больных и *Materia Medica*, подумайте, пожалуйста, о том, чтобы послать им пожертвование. Организация «Здоровье и среда обитания» является американским дистрибьютором системы **RADAR & THE VITHOULKAS EXPERT SYSTEM** — программного обеспечения, которое помогает гомеопатам делать правильные и успешные назначения.

Ганемановская медицинская клиника:
Hahnemann Medical Clinic

828 San Pablo Avenue, Albany, CA 94706

(510) 524–3117

Ганемановская медицинская клиника была основана группой учеников Витулкаса под руководством д-ра Роджера Моррисона. В ней лечат пациентов с острыми и хроническими болезнями и предлагается двухгодичное обучение по классической гомеопатии для лицензированных профессионалов в области здравоохранения. При клинике имеется некоммерческий Фонд гомеопатических пациентов.

**Прочие организации, предлагающие
информацию, членство или обучение:**

Национальный центр гомеопатии:
National Center for Homeopathy

801 North Fairfax Street, Suite 306

Alexandria, VA 22314

(703) 548–7790

Членство (35 долл.), бюллетень, классы для непрофессионалов, курсы для профессиональных работников здравоохранения.

Американский институт гомеопатии:
American Institute of Homeopathy

1585 Glencoe, Denver, CO 80220 (303) 321–4105

Профессиональная организация врачей и стоматологов; журнал.

Национальный колледж натуропатической медицины:
National College of Naturopathic Medicine

11231 S.E. Market Street, Portland, OR 97216

(505) 255–4860

Четырёхгодичный курс с получением степени доктора натуропатии, одной из специализаций которого является гомеопатия, журнал «*Simillimum*».

Колледж натуропатической медицины Джона Бастира:
John Bastyr College of Naturopathic Medicine

144 N.E. 54th Street, Seattle, WA 98105
(206) 523–9585

Четырёхгодичный курс с получением степени доктора натуропатии,
включая классы по гомеопатии и акупунктуре.

Американская ассоциация врачей-натуропатов:
American Association of Naturopathic Physicians

P.O. Box 33046, Portland, Oregon 97223
(503) 255–4863

Агентство Кристины Кент Christine Kent Agency

17216 Saticoy, Box 348, Van Nuys, CA 91406
(818) 902–1060

Распространение и продвижение материалов по классической
гомеопатии.

Услуги гомеопатического обучения:
Homeopathic Educational Services

2124 Kittredge Street, Berkeley, CA 94704
(510) 649–0294

Книги, магнитофонные записи, медицинские комплекты, програм-
мное обеспечение, лекции и каталог.

Фонд гомеопатического образования и исследований:
Foundation for Homeopathic Education & Research

5916 Chabot Crest, Oakland, CA 94618
(510) 649–8930

Просвещение профессионалов и общественности по исследованиям
и спонсорская поддержка исследований.

Сотрудники Кента: Kent Associates

P.O. Box 39, Fairfax, CA 94978
(415) 457–0678

MacRepertory (гомеопатическая компьютерная программа),
HomeoNet.

«Гомеонет»: HomeoNet

Institute for Global Communications 3228 Sacramento Street,
San Francisco, CA 94115 (415) 923–0900

Международная компьютерная сеть для связи, исследований, кон-
сультаций и обсуждения результатов.

Ричард Питкертн, доктор ветеринарной медицины,
доктор философии:

Richard Pitcairn, D.V.M., Ph.D.

1283 Lincoln Street, Eugene, OR 97404 (503) 342–7665

Ветеринар, практикующий и ведущий учебные программы по гомеопатии.

Liga Medicorm Homoeopathica Internationalis

c/o Dean Crothers, M.D., National Vice President 23200 Edmonds Way, Edmonds, WA 98026 (206) 542–5595

Международная ассоциация врачей и учёных, журнал.

Факультет гомеопатии: The Faculty of Homoeopathy

The Royal London Homoeopathic Hospital

Great Ormond Street, London, WC1N 3HR, England

Обучение врачей, справочник, журнал “British Homoeopathic Journal”.

Общество гомеопатов: Society of Homoeopaths

2 Artizan Road

Northampton, NN1 4HU, England

Гомеопаты без медицинского образования, справочник, журнал «The Homoeopath».

**Совет по гомеопатическим медицинским исследованиям:
Homoeopathic Medical Research Council**

c/o The Faculty of Homoeopathy

The Royal London Homoeopathic Hospital

Great Ormond Street, London, WC1N 3HR, England

Коалиция британских гомеопатических исследовательских организаций.

**Британская группа исследований по гомеопатии:
British Homoeopathy Research Group**

c/o Dr. Anita Davies

101 Harley Street, London W1N 1DF, England

Академическая группа по оценке протоколов исследований, журнал «Communications».

**Британская гомеопатическая ассоциация:
British Homoeopathic Association**

27a Devonshire Street, London W1N 1RJ, England

Непрофессиональная организация, поддерживающая развитие гомеопатии, журнал «Homoeopathy».

АКУПУНКТУРА

Американская ассоциация акупунктуры и восточной медицины:

American Association of Acupuncture and Oriental Medicine

5473 — 66th Street North, St. Petersburg, Florida 33709

(813) 541–2666 or (813) 797–1161

Профессиональная ассоциация.

Национальный совет школ и колледжей акупунктуры:

National Council of Acupuncture Schools & Colleges

American City Building #100, Columbia, MD 21044

Информация о том, где научиться акупунктуре.

Национальная комиссия по сертификации специалистов по акупунктуре:

National Commission for the Certification of Acupuncturists

1424 16th Street, N.W., #105, Washington, D.C., 20036

(202) 232–1404

Сертификация на основе образования и тестирования, имеется справочник по специалистам по акупунктуре.

Фонд традиционной акупунктуры:

Traditional Acupuncture Foundation

American City Building #100, Columbia, MD 21044

(301) 997–4888

Список классов и выпускников Уорсли.

Клиника Куан Йиня: Quan Yin Clinic

1748 Market Street, San Francisco, CA 94102

(415) 861–4964

Некоммерческая организация, специализирующаяся на ВИЧ-позитивных пациентах. Программа сертификации на лечение ВИЧ-позитивных пациентов с помощью акупунктуры и китайских трав.

ОСТЕОПАТИЯ

Американская остеопатическая ассоциация:

American Osteopathic Association

142 East Ontario Street, Chicago, Illinois 60611

(312) 280–5800

Справочник по остеопатическим колледжам, больницам и врачам и общая информация по остеопатии.

Содержание

БЛАГОДАРНОСТИ	6
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
Введение	9
Глава 1. Потребность в модели	29
Глава 2. Ситуация в медицине на данный момент	32
Глава 3. Предварительные идеи	35
Глава 4. Энергетический комплекс человеческого тела	45
Глава 5. Определение и мера здоровья	62
Глава 6. Связь человека со Вселенной	67
Глава 7. Отделение уровней	72
Глава 8. Эволюция или вырождение	84
Глава 9. Стимул или информация	86
Глава 10. Насыщение	93
Глава 11. Природа причины болезней	94
Глава 12. Универсальная энергетическая конструкция Модели	96
Глава 13. Значение планов	100
Глава 14. Предрасположения	102
Глава 15. Защитная система	111
Глава 16. Концепция восстановления-вырождения	121
Глава 17. Направление расстройств	125
Глава 18. Гипотеза о СПИДЕ	136
Глава 19. Практические предложения для тех, кто хочет защитить себя и других от СПИДА	155
Эпилог	164
Приложение I. Самуэль Ганеман и закон подобия	171
Приложение II. Предлагаемые исследования	177
Приложение III. Ресурсы	179