

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ТИХООКЕАНСКИЙ ИНСТИТУТ
ДИСТАНЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЙ



Н. Ю. Василенко

Основы социальной медицины

© Издательство Дальневосточного университета 2004

ВЛАДИВОСТОК
2004 г.

Содержание

Аннотация	4
Развёрнутое рекламно-техническое описание	5
Методические указания для студента	7
Введение	8
Модуль 1. Социальная медицина: основные понятия, категории и направления. История развития социальной медицины	9
Глава 1.1. Индивидуальное и общественное здоровье. Взаимосвязь социальной и клинической медицины. Генетическая и социальная обусловленность здоровья	9
§ 1.1.1. Индивидуальное и общественное здоровье. Взаимосвязь социальной и клинической медицины	9
§ 1.1.2. Социальная и клиническая медицина. Объект, предмет и задачи социальной медицины	11
§ 1.1.3. Генетическая обусловленность здоровья	12
§ 1.1.4. Социальная обусловленность здоровья	14
§ 1.1.5. Основные направления развития социальной медицины	16
Глава 1.2. Истоки социальной медицины. Становление основных понятий	19
§ 1.2.1. Египет времён фараона Эхнатона	19
§ 1.2.2. Гиппократ как социальный врач	21
§ 1.2.3. Милосердие по-спартански	21
§ 1.2.4. Правление халифов: Ибн Сина (Авиценна) как социальный врач	22
Глава 1.3. Медицина и общество XX-го века. Предпосылки и основания возникновения социальной медицины как самостоятельного общественно-научного института	24
§ 1.3.1. Революции и войны: социальные последствия	24
§ 1.3.2. Взгляды Карла Ясперса — одного из основоположников методологии социальной медицины	25
§ 1.3.3. "Социальная гигиена" А. Гротьяна и "советская гигиена" Н.А. Семашко. П.Б. Ганнушкин: концепция советской репрессивной медицины	26
§ 1.3.4. Дж. Райл и первый Институт социальной медицины в XX веке	30
§ 1.3.5. Расцвет социальной медицины в США и странах Западной Европы после Второй мировой войны	31
§ 1.3.6. А.В. Снежневский. Предпосылки формирования современных социально-медицинских воззрений в постсоветском пространстве	33
Модуль 2. Эпидемиология в социальной медицине. Санитарно-эпидемическое благополучие населения	38
Глава 2.1. Эпидемиология в социальной медицине	38
§ 2.1.1. Эпидемиология. Теории возникновения эпидемий	38
§ 2.1.2. Эпидемиология здоровья	40
§ 2.1.3. Вирулентность и иммунитет. Социальная защита населения от медикаментозной агрессии	42
§ 2.1.4. Психические эпидемии и криминальные толпы	45
Глава 2.2. Санитарно-эпидемическое благополучие населения	52
§ 2.2.1. Санитарное законодательство. Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения	52
§ 2.2.2. Условия труда и профессиональная заболеваемость	53
§ 2.2.3. Структура государственной санэпидслужбы, её задачи и функции	55
§ 2.2.4. Инфекционные и эпидемические болезни	57
Модуль 3. Социальная медицина в свете различных общественных проблем	63
Глава 3.1. Социальная медицина и миграционные процессы	63
§ 3.1.1. Проблемы социальной медицины, связанные с миграцией	63
§ 3.1.2. Бомжи как "предмет" социальной медицины	68
§ 3.1.3. Права человека и девальвация общественного и личного здоровья	71

Глава 3.2. Социальная медицина и чрезвычайные ситуации	72
§ 3.2.1. Адаптация и дезадаптация: медико-социальные аспекты.....	72
§ 3.2.2. Социальная реабилитация инвалидов	75
§ 3.2.3. Ребёнок-инвалид в семье	79
Глава 3.3. Социальная медицина и долгожители	80
§ 3.3.1. Социально-медицинские аспекты долгожительства.....	80
§ 3.3.2. Долголетие и психическое здоровье.....	82
§ 3.3.3. Долгожительство и качество жизни. Долгожитель и его семья	87
§ 3.3.4. Современные проблемы домов-интернатов для престарелых граждан.....	90
Глава 3.4. Цивилизация, культура и секс в свете проблем социальной медицины	91
§ 3.4.1. Эротизация населения: медико-социальные последствия.....	91
§ 3.4.2. Педофилия как социально-медицинская проблема. Феномен Лолиты.....	93
§ 3.4.3. Сексуальные меньшинства как "объект" социальной медицины.....	95
Модуль 4. Социально-медицинская этика. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	99
Глава 4.1. Социально-медицинская этика	99
§ 4.1.1. Принципы биоэтики. Правила взаимоотношений медицинских работников с пациентами.....	99
§ 4.1.2. Этические проблемы новых репродуктивных технологий. Клонирование человека	103
§ 4.1.3. Этика биомедицинского эксперимента и евгеника.....	105
§ 4.1.4. Этико-психологический анализ самоубийств и эвтаназии	108
§ 4.1.5. Проблема хосписа.....	112
Глава 4.2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан	114
§ 4.2.1. Медицинское право. Основные этапы становления и формирования в современных условиях развития российского общества	114
§ 4.2.2. Охрана здоровья граждан в российском законодательстве.....	117
§ 4.2.3. Системы здравоохранения, действующие в РФ. Медицинское страхование.....	119
§ 4.2.4. Стратегия ВОЗ в охране здоровья граждан	122
Литература	128
Глоссарий	129

Аннотация

Дисциплина "Основы социальной медицины" относится к числу профильных при подготовке специалистов по социальной работе на базе университетского образования, изучается в блоке общепрофессиональных дисциплин.

Программа предусматривает изучение теоретико-методологических основ социального института общества — системы охраны здоровья, состояние общественного здоровья и организации медицинской помощи, как в России, так и за рубежом, роли здравоохранения в жизни общества. Главная цель изучения дисциплины, во-первых, представить социальную медицину как научную и учебную дисциплину, обобщить и систематизировать материал социально-медицинских исследований для учебного курса "Основы социальной медицины". Во-вторых — дать представление об исторической преемственности формирования медико-социальных концепций, теорий и моделей медицины и здравоохранения, закономерностях постановки и исследования медико-социальных проблем, правилах оценки результатов научно-практической деятельности в системе охраны здоровья. Акцент делается на усвоение системы знаний через соответствующие виды учебной деятельности: чтение, осмысление, обсуждение, наблюдение, решение проблемных ситуаций, моделирование, деловые игры, самостоятельное расширение знаний. В основе базового образования специалиста по социальной работе заложена гуманистическая идея духовного развития, обеспечивающая формирование зрелой личности новой формации, способной акцентировать проблемы социума и личности, решать их, находить способы оптимизации формирования социальной политики региона. Студент должен знать: понятийный аппарат курса, теоретико-методологические основы социальной медицины и ее место в системе научных знаний, виды и специфику современных медико-социальных технологий в системе охраны здоровья. Студент должен уметь: применять знания, практические навыки, полученные при изучении курса в работе с людьми, имеющими отклонения физического, психического и социального здоровья. Взаимосвязь с другими общественными системами. Знание медико-социальных технологий обеспечения физического, психического и социального благополучия обеспечит на этапах обучения студента интеграцию с профессионально значимыми дисциплинами федеральной компоненты учебного плана: психологии, социологии, теории и технологий социальной работы, дисциплин специализации "Социально-медицинские технологии работы с населением".

Развёрнутое рекламно-техническое описание

Учебное пособие «Основы социальной медицины» состоит из 10 тем, которые можно условно разделить на четыре блока (модуля). Каждый модуль делится на главы, а те, в свою очередь, на параграфы.

Первый модуль включает в себя три главы. В первой главе раскрывается понятие здоровья, разграничение на общественное и индивидуальное здоровье, его генетическая и социальная обусловленность, а также понятие здорового образа жизни. Здесь же рассматриваются основы социальной медицины как науки, учебной дисциплины, профессиональной деятельности, сущность и место социальной медицины в современном обществе, объект, предмет, задачи и основные направления социальной медицины, а также связь её с клинической медициной и другими науками.

Во второй главе первого модуля описывается история развития социальной медицины, начиная с Древнего Египта времён фараона Эхнатона, деятельность таких великих основоположников медицины, как Гиппократ и Ибн Сина (Авиценна), спартанский опыт решения проблем общественного здоровья.

Третья глава первого модуля посвящена рассмотрению предпосылок и оснований возникновения социальной медицины как самостоятельного общественно-научного института в XX веке. Здесь описываются социальные последствия революций и войн, взгляды Карла Ясперса — одного из основоположников методологии социальной медицины, концепция советской репрессивной медицины, «социальная гигиена» А. Гротьяна и «советская гигиена» Н. А. Семашко, организация первого Института социальной медицины в Англии и расцвет социальной медицины в США и странах Западной Европы после Второй мировой войны, а также предпосылки формирования современных социально-медицинских воззрений в постсоветском пространстве.

Второй модуль включает в себя две главы. В первой главе рассматривается связь эпидемиологии и социальной медицины, теории возникновения эпидемий, эпидемиология здоровья, социальная защита населения от медикаментозной агрессии. Здесь также раскрываются такие понятия, как вирулентность и иммунитет, психические эпидемии и криминальные толпы.

Вторая глава второго модуля включает в себя описание проблем санитарно-эпидемического благополучия населения. Здесь рассматриваются основы санитарного законодательства РФ, влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения, профессиональная заболеваемость и условия труда, инфекционные и эпидемические болезни, а также структура государственной санэпидслужбы, её задачи и функции.

В третьем модуле рассматривается социальная медицина в свете различных общественных проблем. Модуль включает в себя четыре главы. Первая глава освещает проблемы социальной медицины, связанные с миграцией. Здесь же рассматривается проблема бомжей, как «предмета» социальной медицины, а также права человека и девальвация общественного и личного здоровья.

Вторая глава третьего модуля освещает проблемы социальной медицины, связанные с чрезвычайными ситуациями. Здесь рассматриваются медико-социальные аспекты адаптации и дезадаптации, социальная реабилитация инвалидов, а также проблема инвалидов детства, как «чрезвычайная ситуация в семье».

В третьей главе третьего модуля рассматриваются проблемы социальной медицины, связанные с долгожителями. Здесь описываются социально-медицинские аспекты долгожительства, долголетие и психическое здоровье, долгожительство и качество жизни, долгожитель и его семья, а также современные проблемы домов-интернатов для престарелых граждан.

Четвёртая глава третьего модуля рассматривает следующие проблемы: медико-социальные последствия эротизации населения; педофилия, как социально-медицинская

проблема, феномен Лолиты; сексуальные меньшинства, как «объект» социальной медицины.

Четвёртый модуль включает в себя две главы. В первой главе рассматриваются проблемы социально-медицинской этики. Здесь описываются принципы биоэтики, правила взаимоотношений медицинских работников с пациентами, этические проблемы новых репродуктивных технологий, проблемы клонирования человека, этика биомедицинского эксперимента и евгеника, этико-психологический анализ самоубийств и эвтаназии, проблема хосписа.

Во второй главе четвёртого модуля рассматриваются основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. Вторая глава делится на следующие параграфы: медицинское право, основные этапы становления и формирования в современных условиях развития российского общества; охрана здоровья граждан в российском законодательстве; системы здравоохранения, действующие в РФ, медицинское страхование; стратегия ВОЗ в охране здоровья граждан.

Учебное пособие «Основы социальной медицины» составлено в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта Высшего профессионального образования.

Данное учебное пособие даёт студенту представление о социальной медицине как науки и учебной дисциплине, а также формирует представление о месте социальной медицины в современном обществе, о её взаимосвязи с другими общественными системами.

Целью этого пособия является формирование у студента чуткого, внимательного, гуманного отношения к человеку, нуждающемуся в социальной защите, творческого мышления в решении социальных проблем, использования медицинских знаний в социальной работе.

Изучение основ социальной медицины способствует становлению гармоничной, интеллектуальной личности, формированию научного мировоззрения.

Освещение знаний по социальной медицине позволяет будущим специалистам по социальной работе разбираться в закономерностях и взаимосвязях явлений общественной жизни, вести грамотно профессиональную полемику, проводить работу с лицами, нуждающимися в социальной защите, опираясь на умение и знание основ социальной медицины.

Методические указания для студента

По завершению обучения по дисциплине «Основы социальной медицины» студент должен:

- Овладеть основами знаний по социально-медицинской работе.
- Знать и понимать основные проблемы социальной медицины.
- Знать научные подходы к решению социально-медицинских проблем.

Для того, чтобы получить зачёт студенту необходимо пройти тестирование и получить положительную оценку.

Введение

Данное учебное пособие является пособием по медицине для социальных работников, то есть социальных педагогов, социальных психологов, социальных врачей, специалистов, малознакомых с основами клинической медицины. Поэтому это учебное пособие охватывает самые широкие аспекты, и, прежде всего, те стороны социального знания, которые граничат с медициной.

Наше общество достаточно созрело, чтобы сознавать и решать проблемы, которые находятся в компетенции социальной медицины. И раньше врач вряд ли стал бы отрицать, что он предпочитает лечить больного, а не болезнь. Однако в настоящее время на первый план всё с большей силой выдвигается уже не болезнь сама по себе, а больной организм со всеми его особенностями и проявлениями. Всё более становится ясным, что заболевшему человеку нужен не только врач, но и социальный работник, способный решить его жизненные проблемы.

Предметом социальной медицины является общественное здоровье. Категория «общественное здоровье» имеет, по крайней мере, два смысловых аспекта: медицинский и нравственный. Первый из них и является приоритетным для социальной медицины. Общественное здоровье имеет своих субъектов, то есть «носителей» — конкретных живых людей со всеми социальными атрибутами: положением в обществе, профессиональной занятостью, семейным положением, жизненной ценностно-смысловой ориентацией. Поэтому социальный медик, занимаясь здоровьем человека, активно «вмешивается» в его дела, становится партнёром своего пациента, его «ангелом-хранителем». Он отвечает не только за здоровье, но и за социальное благополучие своих подопечных. Социальный медик — непосредственный создатель социальной защиты населения. Общественные последствия любого заболевания тоже являются сферой приложения сил социального медика.

В поисках выхода из сложной ситуации или преодоления обстоятельств человек или группа людей оказываются клиентами социального врача как частного или юридическое лицо. Первопричиной этих ситуаций и обстоятельств рассматривается прежде всего болезнь — наследственная или приобретённая. Так как только на основании правильной диагностики социально-медицинской проблемы возможно её решение. То же самое можно сказать и о поисках механизма преодоления неблагоприятных обстоятельств.

Именно диагностика как особый вид мышления, то есть клиническое мышление, определяет статус социальной медицины как раздела социальных знаний и культуры и искусства врачевания.

Задачи социальной медицины — сохранение и защита общественного здоровья в повседневности и в перспективе развития общества, при любых социально-экономических, политических, идеологических господствующих ценностях и установках и при любых социальных и природных обстоятельствах.

Модуль 1. Социальная медицина: основные понятия, категории и направления. История развития социальной медицины

Глава 1.1. Индивидуальное и общественное здоровье. Взаимосвязь социальной и клинической медицины. Генетическая и социальная обусловленность здоровья

§ 1.1.1. Индивидуальное и общественное здоровье. Взаимосвязь социальной и клинической медицины

Здоровье человека является предметом изучения многих естественных и общественных наук: биологии, медицины, социологии, психологии, философии и многих других. Изучение основ здоровья — это в большей степени медико-биологический аспект. И все же необходимо помнить, что хотя все медицинские доктрины в своей основе имели две взаимосвязанные цели — сохранение здоровья и лечение болезней, фактически медицина является наукой о болезнях. Человек связан с отношениями в обществе и его социальной структурой. Поэтому невозможно решать проблемы здоровья без учета широкого спектра социальных факторов. Напомним, что по данным зарубежных и отечественных исследователей здоровье человека на 50% зависит от его образа жизни. Любой аспект социальной работы касается сбережения здоровья и содействует ему. Социальные работники должны иметь четкие представления о феномене здоровья и о здоровом образе жизни. Без таких представлений социальная работа неполноценна.

По определению Всемирной организации здравоохранения: здоровье — это состояние полного физического, душевного, сексуального и социального благополучия и способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней и внутренней среды и естественному процессу старения, а также отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье — свойство человека выполнять свои биосоциальные функции в изменяющейся среде, с перегрузками и без потерь, при условии отсутствия болезней и дефектов.

Здоровье бывает физическим, психическим и нравственным. Здоровье физическое невозможно без здоровья нравственного.

Здоровье — это нормальное физическое состояние, т.е. состояние целостности и свободы от физических и психических заболеваний или болезней.

Различают здоровье индивидуума и здоровье населения (общественное здоровье). Здоровье отдельного человека связано с большими колебаниями важнейших показателей жизнедеятельности, приспособительными возможностями организма. Между здоровьем и болезнью как противоположными состояниями может быть так называемая предболезнь, когда заболевания ещё нет, но защитные и приспособительные силы организма перенапряжены или резко ослаблены, и вредный фактор, который в обычных условиях не вызвал бы заболевания, может его вызвать. Кроме того, здоровье не исключает наличия в организме ещё не проявившегося болезнетворного начала, колебаний в самочувствии человека или даже некоторых отклонений от того, что рассматривается как физиологическая норма. Так, развивающиеся с возрастом у всех людей атеросклеротические изменения кровеносных сосудов являются, несомненно, патологическим процессом, тем не менее здоровье у человека может не нарушаться, если указанные изменения выражены незначительно.

В связи с этим возникло понятие "практически здоровый человек", подразумевающее, что наблюдающиеся в организме некоторые отклонения от нормы, не сказывающиеся на самочувствии и работоспособности человека, не могут ещё расцениваться как болезнь. Вместе с тем отсутствие видимых признаков нарушения

здоровья ещё не свидетельствует о полном здоровье, так как болезнь, например в скрытом (латентном) периоде, может и не иметь внешних проявлений.

Состояние здоровья может быть установлено на основании субъективных ощущений конкретного человека в совокупности с данными клинического обследования, с учётом пола, возраста, а также социальных, климатических, географических и метеорологических условий, в которых живёт или временно находится человек.

Общественное здоровье как характеристика здоровья членов общества в целом не является только медицинским понятием. Оно представляет собой общественную, социально-политическую и экономическую категорию, а также объект социальной политики. Общественное здоровье нуждается в измерении, точной оценке с учётом не столько медицинского, сколько социального его значения. При оценке общественного здоровья необходим системный подход, позволяющий рассматривать, как его сложную динамическую систему, содержащую множество интегрально связанных составляющих элементов и взаимодействующую с другими многочисленными общественными и природными системами. Такой подход позволяет установить зависимость здоровья не только от состояния науки и достижений медицины в области профилактики, лечения и реабилитации, но и от участия всего общества в его формировании, охране и укреплении.

При изучении и оценке общественного здоровья учитывают социальные, природные и биологические факторы, его обуславливающие, выражая результат их воздействия через систему медико-статистических и демографических показателей. **Для характеристики здоровья населения используются три группы показателей.**

1. Демографические показатели, или показатели численности, состава, движения населения как в форме миграционных процессов, так и естественного (рождаемость, смертность, естественный прирост населения, средняя продолжительность предстоящей жизни и др.).

2. Показатели физического развития населения.

3. Показатели заболеваемости, травматизма и инвалидности.

Общественное здоровье обуславливается социальными факторами, зависящими от социальных условий — социально-экономического и политического развития, а также от природных условий — внешней природной среды, окружающей человека. На показатели общественного здоровья влияют многочисленные конкретные факторы окружающей человека действительности, среди них важное значение занимает состояние здравоохранения и охрана окружающей среды. К биологическим факторам, оказывающим влияние на общественное здоровье, относятся генетические характеристики популяции, возрастно-половая структура населения.

Научная организация охраны здоровья отдельных лиц, коллективов и населения в целом основывается на разработке комплекса мероприятий по укреплению защитно-приспособительных механизмов человеческого организма, а также на создании условий, предупреждающих возможность контакта человека с неблагоприятными раздражителями, или же на ослаблении действия вредных факторов. В этом отношении исключительно важная роль принадлежит охране окружающей среды, охране труда, технике безопасности на производстве, противоэпидемическим мероприятиям, повышению санитарной культуры населения, а также здоровому образу жизни.

С формальной точки зрения, **здоровый образ жизни** — это комплекс устойчивых, полезных для здоровья привычек. Начинать их выработку рационально в раннем детстве, так как при правильном сочетании стабильного режима дня, надлежащего воспитания, условий здорового быта и учебы комплекс привычек здорового образа жизни вырабатывается легко и закрепляется прочно, на всю жизнь.

Здоровый образ жизни — единственное средство защиты от всех болезней сразу. Поэтому он особенно рационален, экономичен и желателен.

Здоровый образ жизни — это единственный стиль жизни, способный обеспечить восстановление, сохранение и улучшение здоровья населения. Поэтому формирование

этого стиля жизни у населения — важнейшая социальная технология государственного значения и масштаба.

Здоровый образ жизни включает в себя культуру отдыха и межличностных отношений, здесь кроется залог успешной охраны психического и физического здоровья.

В эпоху рыночных отношений, работая с населением, следует подчеркивать, что вести здоровый образ жизни и быть здоровым — выгодно. А вести нездоровый образ жизни и болеть — неразумно и разорительно.

Традиционная современная медицина и система здравоохранения, несмотря на высокие достижения медицинской и биологической науки, оказались бессильными перед разрешением проблемы здоровья.

Внимание медицины приковано уже к больному человеку, его болезням и их лечению до выздоровления, полного или неполного, а вопросы реабилитации, диагностики и лечения пограничных состояний, а также сохранения и укрепления здоровья — наивысшего блага жизни человека, оказались вне поля зрения практической медицины.

Факторы, увеличивающие риск возникновения многих болезней современности (нервное напряжение, недостаточная физическая активность, нерациональное избыточное питание, злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами и курение), свидетельствуют о социальной их обусловленности. В этой связи возросла потребность в разработке эффективных методов и средств профилактики, ранней диагностики и лечения. Достигнуты значительные успехи в диагностике и лечении заболеваний.

§ 1.1.2. Социальная и клиническая медицина. Объект, предмет и задачи социальной медицины

Клиническая медицина — система научных знаний и практической деятельности, целью которой является укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

Социальная медицина — наука о закономерностях общественного здоровья, объектом исследования которой является система "человек-общество-среда". Предметом социальной медицины является общественное здоровье. Общественное здоровье имеет два смысловых аспекта: медицинский и нравственный. Первый является приоритетным для социальной медицины. Субъектом социальной медицины являются конкретные живые люди со всеми социальными атрибутами: положением в обществе, профессиональной занятостью, семейным положением, жизненной ценностно-смысловой ориентацией.

Основными задачами социальной медицины являются изучение закономерностей влияния социально-экономических условий, факторов и образа жизни людей на здоровье населения, а также его отдельных групп и теоретическое обоснование эффективной системы государственных и общественных мероприятий, путей и методов, направленных на устранение влияния вредных факторов окружающей среды, обеспечение высокого уровня здоровья всех членов общества, увеличение периода их активного творческого долголетия.

Социальный медик — отвечает не только за здоровье, но и за социальное благополучие своих подопечных и является непосредственным создателем социальной защиты населения. Общественные последствия любого заболевания тоже являются сферой приложения сил социального медика.

Как социальная, так и клиническая медицина имеет дело со здоровьем людей и их болезнями и решают одни задачи. В этом их общее. Но подходы к этим задачам и способы их решения различны.

Клиническая медицина руководствуется проявлениями болезни, то есть симптоматической и синдромологической картинами заболевания. Это хорошо понятно

на примерах физических страданий болезни. Когда же дело касается психических и так называемых "пограничных" расстройств, то необходимо принимать во внимание нечто отличное от симптомов и синдромов, а именно — переживания человека, особенности его характера и типа личности. То же и в случаях, когда человек временно или навсегда потерял трудоспособность и вынужден изменить свой социальный статус. Страхи, надежды, тревоги, опасения, вероятностные прогнозы — вот что становится "объектом" для работы врача. И здесь возникает такое не совсем ясное для клинической медицины понятие, как социальная реабилитация пациента. Там, где кончаются возможности клинициста (ограниченного пределами больничной палаты), там начинается работа социального медика.

В связи с тем, что сегодня на первый план выдвигается не болезнь сама по себе, а больной организм со всеми его особенностями и проявлениями, все более становится ясным, что заболевшему человеку нужен не только врач, но и социальный работник, способный решить его жизненные проблемы. Социальный работник, который готовит себя для службы на поприще психологии, психиатрии, геронтологии, гериатрии, наркологии, медикаментозной токсикологии, медицины катастроф, да и общей инфекционной медицины, непременно должен знать в определенных аспектах психосоматику и психотерапию. Психосоматика в широком смысле слова понимается как организм личности (или организм социального человека).

§ 1.1.3. Генетическая обусловленность здоровья

Развитие каждого индивида — результат взаимодействия генетических и внешнесредовых факторов. Набор генов человека или его геном, устанавливается при оплодотворении и затем вместе со средовыми факторами (как внутренними, так и внешними) определяет особенности развития. Геном, в целом, консервативен, но под влиянием меняющихся условий среды в нем могут происходить изменения — мутации.

Наследственная предрасположенность, вероятно, присуща практически всем заболеваниям, но степень ее значительно варьирует. Например, инфекционные болезни принято рассматривать как чисто внешнесредовые (хотя известно, что мужчины несколько чаще болеют ими, — факт, убедительно свидетельствующий о присутствии генетической компоненты и в данном случае). Напротив, такие заболевания, как синдром Дауна и фенилкетонурию, обусловленные генетическими дефектами, принято считать чисто наследственными. Между этими крайними вариантами — большая группа патологий, обусловленных и теми и другими факторами.

Одна из серьезных проблем акушерства и гинекологии состоит в том, что беременные могут подвергаться воздействию потенциально тератогенных лекарств, промышленных загрязнений и облучению в различных формах.

Большинство беременных женщин принимают лекарственные препараты. Тератогенным действием этих препаратов объясняется только 2-3% случаев врожденных аномалий развития; большинство же таких аномалий обусловлено генетически, возникает под действием факторов окружающей среды или же по неизвестной причине.

Принято считать, что первые 2 месяца после зачатия, т.е. то время, когда осуществляется органогенез, особенно опасны для эмбриона в отношении мутагенных агентов. Оплодотворенная яйцеклетка и эмбрион очень ранимы, беззащитны, даже для минимального количества лекарственных веществ.

Все свойства организма развиваются в процессе онтогенеза и представляют собой результат взаимодействия наследственных и средовых факторов. Это в полной мере относится и к болезням. Этиологическим фактором генетических болезней служит патологическая изменчивость, полученная организмом больного через половые клетки его родителей. Через гаметы передаются не признаки, а информация о них. Передача информации потомству осуществляется через специальные структуры половых клеток —

хромосомы клеточного ядра, в которых сосредоточены функциональные единицы наследственности — гены. Основным химическим компонентом хромосомы является ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота, представляющая собой двойную спираль. Геном принято называть участок хромосомы (молекулы ДНК), детерминирующий определенный признак. Это единица хранения, передачи и реализации наследственной информации.

По уровню поражения наследственных структур различают хромосомные и генные болезни. Хромосомные болезни — группа болезней, вызываемых числовыми и структурными изменениями хромосом. Клинически они проявляются в основном нарушением психики и множественными врожденными пороками развития различных систем организма человека. Хромосомные болезни встречаются в среднем с частотой 1:250 новорожденных. Среди детей с врожденными пороками развития хромосомные изменения отмечаются в 40%. Спонтанные аборт в 40% обусловлены тяжелыми хромосомными изменениями.

Факторами, ведущими к хромосомным аномалиям, являются поздний возраст родителей и воздействие физическими, химическими и биологическими мутагенами. Критический возраст для женщины — старше 35 лет, для мужчины — старше 45 лет. Это возраст, когда деторождение должно осуществляться с применением методов перинатальной диагностики генетических болезней. Риск хромосомных аномалий в этих случаях связан со старением гамет, отсроченным оплодотворением, нарушением процесса мейоза из-за гормональных и метаболических расстройств.

При генных болезнях цитологическая картина клеток остается нормальной. Этиологическим фактором болезни служат патологические мутантные гены.

Мутации — это наследственно закрепленные изменения генетического кода. Принято различать моногенные болезни, при которых генетический дефект связан с мутацией одного гена, и полигенные болезни, обусловленные совокупным действием нескольких генных мутаций. В последнем случае генетический дефект вызывает предрасположение и болезнь является следствием сложного взаимодействия генетических и средовых факторов.

С точки зрения взаимодействия наследственности и среды все формы патологии человека можно разделить на 4 группы, между которыми нет резких границ:

Первую группу составляют болезни, у которых этиологическую роль играет патологический ген, роль среды заключается в модификации лишь проявлений заболевания. В эту группу входят моногенные болезни, такие как гемофилия, фенилкетонурия, некоторые болезни обмена веществ, а также в эту группу относят хромосомные аномалии.

Вторая группа — это тоже наследственные болезни, обусловленные патологической мутацией, однако для их проявления необходимо специфическое воздействие среды. Сюда включаются многие случаи извращенных реакций организма на лекарственные препараты и пищевые продукты.

Третью группу — составляет подавляющее число распространенных болезней, особенно болезней зрелого и преклонного возраста (гипертоническая болезнь, ИБС, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, большинство злокачественных новообразований и др.). Основным этиологическим фактором в их возникновении служит неблагоприятное воздействие среды, однако реализация действия фактора зависит от индивидуальной генетически детерминируемой предрасположенности. Эти болезни получили название болезни с наследственным предрасположением.

Четвертая группа болезней — это те формы патологии, в возникновении которых исключительную роль играет фактор среды. Обычно это экстремальный средовой фактор, по отношению к действию которого организм не имеет средств защиты (травмы, ожоги,

особо опасные инфекции). Генетические факторы в этом случае играют роль в течение болезни, влияют на ее исход.

На наследственный характер заболевания могут указывать следующие данные:

1. Наличие в семье нескольких больных с одинаковой патологией.
2. Рецидивирующее хроническое течение болезни, особенно у детей.
3. Вовлеченность в патологический процесс многих систем.
4. Врожденный характер заболевания.

Основной метод предупреждения наследственных болезней заключается в медико-генетическом консультировании семей,отягощенных наследственной патологией.

Медико-генетическое консультирование — это процесс, в результате которого больные или их родственники с риском наследственного или предположительно наследственного заболевания получают сведения о последствиях данного заболевания, вероятности его развития или наследования, а также о способах его предупреждения и лечения.

В медико-генетическом консультировании нуждается 7,5-8% населения. В настоящее время только незначительная часть семей (от 1% до 10% в разных странах), которым требуется совет генетика, обращаются в консультацию.

Медико-генетическая консультация выполняет следующие основные функции:

- определение прогноза для будущего потомства в семьях, где имеется или предполагается больной с наследственной патологией;
- объяснение родителям в доступной форме величины риска и помощь им в принятии решения;
- помощь врачу в постановке диагноза наследственного заболевания, если для этого требуются специальные генетические методы исследования.

- пропаганда медико-генетических знаний среди врачей и населения.

Показания для проведения перинатальной диагностики наследственных болезней и врожденных пороков развития:

- возраст женщины более 35 лет — при возрасте матери 25-40 лет риск заболевания у плода составляет 1 на 450-100, 40 лет и старше — 1 на 80.
- родитель — носитель хромосомных болезней: риск заболевания у плода — 1 на 4-10.
- наличие у родителей тяжелой диагностируемой доминантной болезни: риск заболевания у плода 1 на 2.
- указание в анамнезе на возможность тератогенного влияния (радиация, прием лекарств, инфекция во время беременности и т.д.).

§ 1.1.4. Социальная обусловленность здоровья

Многие исследователи включают в характеристики здоровья способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней среды — физической и социальной. Согласно заключению экспертов ВОЗ состояние здоровья населения лишь на 10% определяется уровнем развития медицины как науки и состояния медицинской помощи, на 20% — наследственными факторами, на 20% — состоянием окружающей среды, и на 50% — образом жизни.

Социальные, технические и экономические перемены в 20 веке не решили ни морально-этических, ни культурных, ни семейных, ни личностных проблем. Одно из важнейших открытий века — обнаружение мельчайших частиц материи — не предотвратило возникновение тяжелейших проблем: загрязнения среды, наркомании, СПИДа, болезней цивилизации.

Реальное неблагополучие в сфере охраны здоровья демонстрируют и данные Государственных докладов о состоянии здоровья населения Российской Федерации. Расчеты Госкомстата России показывают, что если в дальнейшем сохраниться по возрастной уровень смертности, то из нынешнего поколения родившихся мальчиков 46% не доживет до 60 лет.

Особое место занимают проблемы распространенности массовых и социально значимых заболеваний. В последние годы отмечается резкое ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу. В России зарегистрировано около 1,5 миллиона больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями также имеет тенденцию к росту. В 1991 году уровень общей онкологической заболеваемости составлял 1150 на 100 тысяч человек, в 2000 году эта цифра составила уже 1500. В России ежегодно умирает от рака около 300 тысяч человек.

Психическое здоровье населения определяет общее состояние здоровья общества, существенным образом влияет на его интеллектуальный потенциал, экономическое благополучие, культурную и моральную атмосферу. Из каждых 100 тыс. населения 876,2 страдают тяжелыми формами психозов и слабоумием (из них более половины шизофренией), пограничными психическими расстройствами — 1162,4 и умственной отсталостью — 718,3. Неблагоприятные тенденции отмечаются и в состоянии психического здоровья детей.

В настоящее время также резко обострились проблемы, связанные со злоупотреблением алкоголем, наркотиками и другими психоактивными веществами. На учете состоит свыше 2,5 млн больных алкоголизмом и более 100 тыс. больных наркотоксикоманиями.

Основными заболеваниями, послужившими причиной первичной инвалидности, являются болезни системы кровообращения — 50,3; злокачественные новообразования — 8,5; болезни нервной системы и органов чувств — 6,0; травмы — 5,1 (на 10 тыс. населения). Положение усугубляется в связи с увеличением количества инвалидов трудоспособного возраста. Из общего числа признанных инвалидами 298 тыс. человек — мужчины в возрасте до 55 лет и женщины до 45 лет.

Все большее число исследований свидетельствует о том, что стрессовые ситуации сказываются на состоянии физического и психического здоровья человека, что население воспринимает стресс как основной, способствующий заболеваниям фактор. Данные свидетельствуют о том, что по крайней мере треть взрослого населения страны проживает в условиях высокого уровня психоэмоционального стресса и еще треть населения — в состоянии среднего уровня хронического психоэмоционального стресса. Таким образом, примерно 70% россиян испытывают влияние хронического стресса высокого и среднего уровня.

Необходимо подчеркнуть, что все перечисленные явления и тенденции происходят на фоне тяжелого социально-экономического положения, обусловленного переходным периодом к рыночным отношениям и сопряженными с этим реформами систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Решение вопросов первичной профилактики и коррекции патологических процессов у последующих поколений уходит своими корнями в проблему улучшения состояния окружающей среды.

Положение о тесной взаимосвязи состояния окружающей среды и здоровья и реальной возможности улучшения показателей здоровья населения всей страны путем общегосударственного планомерного решения экологических проблем может быть наглядно подтверждено результатами сравнительного анализа средней продолжительности жизни (одного из интегральных показателей состояния здоровья популяции) в Японии и России на протяжении 50-ти лет. Если с 40-х до 60-х годов прирост средней продолжительности жизни в обеих странах, переживших период

восстановления экономики после второй мировой войны, был примерно одинаковым, то уже в последующие годы регистрируется резкое различие анализируемых данных: в Японии к 1991 г. показатели продолжительности жизни достигают 81 года, в России — 58 лет, т.е. опускается почти до уровня, наблюдавшегося в 50-е гг. Таким образом, мы наблюдаем разительное отличие столь важного показателя национального благополучия в сравниваемых странах, равное почти 20 годам, что требует хотя бы гипотетического объяснения. С позиций медико-экологической проблематики объяснение рассматриваемого факта может заключаться в различии государственных подходов к пониманию и решению экологических проблем в указанных странах. Свидетельством тому является настойчивая и планомерная экологизация экономики, законодательства, политики, воспитания и образования в Японии, начавшаяся приблизительно в 60-е гг. и продолжающаяся до настоящего времени. И, с другой стороны, явная недооценка важности неблагоприятных экологических последствий в ходе интенсификации крупномасштабного строительства и освоения новых регионов в нашей стране.

Сказанное лишней раз подчеркивает принципиальную значимость проблемы взаимосвязи экология — здоровье, что может быть в общем виде выражено тезисом: чем в большей степени загрязнена окружающая среда, тем больше вероятность формирования экологически обусловленной патологии человека, а значит ухудшение показателей здоровья населения.

Исходя из этого, состояние здоровья населения следует расценивать в качестве важного индикатора экологического риска хозяйственной деятельности и благополучия окружающей среды конкретной территории, с одной стороны, и как лимитирующий фактор при разработке планов и стратегии социально-экономического развития крупных городов и регионов, с другой стороны.

Критически высокие уровни загрязнения окружающей среды, с одной стороны, сопровождаются истощением рекреационных возможностей экосистем, с другой — приводят к снижению надежности функционирования организма человека в неблагоприятных условиях окружающей среды, снижению его адаптивных резервов, что предрасполагает к хронизации патологических процессов и сохранению тенденций роста их распространенности среди жителей неблагоприятных в экологическом отношении городов и регионов.

§ 1.1.5. Основные направления развития социальной медицины

В последние годы выделяются следующие направления развития социальной медицины:

1. Публичная медицина. Данное направление возникло в самые последние годы как самостоятельная область социальной медицины. Публичная медицина в основном имеет дело с клиентами — юридическими лицами. Она занимается проблемами здоровья трудовых коллективов, прогнозированием и социометрикой изменений психосоматических статусов и соответственно функционирования членов трудовых коллективов. Решает задачи защиты и сохранения общественного здоровья при различных (стандартных и не стандартных) рабочих ситуациях, а также при изменениях статуса трудового коллектива. Например, при появлении в организации новых функций, должностей, увеличении или уменьшении числа сотрудников, изменении форм партнерства или смене руководства. Главная задача публичного медика — предотвратить деструкцию трудового коллектива в девиантную или делинквентную толпу. Обеспечить профилактику профессиональной деформации характеров сотрудников и здоровую моральную атмосферу в коллективе. Это касается как открытых коллективов, так и «закрытых», как государственных, так и частных.

Публичная медицина должна защищать население (отдельные группы, массы, народ) от современных способов манипулирования его сознанием и насилия (чаще всего

неосознаваемого) над личностью, которая находится в открытом или закрытом социуме. Публичная медицина прямо занимается предотвращением и погашением *современных психических эпидемий*, в какой бы сфере они ни развивались — будь то политика, идеология, религия, псевдокультура. Публичная медицина развенчивает скрытые формы пропаганды перверсных взаимоотношений, насилия, террора, мистических «ценностей» и псевдознаний, особенно направленных на дезориентацию масс в отношении *здоровья, здорового образа жизни, питания, физкультуры*. Под ее контролем находится реклама *самолечения и лечения у «колдунов» и «жрецов»*, а также *пропаганда применения ультрасовременных «лекарств», обеспечивающих продление молодости, активности, жизни*.

2. Общественная медицина. Общественные медики имеют дело с клиентами — отдельными физическими лицами. Основные причины, по которым обращаются люди к общественному врачу — *проблемы и ситуации*, которые возникли после перенесения человеком заболевания, личной трагедии, насилия, террора; для профилактики таковых путем изучения и постижения проблемы и ситуации, с которыми может столкнуться клиент; в случае неизбежных негативных изменений социальных условий, в которых он находится; в результате внутрисемейных коллизий (с детьми, родными); в результате собственного возрастного кризиса или личностной драмы; для научного прогноза наследственных заболеваний у него, его родных или детей. Общественный врач также помогает клиенту решать его любые проблемы и задачи, которые могут вызвать заболевания у него или его родственников, или снизить качество жизни. Вместе с тем, обратившись к общественному врачу, клиент также может прогнозировать и планировать изменения в сторону улучшения уровня и качества жизни. Общественный врач оказывается необходимым всегда, когда у человека резко изменяется социальный или психосоматический статус жизни, вне зависимости от причин (социальных, микросоциальных или личностных). Проблемы брака, семьи, здоровья и воспитания детей, здоровья престарелых членов семьи, отношение с родными, страдающими неизлечимыми или психическими заболеваниями; решение вопросов, связанных с изменением образа или стиля жизни, профессии или собственного психосоматического имиджа; проблемы, возникающие у клиента в связи с миграцией или эмиграцией, вынужденным переселением, — все это также находится в компетенции общественного врача.

3. Социологическая медицина. Это направление возникло как самостоятельная ветвь социальной медицины в связи с научно-практическими достижениями прежде всего в области медицины, медицинской генетики, медицинской электронной технологии. Это такие стремительно развивающиеся направления в указанных областях, как клонирование, трансплантация и имплантация органов и тканей, которые уже сегодня могут быть поставлены на конвейер; криогенизация органов, тканей и самого человека, искусственное оплодотворение, активное вмешательство в генетические программы человека и его иммунные процессы, математическое вычисление продолжительности жизни человеческого организма, того или иного его органа. Если все эти достижения современной медицины окажутся безнадзорными, то уже сегодня они смогут качественно изменить структуры современных обществ, изменив в корне фундаментальные представления человека о жизни, о себе, своих возрастных возможностях и смерти. Одно только клонирование, если станет повседневной реальностью, может полностью разрушить фундаментальные социальные структуры. Исчезнет семья. Не будет ни родителей, ни родственников, ни братьев, ни сестер, ни жен, ни мужей. Будут одни клоны. Вычисление *формулы смерти* и возможность ее изменения в желаемом направлении способны обесценить жизнь человека как таковую, разрушить все накопленные человечеством за всю его историю культурные и религиозные ценности. Можно назвать и другие достижения современной науки и техники, имеющие прямое отношение к прогрессу в медицине, чтобы прогнозировать глубинные социальные преобразования,

если не хаос. Так, трансплантация органов и тканей, изменяющая генетическую программу реципиента, порождает Франкенштейнов, которые будут порождать Франкенштейнов. Законы *рода и племени* перестанут работать.

Указанные выше и другие, подобные им, изменения в социальных структурах и в социуме глобально, которые неизбежно последуют за научно-техническим прогрессом в медицине и смежных с ней областях знания и практики, и предназначена изучать и предвидеть социологическая медицина. В конечном итоге дело касается человека, значит — его здоровья, общества, значит — и здоровья общества в целом.

С другой стороны, социологическая медицина изучает и анализирует непонятные врачам и биологам явления, такие, например, как *глобальное постарение населения и резкий рост численности страдающих (также почти глобально) болезнью Альцгеймера, вместе с ее «омоложением», заставляющий говорить о стигме Альцгеймера.*

4. Пенитенциарная медицина. Исторический опыт показывает, чем демократичнее институты власти, тем больше преступлений и преступников. Наше время, характеризующееся господством демократии в развитых странах, криминально, как никогда в истории человечества. Количество людей в тюрьмах в развитых странах увеличивается год от года в геометрической прогрессии. Так, в России к 1990 г. каждый *сотый гражданин* (с учетом младенцев и стариков) *находился в местах лишения свободы.* Отмена смертной казни в ряде могущественных государств способствует увеличению числа преступников. Это одна сторона медали. Другая сторона медали — нарастающая генетическая мутация, результатом которой является *массовое появление* лиц с социопатическими характерами, девиантными и делинквентными формами поведения. Пенитенциарная медицина занимается изучением:

- закрытых обществ — мест лишения свободы;
- врожденных преступников;
- взаимоотношений социальных факторов и психосоматической предрасположенности к агрессии и насилию;
- законов взаимоотношений и взаимосвязей лиц, находящихся в местах лишения свободы;
- законов объединения преступников в организованные группы;
- законов функционирования бандформирований;
- взаимоотношений и взаимосвязей «уставных» и «не уставных» между открытым обществом и закрытым, которым являются места лишения свободы;
- возможностей «блокирования» открытым обществом генетически предопределенных девиантных и делинквентных форм поведения;
- поиском методов дезактуализации агрессивных и насильственных тенденций у социопатической личности;
- генеалогии, географии, характерологии и этнической психологии преступной личности;
- общих закономерностей психологии преступника, социопата и личности, деятельность которой не является преступной, но выходит за рамки общепринятых норм поведения и морали.

Другими словами, речь идет об изучении генетических, психосоматических, характерологических и социальных взаимосвязей между «гением, безумием и злодейством».

5. Военная социальная медицина. Это направление возникло в связи с двумя непонятными для клинических медиков «болезнями»:

1) так называемым *синдромом «бури в пустыне»*, возникшим у военных НАТО, принимавших участие в операции под этим названием в Ираке;

2) *«балканским синдромом»*, неизвестным заболеванием, возникшим у миротворцев НАТО на Балканах (наличие слабой радиации на покрытиях снарядов ничего не объясняет, ибо симптоматика неизвестного заболевания исключает наличие

радиационной болезни). У нас также до настоящего времени есть больные, *ликвидаторы* последствий *Чернобыльской катастрофы*, у которых радиационная болезнь была исключена, тем не менее ликвидаторы продолжали болеть и становиться инвалидами. Жалобы советских «ликвидаторов» и солдат НАТО обеих кампаний чрезвычайно схожи. При отсутствии каких-либо органических поражений человек страдает, нарастают слабость, истощаемость, общее, физическое и психическое недомогание, затем полностью теряется работоспособность, резко снижается порог сопротивляемости, формируется синдром иммунодефицита неспецифического характера. Кстати, чернобыльские ликвидаторы в большинстве своем были военные. Военная социальная медицина должна изучать то, что испокон веков волновало великих полководцев, а именно:

- моральное и психофизическое состояние всех и каждого, участвующих: а) в походах; б) в боевых действиях; в) после боевых действий;

- различные параметры оценок людей и местности, где происходили боевые действия. Так, сейчас должны бы работать социальные врачи в Ираке, на Балканах и в Чечне. «Население Белграда после НАТОвских бомбардировок» — актуальнейшая тема для социальных врачей, а также и «морально-психосоматическое состояние летчиков, бомбардировавших мирный Белград». Вспомним в этой связи судьбу летчика, причастного к атомной бомбардировке Хиросимы! Современная военная практика обогащена уникальнейшим «материалом», пока закрытым для социальных врачей. Например, «загадочное» и «романтическое» убийство наследным принцем своей королевской семьи и его самоубийство. Не нужно быть военным психологом, чтобы видеть, что это произошло по законам военной операции. Точно так же можно сказать и о «выдаче» Гаагскому трибуналу бывшего президента страны. Каковы морально-психологические и социальные последствия этой акции для генофонда сербского народа и генофондов лиц, ответственных и участвовавших в этой «операции»? Сравним эти последствия, например, с судьбами потомков Отто Скорцени или Дантеса.

Военная социальная медицина находится в настоящее время в стадии становления и выработки методов исследования и помощи лицам, являющимся с точки зрения клинической медицины здоровыми, но с выраженным снижением *качества жизни* и *адаптационным синдромом*.

Глава 1.2. Истоки социальной медицины. Становление основных понятий

§ 1.2.1. Египет времён фараона Эхнатона

Хорошо известно, что Эхнатон — Аменхотеп IV (1368—1351 до н.э.) был великим реформатором не только в области религии (первый в мировой истории он пытался ввести единобожие), письменности, но и медицины. Он беспощадно боролся с мракобесием, жестоко преследовал колдунов, знахарей, магов за то, что они занимались лечением. Эхнатон возвысил врачей (эта профессия в Древнем Египте передавалась по наследству) до уровня жрецов, т.е. второго после фараонов. Напомним, что международный медицинский знак — змея, обвивающая кубок, появился при реформах Эхнатона как свидетельство равенства царя (имеющего змею в своей короне) и врача для общества. Развалины Ком-Омбо и Луксора хранят рецепты приготовления лекарств, планы хирургических операций и описания симптоматики различных телесных и душевных недугов, которые во многом не устарели и сейчас. По сути дела врач при Эхнатоне приобрел огромную социальную значимость, ибо отвечал за судьбы и здоровье сограждан. Общественное здоровье при Эхнатоне стало важнейшей государственной ценностью. Сформировались понятия «здоровье» и «болезнь», лишённые всякого мистического смысла.

До реформ Эхнатона древние египтяне собственно не имели представлений ни о здоровье, ни о болезнях, ни о страданиях. Конечно же, они при всем при том и болели, и страдали, и получали увечья и знали, что вредно, а что полезно для их организма. Просто все это осмысливалось совсем в иных категориях. Основные источники о древнеегипетской культуре и цивилизации (кроме пирамид и храмов) — «Тексты пирамид», «Заупокойные ритуалы царей», вырезанные на стенах внутренних помещений пирамид, «тексты саркофагов», сохранившиеся на саркофагах, и «Книга мертвых» — опять же сборники заупокойных текстов. Из них можно почерпнуть сведения, как представляли себе древние египтяне все то, что потом (со времен эхнатоновских реформ) стали называть здоровьем и болезнями. Даже само понятие «боль» возникло при Эхнатоне. Так вот, боль, болезнь, травма, уносящие трудоспособность, душевное страдание и т.п., — все это были ступени в царство Осириса.

Поэтому только служители культа подземного бога могли помочь человеку в преодолении недугов, т.е. замедлить его движение по ступеням смерти, или, путем колдовских чар и заклинаний, остановить человека на той или иной ступени. Даже профессиональные врачи (профессия врача сложилась в древнем Египте и соседних к нему государствах около 3 тыс. лет назад!) вынуждены были овладевать и смежным ремеслом колдуна или мага, ибо в противном случае им просто бы не доверяли. До Эхнатона врачевание было колдовским делом.

Конечно же, социальные функции врача и колдуна были поделены и в доэхнатоновское время. Но те и другие, врачи и колдуны, занимались конкретными людьми и их здоровьем и болезнями. Общественным здоровьем занимались жрецы — первые «социальные медики» в истории человечества. Они всегда имели дело с людскими массами, умело ими манипулируя. Эхнатон лишил их такой общественной значимости. Социальные функции радетелей человеческого здоровья (как общественного, так и индивидуального) он отдал врачам. Кстати, жрецов он лишил и возможности манипулирования общественным сознанием через веру, запретив поклонение всем богам и божкам и прежде всего богу колдунов и магов Осирису (жрецам он запретил поклоняться Амону). Разрушив храмы Амона и Осириса, он построил храм Солнцу — Ахетатон (ныне развалины Телль-эль-Амарны). Свои реформы он воспел в собственно сочиненных «Молитвах Солнцу» и «Книгах Дуаты».

Врачи древнего Египта отлично знали анатомию человека и клинику многих заболеваний. Они различали *врожденные* и *приобретенные* болезни. Так, скульптура отображает болезнь вен левой голени фараона Рамсеса II и следы хирургических вмешательств, что подтвердилось при изучении его мумии. Там же стоит и колосс самого Эхнатона — мужчины с женскими животом и бедрами. В Египте и в наши дни можно на каждом углу купить каменную голову Эхнатона — огромный череп из-за непомерно больших теменных костей. Так медики отблагодарили своего покровителя, донеся до потомков особенности его болезни (череп «штеттинского ткача» и атрофию яичек), имеющей, как показала история правления этого фараона, большие социальные последствия.

Во времена смуты после смерти фараона все вернулось на круги своя. Врачи, последователи Эхнатона, подверглись гонениям и в своей деятельности должны были вновь подчиняться жрецам — служителям колдовских храмов Тот, Сохмета, Исиды, Имхотепа (это боги из окружения Осириса, покровительствующие целителям-магам). Должно было пройти около тысячи лет, чтобы в соседней с Египтом Греции родился человек, поднявший медицину из положения культовой служительницы до уровня важнейшей государственной дисциплины.

§ 1.2.2. Гиппократ как социальный врач

Любой современный врач знает о Гиппократе (460— 370 до н.э.) хотя бы четыре вещи: 1) клятву Гиппократа, 2) маску Гиппократа (выражение лица при сердечно-легочной недостаточности), 3) шапку Гиппократа (повязку, которая накладывается на голову при травмах черепа), 4) темпераменты Гиппократа (сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик).

Гиппократ поклонялся одному Богу — Асклепию (римский Эскулап). Это от него пошло называть врачей «асклепииды» (эскулапы). Жил Гиппократ в интересное время, во многом напоминающее наше. Ему было 30 лет, когда началась Пелопонесская война, в которой победила Спарта. Самый активный период деятельности Гиппократа совпадает с расцветом Лакедемона. Гиппократ умирает в возрасте 90 лет, и вслед за ним уходит в небытие величие Спарты после ее поражения в войне с Фивами. Он никогда не был в Спарте. Но именно государственный опыт Лакедемона, особенно, что касалось общественного здоровья, двусмысленного положения врача в Спарте, и великого, и опасного одновременно, тщательно изучался Гиппократом... Он имел оппонентов как бы с двух противоположных сторон: оттуда, из древнего Египта, где врачи оставались по сути дела служителями культа Осириса — бога смерти. И со стороны могущественной и здоровой Спарты, где болезни, как и уродства, считались самым постыдным делом. Остановимся и мы на спартанском опыте оздоровления государства и народа несколько подробнее.

§ 1.2.3. Милосердие по-спартански

«Милосердие по-спартански» реже употребляется в современном мире, чем, например, «спартанский образ жизни». Хотя в эпоху завоевания Европы галлами, во времена правления Фридриха II, Бисмарка, и, наконец, в гитлеровской Германии, «милосердие по-спартански» было каноном для врачей в их профессиональной деятельности.

Врачи в Спарте еще со времен ее основателя Ликурга были самой почитаемой кастой. Они относились к эфорам, в худшем случае к герусиям, т.е. к высшим государственным чиновникам. Сначала совет герусиев принимал решение — оставлять в живых того или иного больного, новорожденного, его родителей (когда рождался слабый или недоношенный ребенок) или старика или «помогать» им умереть: смерть всегда предпочиталась в Спарте болезни и немощи. Известно, что всех неполноценных спартанцы сбрасывали со скалы. Это решение герусиев утверждали эфоры — последняя инстанция, выше самих царей. Социальное положение при этом не принималось во внимание: со скалы мог быть сброшен как последний заболевший илот, так и оказавшийся нездоровым царь. Это и было «милосердие по-спартански», проявляемое врачами Спарты к своим немощным гражданам. Забегая вперед, скажем: эвтаназия, о которой так горячо спорят во всех развитых странах в наше время — оттуда, из Спарты!

Гиппократ, провозгласивший, что *«Асклепий сильнее смерти»*, ответил тем самым своим оппонентам из древнего прошлого. Кстати, от Гиппократа пошло, что врач должен бороться за жизнь пациента до последнего, фактически до явных признаков биологической смерти — трупных пятен. Он отверг с негодованием само понятие «несовместимые с жизнью повреждения» (болезни) и тем самым резко отмежевался от спартанских врачей. Из опыта спартанских врачей он заимствовал пропаганду здорового образа жизни и требовал соблюдения всех правил здорового образа жизни (умеренность в еде и половой жизни, ежедневные физические упражнения, ежедневные умственные нагрузки, воздержание от *употребления* алкоголя и наркотизирующих веществ, веселые еженедельные танцы и др.). В своей жизни он строго следовал этим принципам, а к врачам, их не соблюдавшим, обращался так: «Ты врачевать собрался род людской, а сам покрыт вонючею паршой!»

Гиппократ по праву считается отцом социальной медицины еще и потому, что он мужественно и решительно повел борьбу с двумя страшными социальными пороками, которые, заметим, вытекали из народных культурных традиций. Он объявил войну двум самым могущественным богам Древней Греции — Аполлону и Дионису (и его близкому другу Вакху). Дело в том, что культы Аполлона, которым поклонялась большая часть Греции, переросли из полезного занятия физкультурой и спортом в абсурдное и бесполезное наращивание мышц, часто в результате не физических упражнений, а применения специальных настоев из трав и вытяжек из внутренностей животных, т.е. с применением древних аналогов современных анаболиков. Именно тогда был брошен ничем не обоснованный лозунг, достигший наших дней: «в здоровом теле здоровый дух».

Другая часть греческой молодежи ударилась в противоположную крайность. Выбрав своими богами Диониса и Вакха, она тратила свою молодость и здоровье, предаваясь вакханалиям — необузданному пьянству, употреблению наркотических травяных настоев и беспорядочному, часто перверсному сексу. Гиппократ первым из врачей встал на пути этих по истине катастрофических социальных бедствий. В настоящее время, в нашем цивилизованном мире, предостаточно последователей как Аполлона, так и Диониса и Вакха.

Апологет Гиппократа Асклепиад, родившийся через два поколения, пытался смягчить спартанскую суровость некоторых медико-социальных взглядов своего учителя. К гиппократовским заповедям он добавил: «*лечить надежно, скоро и приятно*». Но это почему-то не вошло в клятву врачей всех времен и народов, живших после Гиппократа. Кстати, его авторство этой клятвы многими оспаривается.

В год смерти Гиппократа родился Теофраст — друг, последователь и ученик Аристотеля, прославившийся как крупнейший представитель *перипатетической школы*. Нам он здесь интересен тем, что разработал 30 характерологических типов (на основании гиппократовских темпераментов и представлений об этосе человека). Напомним, что «этос» (по-гречески — обычай, нрав, характер) — совокупность стабильных (врожденных) черт индивидуального характера. Еще древние греки понимали, что «характер — это судьба человека». Все «характеры», описанные Теофрастом, присущи людям *с отклоняющимся* от нормы поведением. Таким образом, он впервые поднял очень важную и для современной социальной медицины *проблему девиантного и делинквентного поведения*. У Теофраста потом было много подражателей. Именно «Нравственные характеры» принесли ему всемирную славу. Даже Аристотель не остался равнодушным к тому, что сделал его ученик и друг. Опираясь на понятие «этос», он создал совершенно новую отрасль философского знания — *этику*.

§ 1.2.4. Правление халифов: Ибн Сина (Авиценна) как социальный врач

История цивилизованного человечества не знает другой формы правления, при которой так высоки были бы социальная значимость и положение врача в обществе, как при халифате. Халифат установлен был и в некоторых странах Западной Европы в результате арабских завоеваний в VII—IX вв. Просуществовал он до 1924 г., когда был свергнут в последней стране — Турции. Ибн Сина (Авиценна для Запада) жил и творил при халифате, был придворным лекарем и визиром при нескольких халифах. Он родился в 980 г. близ Бухары, умер в 1037 г. Много путешествовал по всему миру — от Китая, Японии и Индии до Англии и Испании. Главным его интересом и занятием всей жизни была, конечно, медицина, хотя он был и выдающимся математиком, и физиком, и философом, и литератором, и государственным деятелем. Основной свой труд — «Энциклопедию» — он назвал *книгой исцеления*, хотя в ней нет ни одного раздела по медицине (она включает следующие разделы: 1) Логика, 2) Физика, 3) Математика, 4) Метафизика). А вот обобщение своей врачебной практики и опыта медиков стран, где он бывал, Ибн Сина включил в «Канон врачебной науки», создав *первую в истории*

медицинскую энциклопедию, которая сразу стала пользоваться огромной популярностью во всем цивилизованном мире. «Медицинская энциклопедия» Авиценны переводилась на латинский язык 30 раз. На русский язык она впервые была переведена в 1954—1960 гг. Со времени появления «Канона» медицина стала *единой, традиционной и научной дисциплиной*. Ибо в каноне объединены знания в области медицины и практические рецепты лечения различных заболеваний, во-первых, стран Севера и Юга, Запада и Востока, а во-вторых, что важно знать современным «целителям», исчезло деление медицины на собственно *научную* и *традиционно-народную*. Все, что было ценного в медицине разных народов, от малых до великих, было включено в единый канон. Со времен Авиценны все последующие великие деятели медицины бережно сохраняли и пополняли запасы медицинских знаний, откуда бы они ни черпались. Современные попытки различных спекулянтов вокруг страданий и болезней человека, провозглашающих себя «народными, традиционными целителями», игнорирующими медицинские знания, являются несостоятельными, а по сути дела — обыкновенным шарлатанством, тянущим корни свои от магов, жрецов и целителей фараоновского Египта.

Нельзя понять разделы «Медицинской энциклопедии» Авиценны без «Нравственных характеров» Теофраста и «Этики» Аристотеля. Именно на них базируются все социально-медицинские воззрения Ибн Сины. Он ввел в научный и врачебный обиход представления о медицинской этике и деонтологии (от греческого «деос» — долг). Они являются важнейшими составными частями современной социальной медицины.

Врачи задолго до Ибн Сины добились самого высокого положения при дворе халифов. Они отвечали не только за здоровье нации и самих халифов, но и решали множество социально значимых задач. Любой военный поход планировался и под эгидой врачей. Они должны были внести в военный план как минимум следующие разделы: 1. Физическое и нравственное состояние войска. 2. Гигиена воинов и живности (лошадей, верблюдов, коров, птицы и т.д.). 3. Половое (сексуальное) обеспечение воинов. 4. Рацион войска. 5. Медицинское обеспечение раненых. 6. Профилактика эпидемий среди воинов. 7. Природно-климатические условия местности, куда отправляется войско. 8. Санитарно-эпидемиологическое состояние населения, которое завоевывалось. 9. Последствия (природные, эпидемиологические, социальные, медицинские) военных действий и др. Кстати, последнему пункту особое значение придавал и Наполеон, написав соответствующий раздел в своей «Военной тактике и политике».

Таким образом, врачи времен халифов порой решали судьбы стран и народов, запрещая по тем или иным медицинским показаниям идти в поход. Они являются первыми *военными социальными врачами*.

Но они управляли судьбами и отдельных людей — от халифов до простых смертных: кому, когда и на ком жениться; что следует делать, а от чего нужно воздержаться во имя здоровья (которое в халифате было, как и у спартанцев, важнейшей государственной ценностью).

Врачи времен халифов были и нравственными судьями. Нравственная чистота и жизнь по совести считались неперемными атрибутами здорового образа жизни. Ибн Сина впервые одел медицинских работников в белые халаты, в одежду, которую разрешалось носить только самим халифам! «Белый халат» — символ чистоты и незапятнанности (кстати, слово «халат» происходит от слова «халиф») — стал знаком медицинского работника.

Итак, мы заканчиваем исторический экскурс социальной медицины разбором указанных периодов. Почему? Ведь медицина не стояла на месте и, естественно, развивалась вместе с цивилизацией и культурой. Были средние века. Была эпоха Возрождения. Можно перечислить много славных деятелей из истории медицины, сыгравших значительные роли и в становлении институтов социальной медицины, в том числе и наших, отечественных... Мы остановились на этих этапах потому, что все

основные понятия, которыми оперирует и ныне медицина (*жизнь, смерть, умирание, боль, болезнь, инвалид, врожденный, приобретенный, страдание, переживание, лечение, лекарство, операция* и т.д.) и все основные медицинские каноны (как чисто профессиональные, так и этико-деонтологические) были заложены и сформировались в эти времена. И только в наше время, прямо на наших глазах они радикально меняются. Благодаря достижениям научно-технического прогресса (назовем здесь лишь *клонирование* и *производство искусственных органов*) фундаментальные представления всех времен и народов о жизни и смерти оказываются устаревшими... И многое другое, очевидное и понятное для врачей, катастрофически теряет свой смысл.

Мы указали эти периоды в истории человечества еще и для того, чтобы четко определить роль и место социальной медицины в современном обществе.

Глава 1.3. Медицина и общество XX-го века. Предпосылки и основания возникновения социальной медицины как самостоятельного общественно-научного института

§ 1.3.1. Революции и войны: социальные последствия

В 1918 г. перестали существовать четыре великих империи — Германия, Австро-Венгрия, Оттоманская империя и Российская. В результате войн и революций всегда меняется политическая карта мира. Новые режимы власти соответствуют новым социально-экономическим условиям. Но не это, собственно, является предметом и интересом социальной медицины. Она (в лице медиков, занимающихся общественными последствиями социальных катаклизмов) имеет дело с более прозаичными и мирскими вещами.

Со времен великих походов на иноверцев и завоеваний чужих земель всегда возникали такие страшные явления, как разруха, голод, человеческие жертвы (огромные массы физически, психически и морально искалеченных людей), потеря крова, трудоспособности или трудовой востребованности и многое другое. По миру начинали гулять не только толпы обездоленных людей, но и инфекционные и психические эпидемии. Разруха касалась идеологии и нравственности. Резко изменялась демографическая картина населения, где прошла «чума» войны или революции: падала кривая рождаемости, поднималась — смертности, сокращалась длительность жизни. Короче, осуществлялся жестокий естественный отбор: люди не жили, а выживали.

В таких условиях любая конкретная медицинская проблема оказывалась социально отягощенной. Всякий больной, будь он терапевтическим, инфекционным, хирургическим, будь то беременная женщина, собирающаяся родить, или молодая женщина, в результате перенесенных стрессов и насилия над личностью потерявшая способность к деторождению, — это социальная проблема! Самое страшное, что приносят войны и революции с собой, — это разрушение социально-психологической защиты и населения в целом, и конкретных людей, в частности. Порог иммунозащитных механизмов резко снижается. Бытовые инфекции и инактивные факторы становятся чрезвычайно вирулентными для физически, психически и морально ослабленных людей.

Первыми военными экологами, как указано выше, были халифские медики и Наполеон (последний всегда обдумывал, где он будет хоронить своих и побежденных павших воинов), но им и в голову не могло прийти, с какими проблемами столкнутся их далекие потомки-коллеги...

Войны в XX в. впервые явили миру оружие массового поражения, вызывающее массовые заболевания, распространяющиеся как эпидемии. После сражений Первой мировой войны это заболевания от примененных в качестве оружия отравляющих веществ. С медико-социальными последствиями использования ядерного оружия человечество не может справиться со времен Второй мировой войны. В наше время

используются противопехотные мины (неслучайно движение против использования именно этого оружия имеет широкий общественный резонанс) и «неясный» биологический, а вернее, психологический фактор, оказавший серьезные болезненные последствия на участников «бури в пустыне» (во время войны мирового сообщества с Ираком) и тождественный с ним фактор «миротворцев» на Балканах. Мы еще не все знаем о последствиях применения ДДТ американцами во время войны во Вьетнаме (были высыпаны сотни тонн этого вещества на огромные зеленые массивы). Это о прошедших войнах и революциях и их основных «ближайших» последствиях, составляющих различные точки приложения для социальной медицины.

Есть и отдаленные последствия, время проявления которых трудно или даже невозможно предсказать. Это осуществляемые словно по закону кармы, социальные факторы, закрепляемые биологически, т.е. формирующие генофонд... Речь идет о *вырождении*, или, говоря современным научным языком, о мутации всего живого и растительного как следствии социальных катаклизмов.

Мы назвали лишь основные аспекты медико-социальных проблем, возникающих в результате революций и войн. К ним, безусловно, нужно отнести чисто нравственные и правовые аспекты, предполагающие *общие проблемы социальной медицины и этики* (например, права человека), *социальной медицины и пенитенциарной социологии* (речь идет о всплеске массовой преступности, как результате социальных катаклизмов), *социальной медицины и социальной психологии* (как быть, например, с всеобщими комплексами неполноценности побежденного народа и комплексом вины, даже если таковая не осознается, народа-победителя?), Здесь нужно назвать и такую огромную проблему для социальной медицины, как *миграция (беженцы и вынужденные переселенцы}*.

§ 1.3.2. Взгляды Карла Ясперса — одного из основоположников методологии социальной медицины

Когда К. Ясперс, будучи ассистентом психиатрической клиники в Гейдельберге, писал «Общую психопатологию», которая принесла ему всемирную известность, утонул «Титаник». Это можно считать символом того, что скоро произойдет со «старой Европой»: непотопляемая и роскошная, уверенно направляющаяся на встречу с США, она (в образе «Титаника») никогда не доплывет до порта назначения.

«Общая психопатология» была опубликована в 1913 г. как учебник по психиатрии для студентов. Закончив ее, Ясперс сложился не только как клиницист-психиатр, но и как философ. Он, конечно, не исчерпал себя как врач-практик и теоретик, но в 1915 г. отошел от медицинской деятельности. В 1919 г. он заканчивает «Психологию мировоззрений», которая принесла ему славу теперь уже философа (хотя он сам не считал себя таковым и заменял свою «философию» на «философичность»). В последующие годы, после завершения «Общей психопатологии», Ясперс отдает дань проблеме «гений и безумие» и выпускает в свет блестящие работы «А. Стринберг и В. Ван Гог» (1922) и «Ницше» (1936). К нашумевшим работам К. Ясперса нужно отнести также трактат «О немецкой вине» (1946). Кроме этого, было еще множество различных публикаций и выступлений Ясперса, которые продолжали работать на его имидж философа-экзистенциалиста. Но он был и оставался всегда прежде всего врачом.

Всего при жизни Ясперса вышло семь изданий «Общей психопатологии». В первых четырех изданиях много «философичности», особенно когда автор вынужден обращаться к *социальным* аспектам медицины. Но вот главы 10 («Наследственность») и 14 («Биографика») выводят Ясперса на новые для него позиции — *социального медика*. Он пишет разделы, значение которых не устарело и ныне для социальной медицины. А именно: «Наследственность как фундаментальный факт бытия», «Применение генетики в психопатологии», «Исследование по близнецам» (намного опередив время и споры по

актуальнейшей ныне проблеме *клонирования*). Часть 5 книги неоднократно им переписывалась. Только в седьмом издании появился окончательный вариант, в котором Ясперс выступает как сформировавшийся социальный медик. Это: «Большая душа в обществе и истории», в которой он вновь поднимает тему *вырождения*, но уже как социальный врач, и предлагает свое решение проблемы (см. раздел «Современный мир и проблема вырождения»). В части 6 «Человек как целое» он дописывает раздел «Социальная организация психотерапии», опять же намного опережая свое время. Например, в нашей стране соответствующий Приказ Министерства здравоохранения РФ вышел лишь в конце 1997 г.!

К. Ясперс — первый в истории социальной медицины XX в. психиатр, внесший в развитие и становление ее предмета (определяя его содержание) значительный вклад. Это не случайно, ибо социальная медицина вышла из практического решения задач, которые возникали при философских проблемах медицины в силу ее особой общественной значимости. Ясперс лечил больных и осмысливал клинические феномены болезней, как *способы выживания*, т.е. философски. Следуя конкретной истине, критерием которой для врача является выздоровление его пациента, он вынужден был, во-первых, обращаться к социальным предпосылкам заболеваний, в том числе и наследственным, а во-вторых, учитывать социальные последствия заболеваний. Как философ, за каждым конкретным заболеванием он видел его социальные истоки и место в целостной картине общественного здоровья. Жил и работал он в периоды социальных потрясений и катастроф: революций и войн. Это было также время, когда на передний план выходил новый мощный социальный фактор — *научно-технический прогресс*.

К. Ясперса по праву можно считать первым врачом, положившим начало исследованиям таких важных аспектов социальной медицины, как «деонтология и здоровье общества», «жизнь как деос», «болезнь как способ выживания». «Общая психопатология», если ее прочитать под углом *философии выживания*, есть не что иное, как энциклопедия стереотипов поведения человека (не только психических, но и соматических) *в экстремальных условиях*. Это, подчеркиваем, не случайно, ибо Ясперс был врачом-философом и работал во время тотальной «перестройки» мира. Как научный провидец, Ясперс предсказал и обозначил многие основные направления дальнейшего развития социальной медицины, такие, например, как социогенетическая проблема, психогенетическая проблема и, наконец, проблема четко обозначенная Пушкиным: *гений, безумие и злодейство*. Тем самым К. Ясперс очертил контуры *пенитенциарной социальной медицины*.

§ 1.3.3. "Социальная гигиена" А. Гротьяна и "советская гигиена" Н.А. Семашко. П.Б. Ганнушкин: концепция советской репрессивной медицины

Рядом с Ясперсом можно поставить только одного врача, так остро понимающего необходимость новых подходов к традиционной клинической медицине, — его сородича и современника Альфреда Гротьяна. Коллега Ясперса подходил к осознанию необходимости новой отрасли медицинского знания и практики совершенно с иных, чем Ясперс, позиций.

А. Гротьян родился в 1869 г. Сын и внук врача, одновременно с медициной он изучал социологию, политэкономия, социальную экономию. Работая в Берлине в должности врача-ординатора неврологической поликлиники, он приобрел популярность как видный политэконом, участвуя в политических дебатах и будучи активным членом политико-экономических семинаров Г. Шмоллера. Вскоре он становится пионером нового течения врачебно-гигиенической мысли Германии. Напомним, что «гигиена» по-гречески означает «здоровье» (точно так же, как по-латыни «санитария»).

А. Гротьян боролся за оздоровление общества, понимая проблему в самом широком смысле слова. Он боролся, с одной стороны, против господствующей

узколабораторной экспериментально-бактериологической школы, а с другой — против клинической медицины с ее основными принципами: *больной—синдром, койка-дни*, т.е. против узкого *клиницизма*. Гротьян хочет поставить науку о здоровье на основания социологии, социальной и политической экономии. Свои научные взгляды он публикует в монографии «Социальная патология», которую по праву можно считать *первым учебником по социальной медицине XX столетия*. В этой книге Гротьян пересматривает основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей общественной борьбы с ними. Кроме того, свои воззрения он широко публикует во множестве статей и журналов, выходящих на всех европейских языках, в том числе, и на русском. С 1920 г. он успешно формирует *социальную гигиену* как новую дисциплину и становится первым в Германии профессором социальной гигиены в Берлинском университете. Последние годы жизни его научные интересы были прикованы к рождаемости и к *евгенике*. Он был сторонником *рационализации размножения* человека. (На этом пути он видел успехи борьбы с наследственными заболеваниями.) Как и Ясперс, Гротьян занимался политикой и был депутатом рейхстага в 1920—1924 гг. Меньше всего А. Гротьян думал, что социальная гигиена может превратиться в узкую область медицинского знания, оторвется от клинической медицины и вместо того чтобы заниматься проблемами «здоровья», будет заниматься *оздоровлением среды*, — очень смутным и неясным делом. «Санитарный врач», «врач-гигиенист» — ныне узкие медицинские специальности. Не будем здесь раскрывать эти понятия, ибо они общеизвестны. Укажем лишь на то, что в западных развитых странах санитарный врач или гигиенист, решая свои задачи, вносит посильный вклад и в оздоровление общества. Но лишь постольку, поскольку его область является малой частью социальной медицины. В нашей же стране до недавнего времени *социальная гигиена* являлась теоретической и практической основой организации здравоохранения. И не последнюю роль в таком положении дел сыграл в свое время Н. А. Семашко.

Николай Александрович Семашко (1874—1949) вошел в историю Советского государства прежде всего как выдающийся государственный и партийный деятель. Участник революций 1905—1906 гг. и Октябрьской, по образованию врач, с 1918 г. он — нарком здравоохранения РСФСР. Под его руководством, согласно декретам партии и правительства, осуществлялось строительство советского здравоохранения. В 1922 г. по инициативе и под руководством Н. А. Семашко на медицинском факультете 1-го Московского университета была организована кафедра социальной гигиены. (Подобную кафедру во 2-м Московском университете в 1923 г. организовал и возглавил З. П. Соловьев, единомышленник и соратник Семашко). С 1927 по 1936 гг. под руководством Н. А. Семашко вышли 35 томов Большой медицинской энциклопедии.

Как врач-организатор, Семашко проявил себя безукоризненно в решении наисложнейших медицинских задач и в период гражданской войны, и в последующие за ней годы разрухи. Будучи убежденным большевиком, он прочно стоял на платформе марксистско-ленинско-сталинской идеологии и проводил реформы здравоохранения. Здесь не место подвергать подробному анализу деятельность Н. А. Семашко. Отметим лишь то, что прямо имеет отношение к проблеме социальной медицины: *в фундамент советского здравоохранения не было заложено ни одного камня для ее появления, даже в отдаленном будущем!* Да, задачи того времени были выполнены: победила Советская власть, а «не вши» (перефразируя слова Ленина). За год «железный Феликс» гениально справился с детской беспризорностью. Кстати, организованная под его руководством в 1921 г. Комиссия по улучшению жизни детей при ВЦИК разработала «Программу», которая потом легла в основу многих подобных «Программ», потребность в которых возникла в странах Европы, США, Японии, Канады и других стран после Второй мировой войны.

Но Семашко искренне считал, что болезни (не только инфекционные, но и сердечно-сосудистые, нервно-психические, да и все другие) есть пережиток прошлого

государственного строя. Следовательно, при коммунизме их не будет. *Коммунистическое общество есть общество здоровых людей.* Улучшением условий труда и быта, развитием гигиены, как науки о чистоте, полноценным питанием, физкультурой можно решить в советском обществе все медицинские проблемы!

Из этой внешне простой концепции с железной логической последовательностью вытекало *представление о болезни, как преступлении* (в широком, конечно, смысле) *перед обществом. Больной же становился в один ряд с преступниками.* Именно отсюда, из этих логических предпосылок, лечение принимало форму *репрессивных, принудительных мер.* Вылечившись, словно отбыв срок за преступление, больной должен был еще и реабилитировать себя перед обществом, доказать свою физическую и психическую лояльность режиму. Инвалид, потерявший руку или ногу, память или способность абстрактно мыслить, вынужден был реабилитировать себя всю свою оставшуюся жизнь.

Так как понятие «реабилитация» функционирует и в современном медицинском сознании и чрезвычайно живуче, остановимся на нем несколько подробнее.

Лат. **rehabilitatio** — восстановление в правах. Впервые термин применен спартанским царем Ликургом к лицам, совершившим преступление, которые, отбыв наказание, должны были после этого себя реабилитировать, ибо преступление влекло не только наказание, но и гражданскую смерть. В этом же смысле реабилитация включена в «Кодекс Юстиниана». В царской России гражданской смерти подвергались преступники только один раз. А именно, Николай I объявил декабристов «гражданскими мертвецами», они лишались даже своего имени, а их женам разрешалось вступать в новый брак. Александр II реабилитировал декабристов, восстановив их в правах. По советскому законодательству реабилитация могла быть осуществлена только по решению суда и имела единственный смысл оправдание человека, осужденного незаконно или по ошибке, не совершавшего преступления. В ряде современных стран «бывшие» преступники проходят «наблюдательный период», который называется реабилитацией. Если за это время бывший преступник не совершает нового преступления, он считается реабилитированным. Хотя при этом осужденные преступники не подвергаются гражданской смерти.

Под «реабилитацией» нет никакого научного и практического медицинского смысла. А с точки зрения медицинской этики и деонтологии, применять термин «реабилитация» к перенесшим болезнь или к инвалидам — *безнравственно.* В ряде западных стран «реабилитации» подвергаются больные, страдающие алкоголизмом и наркоманией. Но и в этих случаях «реабилитация» — весьма сомнительный и условный термин. Подавляющее большинство современных стран отказалось от «медицинской реабилитации», заменив этот термин понятием *качество жизни.* Понятие «реабилитация» имеет смысл только в контексте понятия «репрессия». В медицине реабилитация выражает ее репрессивные тенденции.

Н.А. Семашко имел серьезного оппонента в лице Альфреда Гротьяна, с которым воевал и с научной кафедры, и принимая государственные решения по тем или иным проблемам советского здравоохранения. Но задолго до немца Гротьяна был француз *Жан Этьен Доминик Эскироль* (1772—1840), посвятивший всю свою врачебную и общественную деятельность освобождению больных от «принудительного» лечения, а медицину — от репрессивных мер.

Репрессивные тенденции в современной медицине принимают самые неожиданные формы. Например, человека, решившего покончить жизнь самоубийством, априори посчитают больным. Суицидальные тенденции у человека — признак для обязательного принудительного лечения. Человека в состоянии клинической смерти или агонии, даже если они наступают естественным путем, в цивилизованных странах непременно будут «спасать», подключив к мониторам и искусственным органам.

Петр Борисович Ганнушкин (1875—1933) вошел в историю благодаря многим деяниям, условно совместимым с общественным статусом врача. Он считается

основателем *научной психиатрии*. Для этого ему нужно было как-то дискредитировать корифея отечественной психиатрии, классика с мировым именем и действительного основоположника московской научной психиатрической школы Сергея Сергеевича Корсакова (1854—1900). Дружба с А.В. Луначарским, Я.М. Свердловым, Ф.Э. Держинским, общие дела с ними морально и фактически помогли Ганнушкину в этом. До его «научных установок» весь неприкаянный московский люд (бомжи, калеки, юродивые — «людишки» — любимое выражение Петра Борисовича — которые по тем или иным мелким причинам были не в ладах с советским законом) находил приют в сохранившихся московских и подмосковных храмах. Благодаря «научным установкам» красного профессора и его договоренностям со служителями храмов и компетентными органами все они в одну ночь были собраны и выселены из Москвы за 101-й километр. Так, в частности, образовался мегаполис для «психически неполноценных» (тоже выражение Ганнушкина) — ныне всемирно известная крупнейшая в России психиатрическая больница им. В.П. Яковенко. Этой общественно полезной акцией он приобрел себе звание «социального психиатра». Ганнушкин полагал, что психиатрия в классовом обществе, особенно во время жесточайшей классовой борьбы не может не быть репрессивной.

Лица, которые вели антисоветскую пропаганду и агитацию, распространяли заведомо ложные измышления, порочащие государственный и общественный строй, были отнесены им к так называемым «пограничным характерам» и поэтому (т.е. сугубо якобы по психическому статусу) могли быть госпитализированы принудительно в психиатрические больницы по решению: 1) судов и 2) несудебных органов (ВЧК, ГПУ-ОГПУ, УНКВД-НКВД, МГБ, МВД) «на лечение».

П.Б. Ганнушкин разработал основные положения *пограничной* психиатрии в непримиримой борьбе не только с С.С. Корсаковым, но и с выщажившимися немецкими психиатрами Е. Блейером, Э. Крепелиным, З. Фрейдом, Э. Креч-мером. Он написал действительно блестящую брошюру «*Психастенический и эпилептоидный характеры*» (последний в связи со «сладострастием»). Если бы не политико-репрессивные выводы из этих литературно-научных трудов, воплощенные его соратниками и последователями в жизнь! Он породил целую плеяду посредственностей, занявших кафедры психиатрии в стране. Насколько от него зависела психиатрическая политика в стране, достаточно проиллюстрировать лишь одним примером. Так, согласно статистике Института судебной психиатрии им. В.П. Сербского, «процент психопатов» (по классификации Ганнушкина), *признанных невременными*, был в 1922 г. 46,5. После смерти Ганнушкина, в 1935 г. — 3!

И еще. П.Б. Ганнушкин, как воинствующий психиатр-марксист, отличался непримиримой борьбой с соотечественниками — коллегами, которые работали на одном с ним поприще. Он в корне уничтожил всех, кто пытался заниматься психологией и психотерапией. Общеизвестны его нападки на Владимира Михайловича Бехтерева. В Юрьеве работал психиатр Владимир Михайлович Чиж, написавший блестящие книги (все они переведены на многие европейские языки), такие, как «Судебная психиатрия», «Учебник по психиатрии», статьи «Достоевский как психопатолог», «Гоголь как психопатолог», «Пушкин как идеал психического здоровья» и др. В своей стране он был мало известен благодаря всевидящему оку надзирателя Ганнушкина.

На совести П.Б. Ганнушкина много темных и нехороших дел. Он «похоронил» живо научные исследования, проводимые в СССР под руководством И.Б. Галанта и Г.И. Сегалина по *патографии* и *патобиографии* великих людей всех времен и народов. С 1923 по 1926 гг. издавался в Москве, Ленинграде и Свердловске журнал «Клинический Архив гениальности и одаренности (эвропатология)», в который материалы для статей о себе дали М.А. Булгаков, М. Горький и даже Сталин. Напомним, что этой проблемой социальной медицины занимались все ведущие специалисты начала XX столетия, в том числе К. Ясперс и А. Гротьян.

Есть все основания утверждать (см., в частности, *Черносвитов Е.В.* Еще раз о смерти Сергея Есенина. Раздумья врача и философа. //Ветеран. — 1990. — №4), что если

Есенина довели до самоубийства, то большую лепту в это дело внес именно Ит.Б. Ганнушкин. Он трижды *превентивно* (понимай, принудительно!) *госпитализирует* Есенина в свою клинику, всякий раз под предлогом, что спасает его от тюрьмы. Всякий раз, словно забывая предыдущие госпитализации, он выставляет Есенину иные психиатрические диагнозы («эпилепсия», «психопатия возбудимого круга», «маниакально-депрессивный психоз»). Есенин, написав в палате психиатрической больницы «Клен ты мой, опавший», убегает в Ленинград и его находят повешенным в «Англетере».

П.Б. Ганнушкин, как и Н.А. Семашко, представлял собой лицо советского здравоохранения на ранних его этапах. С годами это «лицо» мало изменялось, разве что дряхлело, пока не исчезло в небытие вместе с государственной системой. Конечно, в СССР были хорошие психиатрические школы (в том числе Московская и Ленинградская), это признавалось во всем мире. Но *социальные нужды и проблемы пациентов* решались нашими психиатрами и врачами других специальностей, например венерологами, фтизиатрами, как *политические и идеологические задачи*. Если бы не это, возможно бы *общественное здоровье* (физическое, психическое, нравственное) в нашей стране не было бы сейчас, в начале нового века и нового тысячелетия, *под угрозой*. А социальная медицина появилась бы в нашей стране намного раньше, чем в Англии, учитывая громадный общественный опыт и знания наших земских врачей и корифеев отечественной медицины — С.П. Боткина, Н.Н. Баженова, В.М. Бехтерева, Г.А. Захарьина, Н.И. Пирогова, А.П. Чехова, В.Ф. Чижка и др.

§ 1.3.4. Дж. Райл и первый Институт социальной медицины в XX веке

Продолжим рассмотрение состояния и развития медицины и общества в XX столетии. На Западе возникает первый в мире Институт социальной медицины в Англии. В СССР развивается и функционирует здравоохранение, представляющее репрессивную медицину. Стремительно развивается социальная медицина в капиталистических странах после Второй мировой войны. В СССР — неизбежные последствия действия репрессивных тенденций в медицине. «Вялотекущая шизофрения» корифея советской психиатрии Героя Социалистического Труда, академика А.В. Снежневского. «Принудительное» (карательное) госпитализирование и «лечение» инакомыслящих в СССР. Исключение советских психиатров из WPA (Всемирная психиатрическая ассоциация).

Перед Второй мировой войной в Англии сложилась такая ситуация, что о необходимости создания новой медицинской дисциплины — социальной медицины — заговорили все. Говорили прежде всего деловые люди, имеющие прямое отношение к большим массам больных людей, продолжающих работать. Огромные массы людей, как показывали статистические расчеты, в Англии заболели не по причине бедности, плохого питания, плохих жизненных условий или воздействия вредных для здоровья факторов. И тем не менее, производство страдало из-за болезней сотрудников. С бизнесменами были солидарны и банкиры. Не лучшим образом дела обстояли и в армии, и в полиции. Да и вообще была ли какая-нибудь сфера человеческой деятельности, где бы в то время в Англии со здоровьем все было бы в порядке? Клинические врачи и эпидемиологи это положение вещей никак объяснить не могли: новые болезни, с их точки зрения, не возникали, а старые они «успешно» лечили традиционными методами. Эпидемий тоже не было. Но демографические показатели резко изменились в худшую сторону: снизилась рождаемость, «помолодела» смертность, увеличилось число случаев так называемой скорострительной смерти. Точно так же в Англии стала расти кривая самоубийств и детской преступности.

Социальные психологи — первые, к кому обратились за объяснением такого положения в обществе, не смогли дать научного объяснения положению дел со здоровьем

населения. Кто-то из них, наверняка, впервые произнес это магическое слово — *социальная медицина*, которое очень скоро стало у всех на устах, в том числе у высочайших особ. Вот тогда-то по высочайшему повелению короля придворному профессору (психиатру по специальности) Джону Артуру Райлу было поручено организовать Институт социальной медицины, который должен был войти в структуру Оксфордского университета. Так в Оксфорде в 1940 г. возник первый в мире Институт социальной медицины.

Не прошло и года, как социальные институты появились и в других городах Великобритании, сначала в Бирмингеме, а потом в Эдинбурге. Прошли научные конференции и симпозиумы по социальной медицине. В них принимали участие врачи всех специальностей, наркологи, гигиенисты, биологи, а также философы, актеры, социальные психологи, бизнесмены и банкиры, военные и люди в штатском, экономисты, юристы, политологи. Всех интересовало одно — перспективы социальной медицины в деле оздоровления общества и нации. Все говорили об актуальности и огромной значимости социальной медицины для общества, но никто не предложил плана конкретной деятельности вновь созданной научно-практической дисциплины. Правда, одна существенная проблема Института социальной медицины сразу же была решена: вслед за Высочайшим повелением, а значит и покровительством, нашелся и тот, кто обязался финансировать деятельность Института — всем тогда в Европе хорошо известный Ньюфилдовский Фонд.

Первое, что сделал Институт социальной медицины — отгородился от больниц, клиник и учреждений, занимающихся профилактикой и лечением заболеваний. Дж. Райл называл социальную медицину *«побочным ребенком клинической медицины и общественного здоровья»*. Он писал:

Те и другие (учреждения клинической медицины и профилактические учреждения) за деревьями (т.е. конкретным больным или болезнью) не видят леса! (т.е. общественного положения людей).

В своей деятельности Дж. Райл начал с нуля, опираясь на общественные дисциплины, прежде всего философию и этику, не отмежевываясь и от социологии. Но при этом Райл негодовал, когда кто-нибудь по ошибке вместо *социальной медицины* произносил *социология медицины*.

Оксфордский Институт социальной медицины не успел развернуться и решить хотя бы одну из актуальных проблем общественного здоровья Великобритании, так как началась война. Деятельность его во время войны была подчинена фронту: он, развернув койки для раненых, превратился в обыкновенный военный госпиталь. В послевоенное время картина мира изменилась, в том числе и для социальной медицины. Ее институты, ассоциации, фонды, лаборатории, кафедры стали появляться во всех странах Западной Европы и прежде всего в США.

§ 1.3.5. Расцвет социальной медицины в США и странах Западной Европы после Второй мировой войны

США шли своим путем к осознанию необходимости создания институтов социальной медицины, а по существу, новой отрасли медицинского знания. Если в СССР в предвоенные годы за общественное здоровье отвечали социальные гигиенисты, а за «моральное здоровье» — социальные психиатры, то в США за то и за другое отвечали социальные психологи. Теория социальной стратификации и мобильности (суть: общество расслоено на классы, но мобильно; классы, как высшие, так и низшие, постоянно пополняют друг друга, поэтому никакой классовой борьбы между ними быть не может) была идеологией правящих классов США.

Как социологическая теория социальной стратификации и мобильности вырабатывалась сугубо в лабораторных условиях и на малых группах в начале XX в. (см.

работы У. Мак-Дугалла и Э.О. Росса). Но американское общество тогда процветало и действительно было стабильным. Поэтому вопросов об общественном здоровье американского народа в то время не возникало. Правда, практикующие врачи сталкивались с необходимостью изменить подходы к пациентам с учетом таких, например, социальных сторон его жизни, как наличие или отсутствие у него семьи; удовлетворен ли он своей работой, местом жительства или нет? Эти вопросы возникали у врачей-интернистов, как будто течение и лечение, например, острой пневмонии зависит от семейного и социального положения больного. И, тем не менее, появились книги, написанные терапевтами, такие, как: «Пациенты имеют семьи» (Генри Ричардсон, 1943 г.), «Пациент как личность» (изучение социальных аспектов болезни — Кэнди Робинсон, 1940 г.). Но это были лишь отдельные, разрозненные симптомы пока еще не существующего в США общественного заболевания.

Положение в стране в корне изменилось после Второй мировой войны. И хотя страна не была в числе побежденных, и карту Европы и мира также перекроила в свою пользу, в ней назревал глубокий социальный катаклизм: «Все вдруг поняли, что общество больно и эта боль идет не от ран!» Так сказал выдающийся американский писатель Джером Сэлинджер. А видный американский экономист Пол Сэмюэлсон сделал вывод, что «цикл благополучия для Америки закончился». Некоторые социальные психологи, правда, считали, что *все дело в том, что американцы сбросили на Японию атомные бомбы и поэтому нанесли себе тяжелый моральный ущерб.*

Как пришла американцам мысль искать спасение в социальной медицине — нам неизвестно. Они, конечно, знали о существовании Института социальной медицины в Оксфорде. Но опыта тот институт (как и другие, в том числе его филиалы) приобрести не успел. Не было создано даже концепции социальной медицины. Остается констатировать появление первого американского института социальной медицины в 1946 г. при Нью-Йоркской Медицинской академии. Возглавил его тоже терапевт, доктор медицины Яго Гальдстон. Открытие этого института произошло вслед за появлением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Поэтому в нем принимали участие все участники Всемирной организации здравоохранения (генеральный директор ВОЗ Брок Чিশолм на открытии выступил с большой речью, сказав, что *этот Институт — краеугольный камень будущего здания здоровья Планеты*). Институт финансово поддержали Милбанк, Мемориальный Фонд, Фонд Рокфеллера. Почетными профессорами института стали директор Британского Института социальной медицины Дж. А. Райл, Лорд Хордер (покровитель Оксфордского института социальной медицины), Ертст Стеббинс, директор Института медицинских наук, Хенри Зигерист, директор Университета гигиены Джон Хопкин и другие ведущие бизнесмены и медики страны. В Институте были созданы следующие факультеты: истории медицины, философии и социологии медицины, гигиены, психологии, психиатрии, эпидемиологии, гигиены питания, социальной педагогики, социальной криминологии, планирования и маркетинга и др. К столетию Нью-Йоркской Медицинской академии Институт социальной медицины провел первую международную конференцию (1947 г.), материалы которой были опубликованы отдельным сборником в Нью-Йорке в 1949 г. под общим заглавием «Социальная медицина: ее истоки и объекты». Теперь американцы могли спать спокойно: здоровье нации находилось в надежных руках.

Вместе с британским и американским Институтами социальной медицины в этих странах, а также в странах, которые находились под их влиянием, стали появляться колледжи, которые готовили социальных работников, социальных педагогов, социальных юристов и, конечно, социальных медиков. В этих странах стали создаваться инфраструктуры социальной защиты населения.

В других странах Западной Европы институты социальной медицины стали появляться лишь в 60-х годах, (в Италии, Франции, Испании, Бельгии, Западной

Германии, Норвегии, Австрии). До сих пор их нет в Голландии, Швейцарии, Дании, Швеции.

§ 1.3.6. А.В. Снежневский. Предпосылки формирования современных социально-медицинских воззрений в постсоветском пространстве

Психиатрия со времен становления Советского государства полностью берет под «опеку» его здоровье (прежде всего, конечно, нравственное, политическое и идеологическое). Таковой она остается и до конца существования СССР. В то время, когда во всем цивилизованном мире бурно расцветала новая отрасль медицины — социальная, видный советский психиатр, сподвижник П.Б. Ганнушкина М.О. Гуревич, действительный член АМН СССР, профессор 1-го Московского Ордена Ленина медицинского института выпускает в свет учебник для медицинских институтов «Психиатрия» (М., 1949). Введение начинается словами: «Психиатрия — наука о болезнях мозга, проявляющихся в психических изменениях». На первый взгляд, странно узкое и недостаточное определение для науки, реально берущей на себя функции социальной медицины. Собственно ничего удивительного в этом нет. Ведь неслучайно на Западе советская психиатрия прямо ассоциировалась с КГБ, а последний, как известно, афишировать свою деятельность не любил.

Советскую психиатрию олицетворяли собой Институт Общей и Судебной психиатрии им. В.П. Сербского и Андрей Владимирович Снежневский — советский психиатр, основатель научной школы, академик АМН, Герой Социалистического Труда, изменивший классификацию шизофрении.

Архивная служба России открыла для исследователей некоторые документы бывшего ЦК КПСС, касающиеся психиатрии в СССР. Так, например, в выписке протокола заседаний Политбюро ЦК КПСС от 15 ноября 1989 г. за № П171/21 с грифом «совершенно секретно» находим, что вопрос «О совершенствовании законодательства об условиях и порядке оказания психиатрической помощи», следует «... снять как вопрос политический». И это накануне очередного Конгресса Всемирной психиатрической ассоциации в Афинах, на котором (уже было решение на рабочем уровне) должны были восстановить членство Всесоюзного общества психиатров СССР во Всемирной психиатрической ассоциации (WPA). Как известно, нас исключили из нее именно за карательные функции советской психиатрии. (Одним из примеров репрессивного характера советской психиатрии было пресловутое дело генерала Григоренко, известного диссидента, содержащегося в психиатрических больницах. О наличии у него психического заболевания до сих пор спорят психиатры разных стран).

Если во времена П.Б. Ганнушкина чрезвычайно высок был процент психопатий, то во времена А.В. Снежневского — шизофрении. Оппоненты обвиняют его в том, что будучи на службе карательных органов, он «выдумал» так называемую вялотекущую шизофрению. Это, по Снежневскому, самостоятельная форма шизофрении, протекающая без явного бреда и галлюцинаций, долго не приводящая к слабоумию. Чаще всего она проявляется (при психопатоподобном течении) *асоциальностью или антисоциальностью* больного. Естественно, в эту группу попадали все инакомыслящие, уклоняющиеся от службы в армии, пытающиеся уйти в монастыри, бродяги.

Яркие примеры — поэт Иосиф Бродский и математик Александр Сергеевич Есенин-Вольпин. Именно за счет этой формы больных шизофренией на душу населения в нашей стране в 80-е годы было в 3 раза больше, чем в США, в 2 раза больше, чем в Западной Германии, Австрии и Японии. Вообще, ни в какой другой стране (из западных) не было столько больных шизофренией. Диагноз «вялотекущей шизофрении» (а значит и пожизненный учет в ПНД) мог быть выставлен и амбулаторно, и согласно письменным заявлениям соседей, родственников или сослуживцев «больного». Человек, получивший диагноз «вялотекущей шизофрении», выпадал из социальной жизни (по ограничениям) и

тем самым как бы подтверждал правильность выставленного диагноза. Так, к примеру, ему нельзя было управлять автомобилем, работать в «ящике», поступать во многие вузы. Он становился «невъездным». Вступить в брак, имея на руках справку учета в ПНД или «белый билет» по графе 4, тоже было не простым делом. Перед каждым праздником или государственным мероприятием таких больных без их согласия госпитализировали (на время мероприятия) в психиатрическую больницу. Если же они сопротивлялись или ударялись в бега, то получали к истории болезни гриф «СО» (социально опасный). Этот гриф больной, находящийся на учете в ПНД как «шизофреник», мог легко получить, случись ему быть участником семейной или уличной драки.

Это самые страшные социальные последствия психиатрических научных взглядов школы А.В. Снежневского, имеющие логическую и методологическую основу в концепции репрессивной медицины, разработанной Н.А. Семашко и П.Б. Ганнушкиным. Что касается объявления инакомыслящих «сумасшедшими» и содержания их в психиатрических лечебницах (или в местах, изолированных от общества), Снежневский здесь не при чем. Сколько существовало на Земле цивилизованных обществ, столько это и практиковалось властью имущими. Вспомним хотя бы Сократа, «железную маску», Пьера Огюстена Бомарше, Френсиса Бэкона, Оскара Уайльда, на Руси — княжну Елизавету Тараканову, Г.Я. Чаадаева, «диссидентствующего» князя-беглеца В.П. Долгорукого (он писал памфлеты на правящую аристократию)... Что же касается «страшного» Института им. Сербского, то подобные заведения есть в каждой, даже самой демократичной, стране. Например, парижская психиатрическая лечебница святой Женевиевы намного страшнее нашего Института им. В.П. Сербского.

В 1972—1973 гг. по специальному соглашению Советского правительства с Президентом США Р. Никсоном во время его визита в СССР в наши психиатрические больницы были допущены американские эксперты. По предложению этих экспертов из больниц были выписаны все «инакомыслящие». Это были единицы. В 1988—1989 гг. с психиатрического учета было снято около двух миллионов человек, тоже по требованию западных психиатров, как одно из условий принятия советских психиатров во Всемирную психиатрическую ассоциацию.

Сам Снежневский утверждал, что благодаря действиям советских психиатров удалось спасти от тюрем, лагерей, неминуемой смерти множество людей, чего у немецких коллег во времена Гитлера не получилось. «И инакомыслящие живы, и общество чище!» — как бы оправдывался Снежневский.

Учитывая сказанное выше, не удивительно, что правозащитники в нашей стране брали и берут на себя непосильный труд, занимаясь здоровьем нации, подменяя собой таким образом как раз социальных медиков.

Итак, мы проследили глубокую связь между тоталитарным режимом в нашей стране и концепцией репрессивной медицины с ее принудительным лечением и необходимостью реабилитации для больных и инвалидов.

За период распада СССР многое, что произошло, не могло не отразиться на состоянии здоровья народа. «Мы живем в больном обществе» — это действительно так. Разрушена система здравоохранения. Недееспособны институты социальной защиты населения. Резко изменились в негативную сторону демографические показатели. Появились новые социальные контингенты сограждан *бомжи, мигранты, вынужденные переселенцы, беспризорные дети*. Социальные катаклизмы, произошедшие в нашей стране за указанный период, тотально физически и психически травмировали общество. Оно расслоилось фактически на два класса: богатых («новых русских») и нищих. Работники бюджетной сферы оказались нищими, а это — производители материальных и духовных ценностей. Появилась огромная масса инвалидизированного населения (в десятки, сотни раз превышающая число подобных после Гражданской и Великой Отечественной войн).

Ситуация усугубляется тем, что народ деидеологизирован (девальвировались общественные и нравственные ценности, на которые были ориентированы граждане

СССР с раннего детства до преклонных лет). Духовная дезориентированность, фрустрированность огромных масс населения — страшная разрушительная сила для любого общества и общественного сознания. Отсюда, появление в нашей стране *криминальных толп и психических эпидемий*, повышение уровня преступности до невероятных размеров, появление новых видов преступности, в корне не свойственных русскому народу, таких, как *серийные убийства и детская порнография, эксплуатация детской сексуальности*. Открытое и откровенное манипулирование общественным сознанием стало нормой.

Дельцы «черных PR» являются государственными советниками, получая невероятно высокую зарплату по сравнению с зарплатой ученых, врачей и педагогов. В их распоряжение предоставлены все средства массовой информации. Устраиваются шоу на всю страну, в которых они демонстрируют себя как новые магистры, «учителя», менторы, «архитекторы», «дизайнеры» и хозяева социальных институтов в стране. И это тоже должно укладываться в общественном сознании как *неизбежность*. Многое, происходящее в обществе, преподносится, рекламируется и навязывается как *неизбежность* при всей своей нелепости и алогичности. И это тоже должна проглатывать, усваивать и переваривать общественная психика, лишенная самой возможности оценок и рефлексии.

Налицо, таким образом, глубоко психотравмирующие общество факторы. Геббельс заявлял, что, *чем ниже нравственность у человека и в обществе, тем выше интерес к политике. И это надо насаждать, чтобы управлять послушными, потерявшими жизненные ориентиры, толпами*. «Мелкий собственник, заливший шары пивом — цемент гитлеровской партии» — писал Я. Гашек. За всю историю России не было выпито столько пива, сколько за последние пять лет XX в.! Общепризнанным суррогатом алкоголя в нашей стране был самогон. Сейчас же не перечислить «ершей» — суррогатов алкоголя, продаваемых без возрастного ограничения на каждом углу от Москвы до самых до окраин. Тема: «рекламируемая и продаваемая пища как суррогат» — актуальнейшая тема современной эпидемиологии и гигиены.

Сократ сказал: «Здоровье — это все, но все без здоровья — ничто». В нашей стране сейчас ничто не стоит так дорого и не ценится так дешево, как здоровье. Появление знахарей, колдунов, лекарей от сглаза, альтернативных целителей и т.п., реклама через средства массовой информации сомнительных «лекарств», способов самолечения с привлечением безответственных «звезд» эстрады и кино, *коммерческая медицина*, предлагающая услуги, выполнение которых неизбежно приводит к уродству и глубокому нарушению физиологических и психических процессов в организме, и многие другие явления нашей повседневной действительности — все указывает на актуальность для России предупреждений древнего мудреца.

Отсюда вытекает, что *построение нового здравоохранения в современной России должно начинаться с организации институтов социальной медицины*. Только таким путем можно исправить современное положение вещей, касающихся общественного здоровья в России.

Напомним, что после Афганистана были: Чернобыль, Армянское землетрясение, Карабах, события в Тбилиси, кораблекрушения в Черном и Балтийском морях, до сих пор необъяснимая гибель «Курска» в Баренцевом море, постоянные взрывы с человеческими жертвами на угольных шахтах, путч, октябрьские события у Белого дома, убийства (до сих пор нераскрытые) известных общественных деятелей, финансовые аферы (типа МММ и «Властелины»), войны с «перемирием» в Чечне, террористические акты, заложники, взрывы в Москве и других городах России, публичные казни, транслировавшиеся по телевидению. Публичное сознание в одном пространстве памяти держит картины казни четы Чаушеску и жертв шариатского суда. Мефистофельские фигурки Березовского, Гусинского, Абрамовича с их непонятными здравому смыслу астрономическими цифрами капитала, появившегося неизвестно откуда и каким путем за комически короткий срок,

контаминируют с образами Чумака и Кашпировского, морочащих головы миллионам советских людей по Центральному государственному телевидению. Пожар Останкинской башни; заморозки в Приморье и «веерное» отключение электричества от военных объектов, детсадов и больниц на «законных основаниях». Если все перечислять, не хватит времени для других тем изучаемой дисциплины. Но какое еще историческое время нашей страны так богато *социально-криминальными событиями разного ранга, прямо или исподволь калечащими общественное здоровье «здесь и сейчас» и веками веков?* В этом же ряду фарсы с перезахоронением царских останков и захоронением мумии Ленина...

Все это не может не иметь удручающих социальных последствий для *генетической памяти нашей нации*. А тут еще хлынувшие в нашу страну, как следствие размывания границ, тонны наркотиков в ситуации, когда наркологическая служба не успела пока возникнуть. Безнадзорность средств массовой информации (рекламы) со стороны органов здравоохранения, даст, как минимум, развитие в ближайшем будущем массовых токсикоманий (от употребления пищевых продуктов с химическими добавками в качестве допингов). Непременно, как показывает зарубежный опыт, будут негативные последствия и от *эротизации* массового сознания.

А теперь немного статистики. Вот некоторые данные из материалов прошедшего в ноябре 1995 г. XII съезда психиатров России и из других официальных источников. За последние пять лет первичная регистрация психических расстройств выросла на 21%, на 56% увеличилась инвалидность по психическим заболеваниям, 86,5% работников промышленных предприятий имеют те или иные психические аномалии, при этом у половины из них речь идет о хронических душевных расстройствах, у 16% — о личностных отклонениях, у остальных — о хроническом алкоголизме и полинаркомании. Быстро растет количество детей и подростков с нервно-психической патологией — в среднем на 8—12%. У 9,6% младенцев отмечаются явные психические нарушения. А среди дошкольников лишь у 45% отсутствуют признаки болезненных отклонений в психическом здоровье, но еще у 8% они отчетливо проявятся через 1—1,5 года при отсутствии необходимой психопрофилактической помощи. Распространенность нервно-психических расстройств среди детей школьного возраста достигает 70—80%. Так, в Санкт-Петербурге лишь семь детей из 100 не нуждаются в психоневрологической помощи. В то же время массовые обследования показывают, что за пределами психиатрической помощи оказываются 80% нуждающихся в ней детей и подростков, 63% психически больных детей-инвалидов не осматриваются психиатрами по году и больше. В настоящее время не ведется никакой профилактической работы с группами риска.

Последующие пять лет демографическую ситуацию в стране катастрофически усугубили.

Сейчас приходится констатировать факт, что в современных социально-экономических условиях происходит массовая *десоциализация детей*. 1,5 млн детей и подростков школьного возраста находятся за дверями школы. По различным данным, употребление наркотиков детьми и подростками за последние 5 лет возросло в 3—7 раз и охватывает до 20% детей и подростков страны. Преступность же детей и подростков за этот же срок возросла в 1,5 раза, а число самоубийств — на 30—60%. Среди детей со школьным адаптационным синдромом (стрессом) 93—95% имеют психические нарушения; 50—81% детей и подростков с *девиантным и делинквентным поведением* страдают теми или иными психическими расстройствами. Детское бродяжничество — особая стигма нашего больного общества.

Растут сроки от начала заболевания ребенка до его первичного обследования. И то лишь после того, как его поймут как наркомана, или как бродягу, или как проститутку, или как вора, или он утром не сможет встать с постели по причине непонятной выраженной слабости и резкого упадка сил. Деструкция семейных отношений — еще одна злободневная тема для социальной медицины.

Не в лучшем положении находится и психиатрическая помощь престарелым и инвалидам, а показатели их психического неблагополучия еще в худшем состоянии, чем у детей и подростков. Здесь необходимо добавить, что специальности детских и подростковых психиатров в настоящее время исключены из номенклатуры врачебных специальностей решением Министерства здравоохранения РФ. Что же касается стариков, то достаточно указать лишь на два факта: *в России нет ни одного геронтологического института*. Геронтологические койки находятся в психиатрических стационарах общего типа. Положение бюджетных интернатов для престарелых в настоящее время жалкое.

Проблем, подобных нашим, российским, конечно же, нет в развитых западных странах. Там свои проблемы, часть которых уже «привились» и нам. Повторим: *детская проституция и порнография*. И назовем еще одну, страшную реальность современной России, «привитую» нашему народу — *торговлю детьми*. Этот общественный порок имеет скрытые и хорошо завуалированные под «благотворительность» формы.

Безусловно, общими для России и западных развитых стран являются проблемы, связанные с научно-техническими достижениями в областях, прямо имеющих отношение к общественному здоровью. Это *генная инженерия, клонирование, криогенизация, трансплантация и имплантация органов, эвтаназия, селекция, эксперименты на людях, «омолаживание», изменение половой принадлежности, искусственное оплодотворение и др.*

Модуль 2. Эпидемиология в социальной медицине. Санитарно-эпидемическое благополучие населения

Глава 2.1. Эпидемиология в социальной медицине

§ 2.1.1. Эпидемиология. Теории возникновения эпидемий

В Древней Греции **epidemia** обозначала массовое распространение инфекционных заболеваний, прежде всего чумы. Когда болезнь охватывала многие государства и даже континенты, речь шла о пандемии. Тогда в болезни прямо обвиняли бога Природы всех вещей — Пана. «Epi» обозначает «сверх» (русс. — «массовость»), «demi» — от слова «demos» — народ. На Руси эпидемии называли мором или повальной болезнью. Эпидемия никогда не была просто массовым инфекционным заболеванием. Это всегда было и особое психическое состояние. Человеческая психика не могла оставаться в «норме» и здоровой по двум основным причинам. Во-первых, человек непосредственно соприкасался со смертью своих родных, близких, знакомых и своей собственной. Какое бы ни было до эпидемии у человека отношение к своей смертности, во время эпидемии оно радикально изменялось с изменением его психического состояния. История накопила немало литературных источников, превосходно передающих массовые психические изменения, возникающие при эпидемиях у разных народов, в разные эпохи, при разных религиях и в разных сословиях. Кстати, по этим источникам, как ни по каким другим, можно ясно видеть, что подлинное, непосредственное отношение человека к смерти всегда одно и то же. Оно глубже личных свойств человека, его возрастных особенностей, мировоззрения, культуры, религии, пола. Это отношение не является производным ни от чего. Оно изначально первично. Это очень важно знать социальному врачу, ибо это знание является фундаментальным в отношениях социального врача и клиента.

Таким образом, любая эпидемия есть и психическая эпидемия. В настоящее время эпидемии скорее возникают не по причине инфекционных болезней. В настоящее время, особенно в высокоразвитых, богатых и стабильных странах, эпидемический характер имеют сердечно-сосудистые заболевания, внезапная смерть молодых и здоровых мужчин или глобальное постарение населения. Вместе с тем можно говорить и об эпидемиях здоровья. Когда-то Спарта «заражала» здоровьем соседние греческие государства. Так, в 776 г. возникли Олимпийские игры. Есть все основания считать, что их организатором явился легендарный царь Спарты Ликург. Тоталитарные режимы практиковали «эпидемии» здоровья. Эти массовые движения были и в СССР, и в фашистской Германии.

Напомним, что **эпидемиология** — это область медицины, изучающая закономерности возникновения и распространения заболеваний: инфекционных, психических, сердечно-сосудистых и др. Как показывает история, возникновение тех или иных эпидемий болезней трудно связать с какой-то одной глобальной причиной. Не будем вдаваться в подробности существующих теорий возникновения эпидемий, а назовем лишь, на наш взгляд, главные.

Теория природных катаклизмов восходит к древним египтянам, ко времени правления женщины-фараона Хатшепсут. Среди ее приближенных был великий ученый — философ, врач, архитектор, географ, военный стратег Сенемнут, с именем которого впервые и связана эта теория. Приверженцем этих же взглядов был известный итальянский философ и историк Джамбаттиста Вико (1668-1744).

Космологическая теория связана прежде всего с именем русского ученого А.Л. Чижевского.

Социально-экономическая теория впервые четко изложена английским экономистом Давидом Рикардо (1772— 1823).

Этико-культурологическая теория связана только с одним именем — *Альберта Швейцера* (1875—1965), «доктора из Ламбарене», лауреата Нобелевской премии.

Мы назвали только выдающихся деятелей, у которых, естественно, масса апологетов и оппонентов. В наши задачи, повторяем, не входит подробный анализ всех «за» и «против» той или иной теории. В стороне остались еще две совокупности взглядов, которые не сложились пока в четкую концепцию, хотя и имеют под собой тоже чуть ли не тысячелетние традиции. Это **религиозно-мистические представления** о причинах возникновения «морев» («кары Господней», «мести духов» и т.п.) и **военно-стратегическая «концепция»**, согласно которой эпидемии заболеваний всегда были средством ведения войн, т.е. они планировались и искусственно вызывались на территориях противников. Кстати, дань этим взглядам отдавали Александр Македонский, Суворов и Наполеон.

Чтобы лучше представить положение вещей с корнями общих закономерностей эпидемиологии, процитируем некоторых авторов. Вот, например:

Несколько веков назад Европа вновь впадала в первобытное варварство. Народы этой части, света, ныне столь просвещенные, пребывали тогда в состоянии худшем, чем невежество. Какая-то подделка под науку, еще более презренная, чем невежество, присвоила себе название знания и ставила возврату последнего почти непреодолимые преграды.

Это написал Жан Жак Руссо в 1750 г. в работе «Способствовало ли возрождение наук и искусств улучшению нравов». Он, как известно, считал, что не способствовало. Выделенные курсивом слова прямо относятся к современной России, где псевдонаучные «книжки», в том числе и «медицинские» («альтернативная медицина», «народная медицина», «целительство», «тайская медицина» и т.п.), выпускаемые, повторяем, солидными издательствами в поражающих воображение переплетах и тиражах, приводят к мысли, что такого рода агрессия на здоровье наших граждан и общественное здоровье — неслучайное явление.

Альберт Швейцер высказывается так:

Но сейчас уже для всех очевидно, что самоуничтожение культуры идет полным ходом... То, что происходит ныне в отношениях между народами и внутри каждого народа — яркая иллюстрация этой истины. На истории нашего времени лежит печать никогда ранее не виданной бессмыслицы... Утилитаризм вообще не видит этой своей внутренней проблемы, не говоря уже о том, чтобы решать ее. Он слишком спешит получить практические результаты. Наконец, он отдает себя во власть биологии и социологии, приобретая форму бурно развивающейся и развиваемой морали стадного животного. Тем самым он ставит себя окончательно ниже уровня действительной этики.

Эти мысли великий ученый и врач вынашивал с 1913 г. С той поры, когда, покинув Европу, он организовал госпиталь в Габоне (в Центральной Африке). Четко свои мысли Альберт Швейцер изложил в 1960 г., уже будучи Нобелевским лауреатом (1952 г.), в книге «Культура и этика», которую мы и цитировали (М.: Прогресс, 1973. — С. 34, 67, 286).

Конечно, причины эпидемий в каждом конкретном случае могут быть разные. У нас нет достаточных оснований отрицать те или иные из названных выше гипотез происхождения эпидемий. Нужно быть честным и признать, что вопрос о причинах эпидемий и в настоящее время остается открытым. Но эпидемии — есть эпидемии болезней человека. История знает лишь единицы случаев, когда эпидемии болезней человека совпадали с падежом скота. Эпидемии возникают, развиваются и распространяются в человеческом обществе, будь то общество древних египтян или европейское содружество начала века и третьего тысячелетия! Поэтому нравственно-этическую сторону «среды обитания и жизнедеятельности» людей убрать со счетов было бы большой ошибкой. При этом, как правы были Руссо и Швейцер, нельзя сводить к

одному культуру и цивилизацию. И во времена Жан Жака Руссо, и во времена Альберта Швейцера, и в наше время цивилизация не стоит на месте — она постоянно и стремительно развивается. Но, как сказал один из героев Василия Макаровича Шукшина:

Раньше ездили на телегах, теперь летаем на реактивных самолетах. Разве стали здоровее и счастливее?

Несомненно, с каждым годом человечество становится цивилизованнее во всех отношениях. И первая причина этому — научно-технический прогресс. Но цивилизация отнюдь не укрепляет здоровье (человека, людей, общества, нации, народа). Это признано во всем современном мире специалистами. Неслучайно в этом году под эгидой ЮНЕСКО в Париже состоялся Международный конгресс по социальной медицине, посвященный теме: «Цивилизация, научно-технический прогресс и здоровье народонаселения Земли». Если судить по нашей стране в наше время, то цивилизация скорее способствует заболеваниям, возникновению и распространению эпидемий, инвалидизации и смертности. Только вторая составляющая характеристика общества, а именно культура предохраняет здоровье от пагубных последствий цивилизации. Этико-моральные императивы, которые она предъявляет обществу, направлены на защиту его здоровья. СПИД, губчатый энцефалит, вирус гриппа H5N1, эпидемии токсикомании, наркомании, алкоголизма, детской проституции, олигофрении, психозов и многих других «повальных болезней» — корни всего этого в моральной деградации общества при бурном расцвете цивилизации. Научно-технический прогресс, с одной стороны, и коммерческие интересы, с другой — суть факторы, в лучшем случае не принимающие во внимание здоровье человека (ни физическое, ни психическое, ни духовное). Следовательно, в их сферах находятся механизмы, повышающие вирулентность (заразность) распространителей массовых заболеваний и понижающие иммунитет, т.е. способность сопротивляться инфекции или факторам, вызывающим, например, сердечно-сосудистые заболевания или внезапную остановку сердца. Отсюда витальность, т.е. жизнеспособность, населения планеты резко снизилась, что подтверждается многими параметрами.

§ 2.1.2. Эпидемиология здоровья

Термин «эпидемиология» можно применять не только к болезням или другим негативным общественным или природным явлениям, но, и прежде всего, к понятию «здоровье». Закономерности возникновения, развития и распространения в обществе (в государстве, в содружестве государств, на всей нашей планете) здоровья как непреходящей ценности и изучает эпидемиология здоровья.

История цивилизованного человечества знает немало периодов, когда к здоровью относились именно как к желательной эпидемии. Так, Спарта своим примером в отношении к здоровью заражала многие греческие государства. Это, кстати, была одна из причин конкуренции и конфронтации с Афинами (которые тоже претендовали быть источником эпидемии здоровья). Первой общеизвестной эпидемией здоровья нужно считать Олимпийские игры, которые проводились по всей Греции, захватывая и близлежащие острова и страны (776 год до н.э.—394 год н.э.). Это был праздник здоровья, на котором торжествовали физкультура и искусство. Кстати, древние не знали слово «спорт». Его в обиход ввели англичане в 1908 году, когда в Англии проходили IV Олимпийские игры. Именно с тех пор физкультура и спорт стали постепенно расходиться как в своих целях, так и, самое главное, в отношении к здоровью.

Многие формы правления и политические режимы провозглашали здоровье народа (нации) и сограждан высшей ценностью и всячески стимулировали эпидемиологический охват «здоровьем» всех и каждого в отдельности. Так, в СССР в 30-х годах была вызвана настоящая эпидемия здоровья, инициатором которой был А.В. Луначарский, народный комиссар просвещения. Он пригласил для этого в страну известную американскую танцовщицу Айседору Дункан и создал все условия, чтобы она могла пропагандировать

массовые физкультурные танцы, по типу танцев древней Олимпии. Те самые «пирамиды», которые строились из физкультурников на стадионах, аренах цирков и многочисленных клубных площадках, ввела именно Айседора Дункан. Чтобы ясно представить, что происходило тогда в советской стране, достаточно вспомнить фильмы тех лет («Запасной игрок», «Вратарь», «Первая перчатка» и др.). Гимном стала песня из «Первой перчатки»: «Чтобы тело и душа были молоды, Ты не бойся ни жары и ни холода. Закаляйся, как сталь!»

Эпидемия, вызванная Луначарским и Дункан, просуществовала в нашей стране недолго. Потом, пройдя этап под лозунгом ГТО («готов к труду и обороне»), все было заформализовано. Были введены обязательные уроки физкультуры в школах. Преподавателей для них готовили институты физкультуры.

В 60—70-х годах в СССР вновь была вспышка эпидемии здоровья, но на сей раз идущая не сверху, а снизу — из народа. Была ли она спонтанной или тоже инициированной «высшими инстанциями» косвенными путями, мы затрудняемся сказать. На сей раз молодежь буквально лавиной двинулась в различные спортивные секции. Они организовывались при заводах и фабриках, при клубах, институтах, спортивных обществах как в городах, так и в поселках. Но теперь уже речь шла именно о спорте, а не о физкультуре, хотя секции не ставили перед собой задачи вырастить спортсменов, побивающих мировые рекорды. На первом месте все же было здоровье — основная цель подготовки в спортивных секциях.

Можно считать, что с физкультурой как таковой в нашей стране к 70-м годам было покончено. Справка, освобождающая от занятий физкультурой в школе «по состоянию здоровья», стала самым обычным делом. А спорт из массового все больше и больше превращался в профессиональный, хотя и по нашему, советскому, образцу. Но это уже другая проблема.

После 70-х эпидемий здоровья в нашей стране не наблюдалось, хотя «вспышки» были — то там, то тут. В настоящее время мы имеем дело с эпидемиями болезней, прямо связанными со спортом. Это, конечно, в первую очередь — массовое употребление анаболиков и всевозможных допингов не только профессиональными спортсменами, но и «подвальными качками».

В настоящее время в ряде стран (США, страны Западной Европы, Австралия, Канада, Мексика, Япония, Южная Корея, Тайвань) развернута широкая кампания за «качество жизни». Правда, она еще не переросла в эпидемию здоровья, но, судя по материалам ежегодных конференций и симпозиумов (объединивших врачей, социальных работников, деятелей спорта, бизнесменов, политиков, социологов), проводимых Международным обществом качества жизни (Quality of Life), это вполне возможно, и именно такую цель данное движение преследует. Это общество делает ставку именно на частную инициативу, на всенародное движение, хотя обращается за помощью к ведущим политикам, бизнесменам и общественным деятелям, а также к Правительствам.

Оказывается, здоровым быть мало в наше время: нужно еще жить качественно (на все 100%). А это отнюдь не просто и возможно только благодаря всеобщим усилиям: «всех стран и народов». QOL выпускает ежемесячно массу литературы под общей шапкой «HEALTH, Management, Policy & Community Care».

Социально-экономические и культурные условия в России пока таковы, что об эпидемии здоровья говорить не приходится (как, между прочим, и о физкультуре). Спорт прочно стал на почву бизнеса, и в этом не отличим от западного. Тем не менее все понимают, что общество должно быть здоровым, понимают и то, что без соответствующего физического воспитания это невозможно. Врачей и демографов особенно беспокоит состояние психического здоровья населения (нас постигла настоящая эпидемия олигофрении, не говоря уже о громадном скачке пограничных больных и отягощении течения тяжелых психических заболеваний, таких, как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, болезни преклонного возраста).

Кое-что для психического оздоровления общества, конечно, в России делается. Так, сделан первый шаг к коалиции общественных организаций в сфере психического здоровья. 4 июля 1996 года в Москве прошла конференция «Общественные инициативы в сфере психического здоровья», в которой приняли участие представители 18 общественных организаций. Были рассмотрены следующие вопросы:

1. Выявление и обсуждение общих проблем организаций, работающих в сфере общественного здоровья.
2. Как общественные организации могут решить эти проблемы.
3. Возможности общественных благотворительных организаций.
4. «Закон о государственном социальном заказе»; чем он может помочь?
5. Необходимые предпосылки и условия для продуктивного сотрудничества общественных организаций.
6. Коалиция московских организаций, нужна ли она?
7. Может ли объединение в коалицию решить часть общих проблем?
8. Лоббирование в государственных структурах интересов общественных организаций.

Активное участие в конференции приняли представители таких благотворительных обществ, как фонды «Душа человека» и «Нет алкоголизму и наркомании», Ассоциация родственников душевнобольных «Острова надежды», Московские объединения телефонов доверия, Московский клубный дом и другие. На конференции были выработаны Положение о взаимоотношениях с Правительством Москвы, а также «Законопроект о государственном социальном заказе», подготовленный Российским благотворительным фондом «Нет алкоголизму и наркомании» для рассмотрения в Государственной Думе.

Основная идея этой конференции — частичное разгосударствление социальной службы; ограничение статуса ведомств ролью государственного заказчика. Участники полагали, что находятся перед лицом правового закрепления сотрудничества государственных и общественных организаций во всенародном деле — охране здоровья народа.

§ 2.1.3. Вирулентность и иммунитет. Социальная защита населения от медикаментозной агрессии

Вирулентность (от лат. virulentus — ядовитый) — степень болезнетворности, патогенности данного микроорганизма. Она зависит от инфекционного свойства агента и от восприимчивости заражаемого организма. Вирулентность одного и того же микроорганизма может меняться, как искусственно (например, при производстве вакцин), так и естественно — при изменении среды обитания микроорганизмов (например, под действием радиации вирулентность многих микроорганизмов сильно возрастает, не патогенные могут стать патогенными; это показали исследования зон заражения после Чернобыльской катастрофы или мест захоронения радиоактивных веществ) или при изменении состояния организма, куда они внедряются.

Иммунитет (от лат. immunitas — избавление, освобождение от чего-либо) — невосприимчивость организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам. Обеспечивается защитными свойствами кожи и слизистых оболочек, клетками иммунной системы, гуморальными факторами. Естественный или врожденный иммунитет обусловлен наследственно закрепленными особенностями организма. Приобретенный активный иммунитет возникает после перенесенного заболевания или введения вакцины. Приобретенный пассивный иммунитет возникает после введения антител или при передачи их ребенку с молоком матери.

Иммунная реакция — взаимодействие антитела с соответствующим антигеном, которое происходит в организме при внедрении в него антигенов. Степень иммунитета

(порог чувствительности организма) — предел готовности антител справиться с антигенами без возникновения заболевания.

Иммунодепрессанты — лекарственные (или какие-либо другие, например, пищевые) вещества, подавляющие иммунные реакции организма или снижающие его порог чувствительности к вирулентным микроорганизмам.

Вспомним приведенные выше слова Макса Нордау, что при определенном состоянии общества (моральной и психической деградации) обыкновенные микроорганизмы, покрывающие наше тело и привычно паразитирующие в нем, вдруг становятся заразными (вирулентными), способными вызвать массу неожиданных болезней. Заметим здесь, что самым опасным биологическим оружием может стать обыкновенная кишечная палочка, если сделать ее вирулентной (кишечная палочка — непременный атрибут нормального пищеварения, наш постоянный паразит, без которого человеческий организм функционировать не может). Считается, что одним из последствий ядерной войны может стать такое положение, когда обычные невирулентные микроорганизмы человека (в том числе и кишечная палочка) приобретут вирулентность.

Функциональные расстройства (еще не болезни, но уже и не здоровье), с одной стороны, безусловно, представляют собой суть социопатических реакций, но с физиологической (вернее, иммунологической) точки зрения, они же являются показателем резкого падения порога чувствительности организма. А здесь уже такие распространенные и массовые болезни, как аллергические, кожные, всевозможные диатезы, патологические беременность и роды, расстройства менструального цикла, бесплодие, снижение потенции, фригидность, снижение либидо, беспричинные колебания веса, нарушения обмена веществ и т.д.

Безусловно, социально-экономическая, политическая, правовая и нравственная ситуации в стране прямо или косвенно влияют на степень иммунитета народа в целом и каждого гражданина в отдельности. Не могут остаться без тяжелых медицинских последствий социальные катаклизмы, происходящие в государстве. Первое, что на них реагирует в человеческом организме, — иммунная система (опережая даже психическую и сердечно-сосудистую систему). Но это, так сказать, глобальные факторы. Есть и конкретные, свойственные обществу, в котором охрана здоровья населения нарушена. К ним относятся различные иммунодепрессанты, прежде всего, лекарственные.

Фармакопея (сборник стандартов и положений, нормирующих качество лекарственных средств) имеет законодательный характер во всех цивилизованных странах, в том числе и в России. Согласно одному из пунктов этого законодательства, инструкция, прилагаемая к каждому препарату, обязательно должна содержать информацию о том, является ли этот препарат иммунодепрессантом. При коммерческой фармации, когда лекарства массово рекламируются для приема без назначения врача, такой важный момент их воздействия, как способность к иммунодепрессивному эффекту, просто не учитывается. Примерно такое же положение и с продажей различных «заморских» и «экзотических» пищевых продуктов, которые или сами по себе, или в результате так называемых «пищевых добавок» являются иммунодепрессантами.

Здесь следует учесть и такой момент. Пищевые продукты для *диеты* (диета — от греческого *diaita* — образ жизни), то есть традиционно сложившийся по количеству, химическому составу, калорийности и кулинарной обработке рацион питания, свойственный населению одной страны, может быть полностью или частично не приемлем в условиях другой страны. И это касается, прежде всего, иммунодепрессивных свойств того или другого продукта питания. *Диетология* должна стать составной частью социальной медицины.

Иммунодефицит, как видим, может быть приобретен различными путями и вызывать самые различные заболевания.

В 1980 г. известный американский фармаколог Г.Е. Леман поставил весьма щекотливые вопросы перед коллегами: Имеет ли правительство право защищать

население от возможного ущерба, обусловленного бесконтрольным употреблением лекарственных препаратов? До какого предела оно имеет право ограничивать законом личную свободу граждан? Вправе ли фармаколог диктовать запрет на использование лекарств, даже если их действие не совпадает с медицинскими показаниями? Многие коллеги Лемана посчитали тогда его вопросы «циничными».

В 1989 г. в Москве и Ленинграде для выяснения распространенности психофармакологических средств и их использования с целью самолечения был проведен анкетированный опрос (на улицах) 100 случайно отобранных прохожих. Оказалось, что 97 из них самостоятельно, на основании советов друзей и родственников, принимали психотропные препараты (по преимуществу, из группы бензодиазепинов: седуксен, тазепам, радедорм, элениум, сибазон, феназепам и др.) Срок приема варьировался от 2—3 недель до нескольких лет. Средний возраст опрошенных — 35 лет. Женщин — 62%, мужчин — 35, детей до 14 лет — 3. Отметим, что тогда седативные препараты названной группы только входили в моду. В стране их еще было мало. Отечественные фармакологические заводы выпускали лишь два подобных препарата — сибазон (аналог западному седуксену) и феназепам.

В Канаде с 1984 по 1994 г. были проведены исследования смертельных случаев, вызванных приемом лекарств без назначения врача. Их число составляло 1417 (700 мужчин, 685 женщин, 32 ребенка до 10 лет). Кроме того, в состоянии комы от приема лекарств (также без назначения врача) в канадские клиники в тот же период были доставлены 60518 человек, которых не удалось спасти. Ни один из указанных пациентов не принимал лекарств с целью самоубийства. Средний возраст умерших был 53 года. Аналогичные десятилетние исследования проводились также в Швеции и США. В Швеции из 11596 отравившихся лекарствами и поступивших в тяжелом состоянии в клиники пациентов погибли 274 человека. В США смертность от приема лекарств без назначения врача составляла 2% от всех умерших.

Основные группы лекарств, вызвавших отравление и смерть, во всех странах были одни и те же: сердечно-сосудистые препараты, жаропонижающие, анальгетики, спазмолитики, противовоспалительные и, на первом месте, седативные психотропные препараты. В развитых западных странах полагают, что в настоящее время к лекарственным препаратам нужно относиться как к «вирусам», периодически вызывающим (то одна группа препаратов, например, анальгетики, то другая группа, например, противозачаточные средства) настоящие эпидемии. В возникновении, развитии и распространении этих эпидемий в первую очередь виновата реклама (в ряде стран Западной Европы, таких, как Швейцария, Германия, Дания, Австрия и др. реклама лекарственных препаратов запрещена). Но эти эпидемии могут развиваться и спонтанно (кто-то случайно принял успокаивающее средство — оно помогло, он поделился с соседями...и цепочка начала раскручиваться).

Особая опасность лекарственных эпидемий в нашей стране обуславливается рядом факторов:

- 1) безнадзорность продажи лекарственных препаратов;
- 2) препаратов за последние пять лет появилось столько, что врачи не успевают в них разобраться и часто назначают их по показаниям, почерпнутым из «вкладышей»;
- 3) источник появления многих препаратов сомнительный (так называемые лицензированные препараты, произведенные неизвестно где и неизвестно кем);
- 4) лекарственные препараты широко рекламируются для самостоятельного употребления по симптоматическим показаниям (боль, жар, насморк, тошнота, бессонница, кашель, понос, запор и т.д.).

Самое опасное, когда реклама рекомендует родителям заниматься самолечением детей!

В XVI в. Парацельс ввел представление о дозировке лекарств. Коммерческая же фармакопея дозирует лекарства поштучно: взрослому — таблетку; ребенку — полтаблетки.

Анаболики (от греческого *anabole*—подъем, ассимиляция), то есть гормональные препараты, применяемые не только профессиональными спортсменами, но и всеми желающими иметь мощную мускулатуру, продаются в нашей стране свободно и большими партиями по объявлениям. Увлечение ими среди молодежи велико и распространяется подобно эпидемии. Можно точно предсказать, какие социально-личностные потери мы будем иметь в результате этой эпидемии в ближайшие годы! Сколько появится больных с нарушениями обмена веществ, сколько мутантов родится! Если лекарство принимают потому, что «плохо», то допинг (тоже лекарство, например, антидепрессант или транквилизатор) — чтобы было «хорошо» (повысилось настроение, чувство силы, работоспособность, энергия). Во многие газированные напитки добавляются стимуляторы (кока-кола, спрайт, фанта и т.д.).

Серьезность лекарственных эпидемий объединила фармакологов и врачей разных стран в Международное общество фармакоэпидемиологов и Европейское общество фармакологического надзора. Россия, к сожалению, в эти Общества не входит.

§ 2.1.4. Психические эпидемии и криминальные толпы

Вот что писал по поводу психических эпидемий известный русский психиатр В.Х. Кандинский (1849—1889):

«Болезни, поражающие сразу множество людей, называются повальными, или эпидемическими болезнями... Не одни только телесные болезни способны к эпидемическому распространению; болезни души, психические расстройства также нередко принимают эпидемический характер. История человечества, история обществ представляет нам ряд длинный, можно сказать, — непрерывный ряд примеров, в которых известные побуждения и стремления, известные чувства и идеи охватывают сразу массу людей и обуславливают, независимо от воли отдельных индивидуумов, тот или другой ряд одинаковых действий. При этом двигающая идея, сама по себе, может быть высокою или нелепою, чувство и стремление могут не выходить из границ физиологических, но могут быть также необычайными и аномальными, совершенно изменяющими прежний нравственный и умственный характер людей. К таким примерам морального и интеллектуального движения масс, порою принимающего форму резкого душевного расстройства, мы совершенно вправе приложить название «душевные эпидемии». Аналогия с телесными эпидемиями здесь полная... Оспа и чума уносили прежде тысячи и десятки тысяч жертв и опустошали целые страны. Душевные эпидемии не менее губительны. Проходит время невольного душевного расстройства, время коллективного увлечения и страсти, — и вернувшиеся к рассудку люди обычно не могут понять своих прошлых ошибок...».

К психическим эпидемиям В.Х. Кандинский относит революции и войны, религиозные движения. Он рассматривает массовые походы детей от 10 до 14 лет, собиравшихся в 1212 г. со всей Европы, чтобы идти к гробу Господню в Палестину. Аналогичным было и «массовое безумие детей», охватившее многие местности Германии в 1458 году. К психическим эпидемиям Кандинский относит и так называемые индуцированные поступки (убийства, самоубийства, крупные кражи, мошенничества и т.д.), которые совершаются как бы в подражание. В этом он, в частности, обвиняет прессу и литературу:

«Начиная с Эскироля (Жан Этьенн Доминик Эскироль, 1772—1840 гг., французский психиатр, один из основоположников научной психиатрии), врачи постоянно указывали на опасность от мелкой прессы, распространяющей в массе

подробные и картинные описания различных преступлений и процессов. Не менее вредны литературные произведения, придающие самоубийцам ореол поэтичности и героизма. Madame de Сталь не без основания говорила, что гетевский Вертер вызвал большее число самоубийств в Германии, чем весь прекрасный пол этой страны».

Психические эпидемии известны с древних времен. Греческая мифология сохранила о них память. К примеру, таков миф о трех дочерях тиринфского царя Прэта, которые покинули родительский дом и бродили по лесистым предгорьям, утверждая, что превратились в коров. Такое несчастье постигло их из-за того, что они презрели статую Геры — богини плодородия и брака. Эти девушки — Лизиппа, Финнойя и Ифианасса — вскоре стали центром психической эпидемии, когда к ним присоединились толпы женщин из Тиринфа и Аргоса. Все они чувствовали себя коровами (мычали, щипали траву и ходили на четвереньках). Вылечил их некий Меламп — пастух-прорицатель.

Во время распада СССР многое, что происходило с людьми, по клиническим критериям попадает под категорию психических эпидемий. Приведем пример, когда как бы схлестнулись две разных эпидемии — инфекционная и психическая.

1 декабря 1988 г. ВОЗ объявил Днем по борьбе со СПИДом, внимание к которому было подготовлено средствами массовой информации во многих городах, в том числе в Москве и Ленинграде. Тогда и началась настоящая психическая эпидемия — спидофобия. Как — то сразу масса людей узнала телефоны медицинских учреждений и лабораторий, занимавшихся проблемой «СПИД», и «обрывала» их в течение нескольких суток. Все звонившие требовали срочно проверить их на СПИД. Закончилась эта эпидемия страха перед СПИДом внезапно, вероятно, потому, что страну стали потрясать новые катаклизмы и эпидемии.

Психические эпидемии — это симптом всякого «смутного времени», или социальных катаклизмов. Контингент, которым овладевает психическая эпидемия (будь то эмоционально заряженная идея или напряженный аффект), чаще всего представляет собой толпу, чувствующую себя как нечто целое, единое, тотальное. Правда, бывают эпидемические вспышки, когда «зараженные» не объединяются в толпы. К примеру, в конце прошлого века в ряде деревень Нечерноземья пронеслись психические эпидемии икоты: икали поодиночке, иногда семьями. В одной семье икали, например, дети, в другой — взрослые. Были при этом случаи, когда икать начинали и домашние животные (кошки, собаки). Икота начиналась внезапно и также внезапно прекращалась. Икали сутками, в том числе и во сне. Вспышка затухала, потом, спустя месяц — два, возобновлялась. Врачи и местные знахари ничего поделать не могли.

Психическая эпидемия, охватившая толпу, может превратить ее в криминальную. Хотя история знает случаи, когда «охваченная энтузиазмом» толпа совершала подвиги созидания, находясь в состоянии эйфории или экзальтации. Но чаще **криминальная толпа** способна на спонтанно возникающий бессмысленный бунт агрессивных людей с помраченным сознанием. Аффект, помрачающий сознание толпы, — это конгломерат различных негативных эмоций, достигающих предельной степени напряжения и поэтому готовых к разрешению серией разрушительных действий. Криминальная толпа находится в состоянии группового острого безумия, имеющего выход в слепом уничтожении всего и вся. Этот аффект всегда является психологическим ядром криминальной толпы. Паника, которая часто сопровождает ее действия, — начальная стадия разрешения аффекта, слепые поиски отводных каналов для перенапряженных эмоций. Здесь к месту процитировать русского психиатра и культуролога Н.Н.Баженова, который в начале века писал: «Состояние социальное аналогично состоянию гипнотическому. Иметь только внушенные извне мысли и эмоции и думать, что они спонтанны — вот иллюзия общая для человека в сомнабулизме и для человека в обществе». Баженов четко определил механизмы возникновения криминальной толпы, а именно: гипноз и суггестию (внушение).

В 1771 г. в Москве разразилась чума. Был голод; господствовал полицейский произвол. 10 сентября в различных районах Москвы и окрестностях стали собираться толпы разъяренных людей, вооруженных чем попало: топорами, кольями, камнями, вилами, ружьями и цепями. И, словно сговорившись, двинулись по направлению к Кремлю, круша все на своем пути, затаптывая случайно попадавшихся на пути людей, не щадя ни старого, ни малого, ни женщину, ни убогого. Бунтовщики убили архиепископа Амвросия и пытались ворваться в Кремль. Никаких целей, кроме разрушения, у этих толп не было. «Чумной бунт» — так были названы эти два — три дня — представляет собой еще один пример сочетания инфекционной и психической эпидемии. А через два года началась Крестьянская война под руководством Е.И. Пугачева (1773— 1775).

Почти десять лет — с 1834 по 1844 гг. — на севере, в Приуралье и Поволжье бушевали картофельные бунты, вызванные насильственным введением новой культуры — картофеля. В совокупности своей они, может быть, и выражали антикрепостнические настроения, которые были характерны тогда для всех слоев населения (выразителями их, как известно, стали петрашевцы), но каждый в отдельности бунт, кроме разрушения, ничего с собой не нес.

Криминальная толпа, будь она из десятка тысяч человек, неизвестно для чего собирается, неизвестно, куда идет, неизвестно для чего убивает, для чего себя дает убивать, для чего разрушает все, что попадает на пути. Морально криминальная толпа беспомощна, и поэтому ее нетрудно разогнать горсткой вооруженных людей. Тот, кто хорошо знает животный мир, знает и то, что бешенство может охватить и наших братьев меньших. Для того, например, чтобы остановить табун коней, несущихся в пропасть, необходимо быстро распознать «свихнувшуюся» лошадь и отстрелить ее, чтобы спасти остальных.

Сознание криминальной толпы помрачено аффектом (как сомнамбулы, по Баженову), и поэтому действия ее слепы и хаотичны. У криминальной толпы нет иной цели, как найти выход для нестерпимого напряжения, а когда пары спущены и пламя аффекта сбито, остается страх, продолжающий удерживать людей в толпе. Без «дерзости» и спеси криминальная толпа беспомощна.

Основные термины, в которых можно описать криминальную толпу, следующие: *Ажитированность* — внезапно возникающее сильное беспорядочное двигательное беспокойство или даже возбуждение, часто сопровождаемое речевым возбуждением (выкрики, угрозы, оскорбления, нецензурная брань, плевки, свист, хрюканье, улюлюканье и т.д.). Разрушительные действия в течение трех суток (без сна и отдыха). Прекратиться все может внезапно, сменившись вялостью, подавленностью, апатией или «скулящим страхом», иногда — амнезией (беспамятством).

Так, в одной геологической экспедиции, работавшей в Аяно-Майском районе вдали от населенных пунктов, после нескольких дней изнурительного перехода, сопровождаемого бесчисленными укусами мошкары, у большой группы геологов возникло состояние ажитации, в которое затем включились почти все, кроме проводника, местного жителя якута, и фельдшера, 20-летней девушки, только что поступившей на работу по окончании медицинского училища. Ажитация длилась около пяти часов: с 12 дня до 17. За это время двое погибли, пятеро получили тяжелые ранения, трое из них нанесли себе увечья сами, ножами и топорами, почти все остальные получили в той или иной степени различные повреждения, в том числе, и оттого, что кусали друг друга. Все имущество экспедиции: палатки, переносные лодки, аппаратура, кухонные принадлежности, оружие, инструменты — было уничтожено, разбросаны банки и пакеты с продуктами.

«Все это происходило, как в кино», — вспоминает фельдшер. «Как во сне или спяну», — подтверждает проводник. Они были разделены буйствующей толпой и наблюдали ее из разных точек. Никто из бесновавшихся не обращал на них ни малейшего

внимания, хотя спрятаться им было негде. Вероятно, сознание буйствующих было сужено, так что и девушка, и проводник просто не попадали в поле их зрения.

Успокаивались постепенно, в течение получаса, крик и ругань сменились стонами, всхлипываниями, причитаниями. Полностью очнувшись, не могли понять, что произошло. Никто ничего не помнил. Средний возраст геологов 35 лет, треть отряда составляли женщины. Все, за исключением фельдшера, имели стаж полевых работ свыше 10 лет, алкоголь не принимали.

Импульсивное поведение и растерянность перед его нелепостью характеризуют и другой случай.

Трое солдат первого года службы пошли в караул, получив автоматы и комплект патронов. Один из них, находясь на посту, внезапно открыл огонь по подходившим проверяющим, скосив их очередь. Быстро снял с убитых оружие и побежал «хвастаться» к двум другим, стоявшим на своих постах. Всех троих охватило состояние ликования и свободы. Ночью они напали на охрану склада с оружием, убили ее, захватили автомобиль, несколько ящиков с патронами, несколько автоматов и направились в свою казарму. Там, убив младшего офицера прикладом, захлеб стали рассказывать другим военнослужащим о своих «подвигах» и призывать всех «подаваться в партизаны». Так образовалась группа из одиннадцати человек, которая на двух автомобилях выехала из части. В осеннее время пять дней они скрывались в лесу, по ночам в деревнях воровали съестное. Спали мало. Энтузиазм угасал вместе с силами. На шестой день, вечером, всей гурьбой вошли, волоча за собой автоматы, в один из домов и попросили поесть. Наевшись картошки с хлебом и молоком, упали на пол и крепко уснули. Аресту не сопротивлялись. Ни один патрон израсходован не был.

Молчаливая агрессия — состояние угрюмого напряжения, по неясным каналам распространяющееся от одного человека к другому и овладевающее группой мгновенно. За короткое время этим состоянием могут быть охвачены десятки и сотни людей. Молчаливая агрессия базируется на депрессивном аффекте и разрешается серией разрушительных акций, убийством, членовредительством. Внешне эти акции могут производить впечатление целенаправленных действий, однако с исчезновением напряжения наступают растерянность, чувство общего страха перед содеянным, иногда паническое бегство, попытка толпы рассеяться. Расстройств памяти не наблюдается.

В одном ИТУ внезапно возникло состояние всеобщего напряжения, охватившего заключенных без всякой причины, двое суток стояла атмосфера тяжелой угрозы, причины которой не были ясны. Воспитатели, политработники, командование ИТУ не могли снять это напряжение, все ждали «неминуемого взрыва», хотя обычный распорядок, в том числе, трудовой, не нарушался.

На третьи сутки перед обедом в одном из цехов без всякого шума был убит инженер, что явилось словно сигналом к агрессивным действиям: в разных концах «зоны» почти одновременно были совершены попытки убийств военнослужащих — работников ИТУ и охраны. Захвачены узлы связи, автомобильный транспорт, частично оружие. Активные действия совершались стремительно, «как по единому плану», молча — ни криков, ни ругани, ни команд, ни лишних слов, только отрывочные — «готов», «осторожно», «марай», «кончено», «дыши тише», «отдыхай» и т.п.

Затем заключенные забаррикадировались в отдельных помещениях, разрушив там оборудование. Около трех суток практически ничего не ели и не спали, затем стали группами «сдаваться». Были единичные попытки самоубийств и членовредительства: один заключенный отрубил себе кисть, двое вскрыли вены, один оторвал себе щипцами нос и ухо, один прибил себе гвоздем мошонку к полу. Несколько человек попытались бежать, причем совершали побег на открытой и хорошо простреливаемой местности, то есть скорее в панике или с целью быть убитыми. Все без исключения признали себя виновными и требовали «немедленного наказания — вышки!»

«Буза» — внезапное, по малейшему поводу или без него, возбуждение толпы, как правило, «на вербальном уровне», то есть без разрушительных действий, характеризующееся беспорядочным разноголосым криком, руганью, угрозами, бранью, оскорблениями, издаванием различных глумливых звуков и шумов и т.п. Для состояния всеобщего возбуждения характерен смешанный аффект, экзальтация, дисфория все кричат, каждый чего-то требует, но что точно и сам не знает, эхолалия и эхопраксия (повторение друг за дружкой одних и тех же слов, точно также и в отношении жестов). Высказываются какие-то мелкие обиды, наговоры, придирки, заведомо ложные обвинения того, перед кем бузят и куражатся. Это сплошь и рядом наблюдается в местах лишения свободы, среди людей, по тем или иным причинам изолированных, вынужденных определенное время пребывать вместе. Точно также и среди тех, кто ощущает ущемление своих прав и свобод (геологические партии, рыболовецкие суда, туристический теплоход, база отдыха, занесенная снегом, и множество других подобных случаев, в том числе в рабочих коллективах, где задерживают зарплату и т.д.).

«Кураж» — та же буза, только перед конкретным или воображаемым «начальником», чтобы «ему показать» «заставить его себя уважать», «быть и говорить с ним на равных» или просто обратить внимание «начальника» на свою персону. Иногда при этом отмечаются случаи разрушений имущества и членовредительство куражащегося.

«Панкизм» характеризуется беспорядочным возбуждением толпы, в буквальном смысле самооплевыванием и оплевыванием окружающих, исполнением публично скабрёзных действий (обнажения, имитации или совершения публично половых актов). Нередки мелкие разрушительные действия — ломка стульев и битье посуды. Они носят характер вычурности, демонстративности, нарочитой нелепости и совершаются не для кого-то, не с целью привлечения внимания, а для себя — буйство ради буйства. Как правило, среди панкующей толпы всегда есть один или несколько человек в наркотическом состоянии, многие бывают в алкогольном опьянении (токсикоманы, кстати, никогда не панкуют). Панкующая толпа имеет опасную тенденцию вовлекать посторонних и заражать всеобщим аффектом, отличающимся мазохистско-садистскими действиями. Возможны «случайные» («понарошку») убийства и самоубийства, поджоги и самосожжение.

В июле 1989 г. в одном из районов Смоленской области такие «панкующиеся» жгли транспорт, в поселках Калининской и Московской областях — жгли дома, дачи. В августе этого же года панкующая группа пыталась устроить железнодорожную катастрофу, свалив на рельсы бетонный столб. Как признался потом один из участников: «Хотелось своими глазами увидеть, как это происходит, ведь интересно, не правда ли, как электричка, переполненная людьми, сойдет с рельсов и пойдет под откос!»

Таковы общие черты, определяющие криминальную толпу. Основная ее характеристика — спонтанность: люди объединяются как бы случайно, по незначительному поводу или мотиву. Бывает, что случайный человек втягивается в нее, как в омут, помимо воли, самим ее властно-напряженным потоком, всеобщим чрезвычайно заразительным (заразным) аффектом, внезапно передающимся постороннему при виде возбужденной толпы, эмоциональной многорукой жестикуляции, путем индукции и имитации (А.А. Ухтомский).

Люди, действующие в криминальной толпе, часто испытывают самые настоящие зрительные и слуховые галлюцинации. Например, одна возбужденная группа, проводившая митинг по случаю очередной задержки зарплаты в одном из заводских клубов Москвы, в один голос утверждала, что к ним только что приезжал Ельцин, обещавший, что их деньги незамедлительно будут выплачены. Такие люди бывают ослеплены различного рода иллюзиями.

В криминальную толпу особенно просто и легко включаются так называемые пограничные типы с аномальными и психопатологическими характерами. Это неслучайно, поскольку, с одной стороны, такие лица обладают повышенной степенью

внушаемости, вплоть до сомнамбулизма, а с другой — являются отличными проводниками аффективного заряда и поэтому быстро психически заражают других людей. Больше того, в силу особенностей своего характера они являются своеобразными аккумуляторами, удерживающими аффективное напряжение. Пограничные типы не способны к самоконтролю в конкретной ситуации и не критичны по отношению к своим действиям и поступкам окружающих.

Криминальные толпы как явление (симптом) порождены процессами, происходящими в обществе, суть выражения социальной жизни. Правда, они могут возникнуть и в районах природных стихийных бедствий, но и в таких случаях они остаются сугубо социальным явлением, или точнее, медико-социальным «случаем». И еще: криминальная толпа преступна по своим действиям, но, если так можно выразиться, не по своему составу. Это образование функциональное. Только с моральных позиций можно судить тех, кто так или иначе оказался вовлеченным в криминальную толпу, потому что не смог духовно (морально) противостоять ее воздействию. Это тема большого и серьезного исследования именно социальной медицины, поскольку ни клиницисты, ни социологи, ни криминалисты не имеют адекватных методов профилактики психических эпидемий и криминальных толп, а тем более их «лечения».

Безусловно преступны те, кто так или иначе способствует возникновению криминальной толпы (какими бы благими мотивами они ни руководствовались при этом), создают прямо или косвенно предпосылки для ее появления в обществе. По любым критериям, они разносчики «заразы», создатели «инфекционного очага» — криминогенной ситуации. Прямым преступником нужно назвать всякого, кто манипулирует подобным сообществом.

Криминальная толпа по своей сути противоположна криминальной группе (банде, мафии), иначе говоря, организованной преступности, имеющей своим средством и ставящей своей целью преступление (сознательный акт). Криминальная толпа не организована, бесструктурна, или вернее, ее структура своеобразна, как у шаровой молнии: есть эпицентр, ядро и оболочки. Пограничные типы составляют ядро, а социопаты — наружные оболочки. В эпицентре — психологическая пустота, в которой и находится стержневой аффект, «заряжающий» криминальную толпу. Но в это «психологическое пространство» может быть умело «вложена» программа. Тогда криминальная толпа становится управляемой (не переставая быть стихийной). Управление может осуществляться и дистанционно, в том числе и через различные СМИ, через рынок, рекламу, путем манипуляции потребительским интересом и т.д. Между криминальной толпой и криминальной группой, конечно, есть и связующие звенья, выступающие одновременно и как взаимно-переходные состояния: из криминальной группы — в криминальную толпу и обратно.

К таким переходным звеньям можно отнести, скажем, так называемых спортивных фанатов, годами мигрирующих за своей командой, а так же фанатов рок- и поп-звезд. Примером могут быть и пресловутые «казанцы», «люберы», «тверцы», «рязанцы», «смолянички» — группировки вооруженной молодежи, еще недавно перемещавшиеся, в основном по близлежащим регионам, с явно преступными целями. С одной стороны, подобные «структуры» отличаются по многим характерным признакам от криминальной толпы. С другой — в них уже проявляется и «работает» криминальная организация, с присущей ей иерархией ролей и функций. Известно, что преступные элементы, в том числе воры «в законе», внедряясь в ряды фанатов, молодежи с отклоняющимся поведением, формируют из них преступные группы. Поэтому стоит ли удивляться, что в нашей стране так быстро сформировалась наркомафия — организация со сложнейшей структурой и массовым кадровым аппаратом! Ведь перед этим были «казанские», «ферганские», «тбилисские», «бакинские» и другие события.

Концепция ажитированной толпы как «носителя» психической эпидемии, какого бы содержания последняя ни была, складывается из индивидуально-психологических

закономерностей и, пользуясь термином З. Фрейда, психопатологии обыденной жизни, усвоенной массой. Причины помрачения массового сознания всегда объективны, но было бы ошибкой ограничивать их лишь социально — экономическими условиями.

Фрейд одним из первых всерьез заговорил о психопатологии обыденной жизни, об «эпидемиологии» психических расстройств. Психическая эпидемия — явление, еще далеко не изученное, но уже можно обозначить некоторые концептуальные представления о ней.

Психическая эпидемия — это проявление других «Я» в человеке, среди которых такие, которые называют «призрак», «мертвец», «зомби». Людям обычно кажется, что они хорошо знают себя (и на что они способны и не способны), даже не предполагая, что знают только одно свое лицо (привычное, обыденное). Но каждый кроме «привычного своего Я» постоянно носит в себе и своих «призрака», «мертвеца» и «зомби». Так, находясь в ясном сознании и здравом уме, любой человек тем не менее может «увидеть», «услышать», «физически ощутить» то, чего «на самом деле» не существует, общаясь не только со своим «двойником», но и с давно умершим человеком или инопланетянином. Это **феномен призрака**.

«Мертвец» — это сам человек, со стороны своей частично отключенной (или парализованной) воли, с резко ограниченной способностью аналитического и критического мышления. При этом, находясь в ясном сознании, он и не догадывается, что частично «мертв». Именно поэтому человек может не чувствовать боли, когда его тело подвергается разрушению (харакери, самосожжение, феномен Сцеволы и др.)

«Зомби» — это результат грубой суггестии, то есть прямого внушения, в настоящее время нередко подкрепляемого техническими, фармакологическими (психотропными) и наркотическими средствами (частично анаболиками) воздействия на человека. Образно выражаясь, при варианте «зомби» душа человека «изымается», а вместо нее вводится тем или иным путем по каналу суггестии определенная «программа». Человек как бы превращается в живого робота, послушно исполняющего волю того, кто за «пультом».

В азитированной толпе работают все три механизма «Я». Люди, собравшиеся в толпу, по ее собственным законам превращаются для себя и окружающих в этих оборотней — призраков, мертвецов и зомби. «Программист», или «манипулятор», тоже может быть среди толпы, умело ее подстраивая и управляя ею. Три «кита» поддерживают толпу как целое, они же ее механизмы. Это суггестия (внушение), индукция (здесь — восприятие, сохранение, превращение, усиление и передача эмоций и аффекта от одного человека к другому или другим) и имитация (здесь — невольное, произвольное, неумышленное, неосознанное подражание, вплоть до копирования мимики, жестов, действий другого человека (эхопраксия), как при заразительном смехе, плаче, зевоте (феномены психического зеркала).

Для наглядности приведем пример криминальной толпы, охваченной психической эпидемией (сознательно вызванной и достаточно полно управляемой).

В ноябре 1978 г. в джунглях Гвианы произошло одновременное самоубийство 900 человек, в результате проповедей преподобного Джима Джонса, одного из идеологов и создателей культов смерти. Отцы и матери травили себя и своих детей, дети — себя и своих братишек и сестреноч, своих любимых собачек, обезьянок, кошек и, мучаясь в предсмертных судорогах, ложились на землю, крепко держа друг друга за руки. Джим Джонс подгонял их через громкоговоритель, сидя в похожем на трон кресле, над которым было такое: «Кто забудет свое прошлое, в того оно выстрелит из пушки».

Эпидемиология — это, пожалуй, самая сложная часть социальной медицины, составляющая особую ее область, все еще все до конца не разработанная и в современных условиях нуждающаяся в специальных системных исследованиях.

§ 2.2.1. Санитарное законодательство. Влияние загрязнения окружающей среды на здоровье населения

На современном этапе развития общества восстановление, сохранение и укрепление здоровья населения РФ является не просто социальной проблемой, а проблемой обеспечения национальной безопасности, проблемой жизнеобеспечения страны. Эту задачу призвана решать санитарно-эпидемиологическая служба, т.к. именно она представляет собой законодательно подкрепленную, стабильно работающую структуру в системе здравоохранения, имеющую надежную, эффективную систему управления.

Законодательным документом, регламентирующим работу санитарно-эпидемиологической службы в стране, является закон РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" №52 от 30 марта 1999г.

В соответствии с Законом *санитарно-эпидемиологическое благополучие населения* это такое состояние здоровья, среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

Актуальность принятия закона определяется в первую очередь состоянием здоровья населения РФ, качеством среды обитания и прогнозам их изменений.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка среды обитания в РФ продолжает оставаться напряженной, сохраняется вредное воздействие факторов окружающей среды на здоровье человека.

Несмотря на спад производства и снижение объемов выбросов загрязняющих веществ, положение с состоянием атмосферного воздуха, водоёмов и почвы остаётся крайне неблагоприятным.

Влияние загрязнения окружающей среды выражается в следующих отрицательных показателях:

- рост смертности, особенно в работоспособных возрастных группах;
- снижение рождаемости и ожидаемой продолжительности предстоящей жизни;
- увеличение числа хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний;
- снижение неспецифической резистентности организма;
- увеличение патологии новорожденных и др.

Состояние водоснабжения.

Анализ существующего состояния питьевого водоснабжения населения показывает, что практически все водоисточники подвергаются антропогенному и техногенному воздействию с различной степенью интенсивности.

Высокий уровень загрязнения поверхностных вод отмечается в бассейнах таких рек, как Волга, Дон, Северная Двина, Нева, Иртыш и др. Ухудшение качества подземных вод отмечено в 90 городах и поселках.

В настоящее время в РФ 90% населения обеспечены централизованным водоснабжением, при этом 68% всей водопроводной воды подается из открытых водоёмов. По санитарно-химическим показателям количество исследованных проб воды, не отвечающих гигиеническим требованиям, составляет в среднем 29%. В 18 субъектах РФ /республика Калмыкия, Карелия, Томская, Воронежская, Архангельская обл., г. Москва и др./ эти показатели значительно хуже — от 39 до 81%.

В воде источников таких территорий, как Свердловская, Астраханская обл., Приморский край и др. обнаруживаются соли тяжелых металлов /ртуть, свинец, кадмий/.

По микробиологическим показателям в 1999г. 9,5% исследованных проб воды источников водоснабжения не отвечали нормативным требованиям. В наибольшей степени загрязнены микробами водоисточники в Санкт-Петербурге /64%/, в республиках

Калмыкия, Дагестан, в Карачаево-Черкессии /33,2 — 25,4%/. Микробное загрязнение питьевой воды нередко является причиной возникновения кишечных инфекционных заболеваний. В течение 1999г. в стране зарегистрированы 122 вспышки острых кишечных инфекционных заболеваний, обусловленных водным фактором, с числом заболевших 4403 человека.

Законодательные меры по повышению качества и безопасности питьевой воды:

- федеральный закон "О питьевой воде и водоснабжении" 2000г.
- федеральная целевая программа "Обеспечение населения России питьевой водой", 2000г.;
- в 1999г. Россия подписала Международную лондонскую хартию "Вода и здоровье".

Состояние воздушной среды.

В РФ практически ежегодно возрастает воздействие вредных факторов воздуха на здоровье человека. На 40% территорий постоянно регистрируется превышение предельно допустимых концентраций /ПДК/ пыли, окислов азота, окиси углерода, формальдегида свинца, углеводородов, сернистого газа. Число жителей, находящихся под воздействием максимальных концентраций примесей выше 10 ПДК составляет 30 млнчеловек, выше 1 ПДК — 60,6 млнчел.

Наиболее высокие уровни загрязнения воздуха определяются в Краснодарском крае. Архангельской, Иркутской, Московской, Самарской, Сахалинской областях. В Ленинградской, Липецкой, Омской областях более 50% городского населения проживают на территориях с очень высоким загрязнением воздуха.

Высокое загрязнение атмосферного воздуха обусловило увеличение заболеваемости болезнями органов дыхания у детей, в том числе бронхиальной астмой и бронхитами. Так, средняя частота бронхиальной астмы среди детского населения /0-14лет/ составляет 4,3 на 1000 детей, а в индустриальных городах — от 8,7 до 9,7 на 1000 детей.

Отмечается также рост аналогичных заболеваний среди взрослых в 2,2 раза по сравнению с 1998 годом.

В течение ряда лет продолжалась деятельность по совершенствованию законодательной базы и государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования в области регулирования качества атмосферного воздуха и защиты населения от воздействия загрязняющих веществ.

Основные законодательные акты по охране атмосферного воздуха:

- федеральный закон "Об охране атмосферного воздуха" 2000г.;
- национальный план действий по гигиене окружающей среды, 2000г.
- "Предельно допустимые концентрации /ПДК/ загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест", 1998г. /гигиенические нормативы/.
- Предельно допустимые концентрации микроорганизмов-продуцентов, бактериальных препаратов и их компонентов в атмосферном воздухе, 1998г.

§ 2.2.2. Условия труда и профессиональная заболеваемость

В настоящее время количество работающих в РФ составляет 50% от общей численности всего населения. На работах с вредными и неблагоприятными условиями труда во всех отраслях промышленности и сельского хозяйства занято более 3,1 млн человек /21% от всей численности/, в том числе 1 млн женщин, из них в условиях повышенного уровня шума, инфразвука, ультразвука и вибрации 1,4 млн человек, повышенной запыленности и загазованности — 1,8 млн человек. Кроме того, тяжелым физическим трудом занято около 0,5 млн человек. В целом, в промышленности практически каждый пятый работает в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам.

Наиболее неблагоприятными являются условия труда в промышленности строительных материалов, угольной промышленности, цветной металлургии, черной металлургии, тяжелом машиностроении, энергетике. Особенно много нарушений законодательства по охране труда выявляется на предприятиях малого и среднего бизнеса.

Несмотря на спад объемов промышленного производства и принимаемые госсанэпидслужбой меры, улучшения условий труда на объектах промышленности и сельского хозяйства, как правило, не отмечается.

В 1999г. у 9564 работающих, в том числе у 2330 женщин был впервые поставлен диагноз профессионального заболевания, зарегистрировано 174 острых и 300 хронических профессиональных отравлений.

Остается актуальной проблема улучшения условий труда женщин, особенно беременных. За редким исключением женщинам в период беременности не снижают норм выработки, норм обслуживания. В 1999г. профзаболеваемость среди работающих женщин составила 24,3% от всей суммы профессиональных заболеваний.

Особую тревогу вызывает профзаболеваемость среди медицинских работников, которая имеет тенденцию к росту с темпом 8,8% в год. Основной причиной роста являются неудовлетворительные условия труда. Показатель профессиональной заболеваемости в здравоохранении в настоящее время в 30 раз выше, чем в народном образовании и в 33 раза выше, чем в торговле и общественном питании. Основное количество составляют хронические формы профессиональных заболеваний — 90,4% в 1997г. Высок удельный вес случаев с утратой трудоспособности -52,5 и 48,6% соответственно.

Начиная с 1994г. среди работников здравоохранения число случаев выявления профессионального туберкулеза увеличилось в 2 раза, вирусного гепатита В — в 1,6 раза. Наиболее часто заболевают сотрудники, проработавшие менее 5 лет и 5 — 9 лет. Одной из причин роста профзаболеваний является низкий уровень организации и качества проведения профилактических медицинских осмотров. Как правило, не достигается их основная цель — своевременное выявление ранних признаков профессиональных болезней. Сложившаяся ситуация потребовала принятия законодательных актов.

Вопросы диспансеризации работающих в неблагоприятных условиях были обсуждены на состоявшейся в мае 1999г. коллегии Минздрава России "О состоянии и мерах по профилактике профессиональной заболеваемости в РФ", принят Федеральный закон "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний", постановление "О проведении обязательных медицинских осмотров работников отдельных профессий, производств и организаций".

Проблема профессиональной заболеваемости, касающаяся состояния здоровья наиболее трудоспособной части населения, имеет важное народнохозяйственное и социальное значение, поскольку влияет на производительность труда работников многих массовых профессий в ведущих отраслях промышленности, а такие сопровождается существенным материальным ущербом.

Наиболее радикальными в системе профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития профессиональных заболеваний, считаются инженерно-технические, к числу которых относятся:

- внедрение новых технологий, полностью прекращающих или существенно снижающих влияние неблагоприятных производственных факторов на организм работающих;
- широкая автоматизация вредных производственных процессов, исключая непосредственное участие человека;
- герметизация наиболее опасных этапов производства;
- снижение уровня вредных факторов, воздействующих на работающих, до регламентируемых современными санитарными нормами ПДУ и ПДК.

К числу существенных мероприятий по предупреждению возможного развития профессиональной патологии относится качественное проведение предварительных и периодических медицинских осмотров работников вредных производств.

В настоящее время НИИ гигиены и профпатологии разрабатываются новые методики, позволяющие диагностировать на доклиническом уровне, начальные признаки профзаболеваний и определить группы риска, совершенствуются наиболее информативные диагностические критерии, поскольку лечебно-оздоровительные мероприятия оказываются наиболее эффективными именно в этих группах, а такие на самых начальных этапах развития профессиональных заболеваний.

Стратегической целью реализации концепции создания системы обеспечения безопасной среды обитания и охраны здоровья населения является обеспечение социальных гарантии, экологизация производства, экологически обоснованного размещения производственных сил, создание национальной системы безопасности и охраны здоровья населения, в основу которой положен тотальный санитарно-гигиенический мониторинг состояния адаптации.

§ 2.2.3. Структура государственной санэпидслужбы, её задачи и функции

Структура и функции госсанэпидслужбы за длительный период ее существования изменялись параллельно с изменениями экономики и социальной сферы.

Процесс создания специализированных учреждений санэпидслужбы начался в 1922 году с издания Декрета Совета Народных комиссаров РСФСР "О санитарных органах республики". Спустя пять лет, в 1927 году, было принято постановление Совета Народных Комиссаров РСФСР, утвердивших "Положение о санитарных органах республики".

В соответствии с этими документами к 1941 году число санитарно-эпидемиологических станций в СССР достигло 1900.

Основными задачами этих учреждений являлись:

1. санитарная охрана населенных мест, воздуха, почвы, жилищ, мест общего пользования, продуктов питания;
2. организация мер по борьбе с заразными болезнями;
3. охрана здоровья детей и подростков;
4. участие в санитарной охране труда, физической культуры и др.

В 1933 году произошло разделение функций санэпидслужбы — образована Всесоюзная государственная санитарная инспекция при сохранении СЭС: на инспекцию был возложен исключительно предупредительный санитарный надзор (1. Участие в комиссиях по отведению участков под строительство. 2. Контроль за строительством новых объектов. 3. Прием их в эксплуатацию.), на СЭС — осуществление всего комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий на территории своей деятельности.

В 1956-1957 гг. в большинстве сельских районов была произведена реорганизация санэпидслужбы — ликвидация самостоятельных СЭС и создание вместо них санэпидотделов в составе районных больниц. Ожидаемого улучшения профилактической работы не произошло, санэпидслужба понесла организационные и кадровые потери.

В связи с этим в 1963 году было принято постановление Совета Министров СССР "О государственном санитарном надзоре СССР". Этим документом были восстановлены прежняя структура и функции государственной санитарной службы, создана основа для ее дальнейшего развития.

Кардинальные политические, экономические и социальные изменения, происходившие в стране в конце 80-х — начале 90-х гг., определили необходимость совершенствования организационного построения и законодательного закрепления места санэпидслужбы в системе здравоохранения. Итогом этой работы стало принятие в 1991 году Закона РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". Этим законом впервые в отечественной истории на законодательном уровне было введено

регулирование общественных отношений в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В настоящее время все мероприятия по обеспечению санитарно-гигиенического благополучия регламентируются новым федеральным законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", принятым Государственной Думой 12 марта 1999 года.

Работу по обеспечению санитарно-гигиенического благополучия возглавляет Департамент Госсанэпиднадзора в составе Минздрава РФ, которому подчинены центры Госсанэпиднадзора в республиках, входящих в состав РФ, автономных областях и округах, краях, областях, районах, на водном и воздушном транспорте, научно-исследовательские учреждения гигиенического и эпидемиологического профиля, высшие и средние специальные учреждения и др.

Одним из важнейших направлений деятельности госсанэпидслужбы является текущая и профилактическая дезинфекция. Реализация этой функции осуществляется государственными унитарными предприятиями дезинфекционного профиля.

В профилактике возникновения и распространения особо опасных инфекционных заболеваний ведущая роль принадлежит противочумным станциям и институтам. Сеть противочумных станций, дислокация которых соответствуют ареалам инфекционных заболеваний, насчитывает 11 учреждений. Руководство ими осуществляет противочумный центр.

Научное обеспечение деятельности госсанэпидслужбы осуществляют 30 научно-исследовательских институтов гигиенического эпидемиологического профиля, 5 из которых — противочумные.

Функции госсанэпидслужбы:

- наблюдение, оценка, прогнозирование состояния здоровья населения в связи с состоянием среды обитания человека — социально-гигиенический мониторинг;
- установление причинно-следственных связей между состояниями здоровья и средой обитания человека;
- принятие в пределах своей компетенции решений по проведению гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий;
- контроль за выполнением гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий, санитарных норм, правил, гигиенических нормативов;
- введение государственного учета инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, пищевых отравлений и др. заболеваний, связанных с воздействием неблагоприятных факторов внешней среды.

В современных условиях социально-экономического развития страны наиболее целесообразной признана трехуровневая система управления госсанэпидслужбой:

Первый уровень управления. К учреждениям этого уровня относятся центры Госсанэпиднадзора в сельских и городских районах, в городах с районным делением и без районного деления. Функцией этих учреждений является непосредственное осуществление Госсанэпиднадзора на территории своей деятельности.

Второй уровень управления. К учреждениям данного уровня относятся центры Госсанэпиднадзора, находящиеся в республиках, краях, областях, городах федерального подчинения, автономной области, автономных округах.

В их задачу входит организация санэпидслужбы на территории своей деятельности, контроль за эффективностью и качеством работы подчиненных учреждений. Кроме того, в учреждениях данного уровня осуществляются сложные лабораторные исследования, инструментальный контроль за источниками ионизирующего излучения, отдельные виды предупредительного санитарного надзора, организация системы социально-гигиенического мониторинга, ведение систем аккредитации и лицензирования.

Третий уровень управления. Согласно предложенной концепции развития, на третьем уровне осуществляется руководство санэпидслужбой РФ, организация санэпиднадзора в стране. Выполнение этих задач осуществляет Департамент Госсанэпиднадзора в составе Минздрава РФ.

Организационная структура и штаты центров санэпиднадзора зависят от количества населения в населенном пункте. В сельских районах с численностью населения до 60 тыс. работают 1-2 врача и 6-8 помощников (фельдшеров). В структуре предусмотрены отделения санэпиднадзора и лабораторного контроля.

В крупных сельских и городских районах в структуре центров санэпиднадзора имеются отделы социально-гигиенического мониторинга и санэпиднадзора, который включает подразделения: эпидемиологическое, гигиены питания, гигиены труда, гигиены детей и подростков, коммунальной гигиены, санитарно-контрольное, отдел лабораторного контроля с санитарно-химическим и микробиологическим отделениями, отделение радиационной гигиены.

В случае возникновения чрезвычайных ситуаций, промышленных аварий, катастроф или угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний решением Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ по предложению или предписанию главных государственных санитарных врачей вводятся ограничительные мероприятия или карантин.

§ 2.2.4. Инфекционные и эпидемические болезни

Инфекция (от лат. Infectio — заражать) — это внедрение и размножение микроорганизмов в макроорганизме с последующим развитием сложного комплекса их взаимодействия. На практике и нередко в научной медицинской литературе под термином инфекция подразумеваются такие понятия, как инфекционная болезнь, возбудитель болезни, состояние зараженности организма, локализация возбудителя и т.п.

Однако по своей биологической сущности инфекция — это процесс взаимодействия макро- и микроорганизма, крайней степенью выражения которого является инфекционное заболевание.

От неинфекционных (соматических) заболеваний инфекционные отличаются по ряду признаков:

1. Пусковым механизмом является живой возбудитель.
2. Характеризуется заразностью, т.е. передается от больного к здоровому.
3. Имеет инкубационный (скрытый) период.
4. После выздоровления формируется иммунитет (невосприимчивость к повторному заболеванию).

Восприимчивость человека к возбудителям различных инфекционных заболеваний неодинакова. Так, человек практически в 100% случаев восприимчив к чуме, гриппу, натуральной оспе, в то время, как к сибирской язве, например, восприимчивы 20-40 % людей.

Инфекционные болезни, имеющие тенденцию к быстрому распространению и охвату большого количества людей, называется **эпидемическими**.

К таким заболеваниям относятся грипп, холера, чума, полиомиелит, корь, скарлатина, ветряная оспа и др.

Объективные закономерности возникновения, развития, течения и прекращения эпидемического процесса и меры его предупреждения и ликвидации изучает наука — **эпидемиология**.

Эпидемический процесс, как и всякое явление в природе, можно характеризовать, как с количественной, так и с качественной стороны. Принято различать **четыре степени интенсивности эпидемического процесса**, которые обусловлены видом возбудителя, восприимчивостью коллектива, социально-экономическими условиями и др.

1. **Спорадическая заболеваемость** — уровень постоянно регистрируемой заболеваемости какой-то эпидемической болезнью, обычный для данного инфекционного заболевания на определенной территории, причем отдельные случаи заболевания не связаны между собой.

2. **Эпидемическая вспышка** — форма эпидемического процесса, при котором в короткие промежутки времени на ограниченном пространстве возникают эпидемические заболевания, связанные общим источником инфекции.

3. **Эпидемия** — форма эпидемического процесса, характеризующаяся значительной территориальной распространенностью (крупный населенный пункт, район, область) и представляющая ряд эпидемических вспышек, связанных между собой.

Уровень эпидемических вспышек заболеваемости при эпидемии, как правило, в 5-10 раз превышает уровень спорадической заболеваемости этой инфекцией на данной территории.

4. **Пандемия** — форма эпидемического процесса, при котором в короткие промежутки времени эпидемия какой-либо инфекции поражает население целых стран, континентов и даже всего земного шара.

Характерными примерами являются пандемии гриппа в 1918-1919 гг и в 1957-1958 гг.

Эндемия — форма эпидемического процесса, при которой какая-либо инфекция постоянно встречается в определенной местности, т.е. источник инфекции сохраняется на данной территории.

Например, комариный энцефалит на Дальнем Востоке, туляремия в степных зонах Поволжья и др.

Эпизоотия — эпидемический процесс среди животных, которые могут служить источником заражения людей.

С понятиями эндемия и эпизоотия тесно связано учение о природной очаговости заболевания, основателем которого является Е.Н. Павловский.

Природная очаговость болезней — особенность некоторых инфекционных заболеваний человека, состоящая в том, что они имеют в природе эволюционно возникшие очаги, существование которых обеспечивается последовательным переходом возбудителя от одного животного к другому. Переносчиками заболевания чаще всего являются кровососущие членистоногие, путь передачи трансмиссивный. Такие очаги болезни могут веками оставаться неизвестным человеку, пока он не попадает на их территорию. Природно-очаговые болезни характеризуются определенной сезонностью с пребыванием человека в соответствующие сезоны года в определенных природных ландшафтах. Природно-очаговыми являются туляремия, чума, клещевой весенне-летний энцефалит и др. заболевания.

Смертность — число смертельных исходов инфекционных болезней за определенный календарный период, приходящих на определенное количество населения.

Среди взрослых смертность исчисляется на 100.000 человек, детская смертность — на 10.000 человек.

Летальность — количество летальных (т.е. смертельных) исходов на 100 человек, болевших данной инфекцией за определенный календарный период.

Для развития эпидемического процесса необходимы три основных условия (или фактора): источник инфекции, механизм передачи возбудителя и восприимчивый организм (коллектив).

1. **Источник инфекции** — больной человек, бактерионоситель или больное животное. Наличие больного человека не всегда предопределяет развитие эпидемического процесса. Если больной госпитализирован в инфекционное отделение или изолирован дома, распространения инфекции может не быть.

В зависимости от источника заражения все инфекционные болезни можно разделить на большие группы:

Антропонозы (источник — больной человек, выздоравливающий, бактерионоситель; болеют только люди).

Антропозоонозы (источник — больное животное); болеют как животные, так и люди; люди друг от друга антропозоонозными инфекциями, как правило, не заражаются. Исключение составляет легочная форма чумы.

Зоонозы (источник — больное животное; болеют только животные). Однако на практике нередко все болезни, источником которых для человека являются животные, называются зоонозными, например, бруцеллез, туляремия, сибирская язва, бешенство, лептоспироз и др.

2. Механизм передачи — это процесс выведения возбудителя из зараженного организма, перемещения его во внешней среде и внедрение в другой организм. Каждый возбудитель имеет свою органотропность, т.е. специфическую локализацию в макроорганизме и специфический патогенез, т.е. перемещение и размножение микроорганизма. **При различных инфекционных заболеваниях микробы от больного выделяются различными путями:**

- воздушно-капельным с частицами слизи или слюны (при туберкулезе, дифтерии, гриппе, кори, скарлатине и др.);
- с испражнениями и мочой (при дизентерии, брюшном тифе, холере, сальмонеллезах и др.);
- с кровью при различных медицинских манипуляциях, связанных с повреждением целостности кожных покровов (гепатит В, СПИД, сифилис).
- с выделениями слизистых оболочек половых путей (гонорея, СПИД, сифилис).

В организм здорового человека микробы попадают определенными специфическими для каждого возбудителя путями. При этом имеются так называемые *входные ворота инфекции* — орган или ткань, через которые микроб попадает в организм. Так, гонококки вызывают заболевание только в том случае, если они попадают на слизистую оболочку половых органов (гонорея) или конъюнктиву глаза (бленнорея), возбудитель дизентерии — на слизистую оболочку толстой кишки; вирусы гриппа, кори и др. — в верхние дыхательные пути. Если эти микроорганизмы внедряются в организм через другие входные ворота, они, как правило, погибают, не вызывая инфекционного процесса. Некоторые микробы могут проникать в организм несколькими путями: например, возбудитель туляремии — через кожу и слизистые оболочки верхних дыхательных путей, возбудитель чумы — через дыхательные пути и укус блох, вирус полиомиелита — воздушно-капельным путем и через желудочно-кишечный тракт. Таким образом, выделяют следующие **основные пути передачи инфекции:**

Алиментарный (фекально-оральный) — с инфицированной пищей и водой, характерен для кишечных инфекций (холера, брюшной тиф, дизентерия и др.). Особенную опасность представляет водный путь передачи, т.к. вода необходима для жизнедеятельности человека (для питья, приготовления пищи, умывания, хозяйственных нужд и т. д.). Как правило, все жители населенного пункта пользуются водой для питья из одного источника. И если на водопроводных станциях нарушается санитарно-эпидемический режим, то возможно заражение кишечными инфекциями за короткий срок сразу большого количества жителей.

Аэрогенный — через зараженный воздух. Различают воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути передачи инфекции. При кашле и чихании капельки инфицированной слизи могут распространяться на 9-10 м от источника инфекции. Мелкие капли сохраняются в воздухе во взвешенном состоянии до 36 час и более, и переносятся потоками воздуха на значительное расстояние (дифтерия, грипп, скарлатина, ветряная оспа). Воздушно-пылевой способ возможен лишь при болезнях, возбудители которых способны определенное время выживать вне организма, т.е. устойчивые к высушиванию, Уф-лучам и т. д. (туберкулез, натуральная оспа, сибирская язва, туляремия).

Трансмиссивный — через кровососущих переносчиков (вши, блохи, клещи, комары, москиты), например, сыпной тиф, малярия, чума, трипаносомоз и др.

Контактный путь передачи — при непосредственном контакте (венерические болезни, бешенство) и непрямом контакте, т.е. через грязные руки, полотенца, посуду (раневые, стафилококковые инфекции).

3. Восприимчивый организм. Развитие инфекционного заболевания и особенности его течения зависят от общей физиологической реактивности организма, от его способности сохранять гомеостаз (постоянство внутренней среды). Все факторы, ослабляющие организм (голодание, переохлаждение, перегревание, радиация, алкоголизм, хроническое воздействие неблагоприятных экологических факторов и т. п.), способствуют инфекции. Наоборот, полноценное питание, достаточное количество витаминов, нормальные условия труда и быта препятствуют возникновению инфекционной болезни. Весьма велико значение состояния эндокринной системы. У лиц, страдающих сахарным диабетом или нарушением функции щитовидной железы, значительно чаще развиваются нагноительные процессы. Большое значение для возникновения и развития инфекции имеет состояние лимфатического аппарата, который представляет собой мощный барьер для проникновения микробов. Возможность инфицирования в определенной степени связана также с возрастными особенностями макроорганизма. Дети в возрасте до 6 мес. устойчивы к кори, дифтерии, скарлатине в связи с наличием антител, полученных от матери, но значительно чаще болеют пневмонией и энтеритами. Лица преклонного возраста плохо переносят заболевания дыхательных путей — бронхит, пневмонию, грипп. Недостаток в рационе белка, витаминов обуславливает повышенную заболеваемость туберкулезом, холерой, дизентерией. На развитие инфекционных заболеваний, особенно кишечных инфекций, влияет состояние нормальной микрофлоры организма человека. Неоправданно широкое применение антибиотиков изменяет состав привычных для организма микробных биоценозов (микробных ассоциаций), снижает количество бактерии — антагонистов, патогенных микроорганизмов, способствует развитию дисбактериоза. При этом защитная роль нормальной микрофлоры практически отсутствует.

Любое острое инфекционное заболевание характеризуется последовательной сменой разных периодов, т.е. определенной динамикой.

Различают следующие периоды инфекционного процесса:

- инкубационный
- продромальный
- клинический (разгар болезни)
- выздоровление

Инкубационный период (латентный) — начальный скрытый период инфекционной болезни от момента внедрения возбудителя в макроорганизме до первых клинических признаков болезни. Во время инкубационного периода происходит размножение микробов, их диссеминация в соседние клетки, ткани и органы. Инкубационный период не одинаков при различных инфекционных заболеваниях и колеблется от 1-2 дней при гриппе до нескольких месяцев и лет при проказе, СПИДе. Для большинства заболеваний этот период в среднем равен 1-2 недели. Размножаясь в организме, возбудители выделяют биологически активные вещества, ядовитые для человека экзо- и эндотоксины, которые вызывают интоксикацию (отравление) организма.

Продромальный период (период предвестников) — появление первых симптомов заболевания, обусловленных общей интоксикацией: повышение температуры тела, головная боль, слабость и недомогание. Продолжительность его от нескольких часов до 4-5 суток.

Период развития основных клинических симптомов. Клинические проявления инфекционных болезней многообразны и зависят от свойств возбудителя. Как правило, наблюдается лихорадка, нарушения со стороны нервной системы, функции различных органов (дыхания, пищеварения и др.).

Период выздоровления. В этот период постепенно восстанавливаются нормальные физиологические функции организма. Его продолжительность от нескольких недель до нескольких месяцев. Организм освобождается от патогенных микробов, но в ряде случаев может сформироваться бактерионосительство, например, после дизентерии, холеры, брюшного тифа.

Формы проявления инфекции. Инфекционный процесс может протекать в разнообразной форме в зависимости от происхождения, локализации возбудителя и других факторов. Это вызывает необходимость классифицировать формы инфекции по определенным признакам:

По происхождению: экзогенная — в результате поступления микроорганизмов из окружающей среды с пищей, водой, воздухом и т.д.; эндогенная (аутоинфекция), которая вызывается условно-патогенными микробами — представителями нормальной микрофлоры организма.

По проявлению: клинически выраженная, стертая, атипичная, бессимптомная (латентная, скрытая), бактерионосительство.

По локализации: местная (очаговая) — возбудитель локализован в ограниченном очаге, например, абсцесс, панариций; генерализованная (общая, распространенная) — возбудитель с кровью распространяется в различные органы и ткани, например, туберкулез, бруцеллез, сыпной тиф и др. Генерализация инфекции может иметь различный характер: сепсис — микроорганизмы циркулируют и размножаются в крови; септикопиемия — одновременно с размножением микробов в крови возникают очаги гнойного воспаления в различных органах; бактериемия, вирусемия — временное нахождение микробов в крови, кровь в таких случаях является только механическим переносчиком инфекции, поскольку возбудитель в ней не размножается; токсемия — поступление и циркуляция в крови экзотоксинов.

По продолжительности пребывания микробов в организме: острая, хроническая, персистирующая. При острых инфекциях возбудитель исчезает из организма вскоре после выздоровления. Хронические инфекции длятся годами, сопровождаются периодами ремиссии и обострения, например, туберкулез, бруцеллез, венерические болезни (в случае недостаточного лечения).

Классификация инфекционных болезней.

Теоретическое обоснование классификации инфекционных болезней дал русский эпидемиолог Л.В. Громашевский, который в ее основу положил учение о механизме передачи инфекции. Согласно этой классификации все инфекционные болезни разделены на 4 группы:

Кишечные (брюшной тиф, вирусный гепатит А, дизентерия, холера).

Инфекции дыхательных путей (грипп, дифтерия, менингит, корь, коклюш, туберкулез и др.).

Кровяные инфекции (сыпной и возвратный тифы, желтая лихорадка, энцефалит).

Инфекции наружных покровов (сибирская язва, бешенство, столбняк, гонорея, сифилис).

В свою очередь в каждой группе выделяются в соответствии с источником заражения антропонозы и зоонозы.

В Российской Федерации принята Международная классификация болезней, предложенная ВОЗ, согласно которой в 1 класс включены инфекционные и паразитарные болезни, которые подразделены по смешанному принципу на 14 групп. Согласно этой классификации не выделена группа "Инфекции дыхательных путей", однако дается самостоятельная группа "Туберкулез" и "Полиомиелит и другие энтеровирусные болезни" и т.д. Поэтому для практических целей используются упрощенные классификации, когда выделяются группы детских инфекционных заболеваний, вирусных инфекций, заболеваний, передающихся половым путем и т.д.

Возбудители инфекционных заболеваний.

Еще на ранних этапах развития медицинской науки врачи и естествоиспытатели стремились выяснить причины заразных болезней. Уже в трудах Гиппократ (omne vivum ex ovo), Лукреция, Галена была высказана гипотеза о живой природе заразного начала (contagium vivum). Народы Азии имели определенное представление о заразности некоторых заболеваний и проводили изоляцию, например, больных проказой. Ибн-Сина (Авиценна 980-1037 гг. н.э.) считал, что причиной возникновения заразных болезней являются невидимые простым глазом мельчайшие живые существа, передающиеся через воду и воздух.

В средние века в Европе были распространены такие эпидемические инфекции как проказа, оспа, чума, холера и др. О причинах инфекционных болезней, путях их передачи и средствах борьбы с ними люди имели самые превратные представления, считая их наказаниями за грехи.

С развитием физики, химии и медицины в эпоху Возрождения в Западной Европе, Италии, России стали накапливаться научные наблюдения и научные исследования о сути инфекционных заболеваний. В эпоху позднего Возрождения (1478-1553) итальянец Джироламо Фракасторо предположил, что причина заразных болезней — живое прилипчивое начало "contagium vivum", однако это эмпирическое мнение не имело подтверждения. В 1590 г. шлифовальщики стекол братья Ганс и Захарий Янсены сконструировали прибор из увеличительных линз, который позволял видеть мельчайшие предметы. Это был первый примитивный микроскоп.

Первые достоверные сведения о мельчайших организмах представил в 17 веке голландский естествоиспытатель-любитель, торговец мануфактурой Антоний ван Левенгук (1632-1723). Его увлечением было шлифование линз. В 1676 г. Левенгук впервые увидел в капле настоя перца, корней растений, зубного налета движущиеся частички, которые невооруженным глазом были не видны. Он говорил, что "в полости моего рта, мелких зверушек, наверное, больше, чем людей в Соединенном Королевстве". Левенгук изучает различные жидкости, в т.ч. дождевую, речную, болотную воду, различные настои и описывает увиденное в книге "Тайны природы, открытые Антонию Левенгуком". После изобретения микроскопа за относительно короткий исторический период (конец 19-середина 20 века) были практически обнаружены и изучены возбудители всех наиболее часто встречающихся инфекционных заболеваний.

Современная классификация микробов, предложенная английским ученым Берги в 1957 г. очень сложна. Поэтому **в практической работе используется упрощенная классификация, согласно которой все микроорганизмы делятся на 8 классов:**

1. Бактерии
2. Антиномицеты
3. Грибы
4. Простейшие
5. Спирохеты
6. Риккетсии
7. Вирусы
8. Микоплазмы

Каждый класс включает в себя патогенных, условно-патогенных и непатогенных представителей.

Модуль 3. Социальная медицина в свете различных общественных проблем

Глава 3.1. Социальная медицина и миграционные процессы

§ 3.1.1. Проблемы социальной медицины, связанные с миграцией

Проблемы социальной медицины, связанные с миграцией, можно увидеть уже на заре истории цивилизации. Даже в те далекие времена можно условно разделить всех мигрантов на беженцев и вынужденных переселенцев. Разделение это происходит по принципу гражданства (территории): **вынужденный переселенец** — это житель той страны, в пределах которой он передвигается, **беженец** — бежавший за ее пределы, например, согласно сведениям Библии, ханаане были вынужденными переселенцами, а евреи — беженцами.

Первая мировая война и революции в начале XX века вызвали такие огромные потоки как беженцев, так и вынужденных переселенцев, что явление это стало предметом многих научных исследований. Наше время (даже если не учитывать распад Советского Союза и Югославии) актуальность проблемы беженцев и вынужденных переселенцев не снимает. В Германии чуть ли не каждый 10-ый человек — турецкого происхождения. Во Франции засилье арабов... Страны Западной Европы и США из года в год продолжают ужесточать миграционные законы.

Но, безусловно, и в нашей стране проблемы миграции, беженцев и вынужденных переселенцев стоят очень остро и болезненно. Прежде, чем рассмотреть основные направления работы социальной медицины в этой области, мы попытаемся раскрыть общую картину положения дел с двух основных сторон: субъективной и объективной.

О субъективной стороне пишет О. Игнатенков в книге «Компас беженца и вынужденного переселенца» (М., 1984). Он обращается к русским, которые живут в Казахстане и готовы бежать в Россию, поскольку после обретения Казахстаном самостоятельности они стали там гражданами «второго сорта».

«Мы возвращаемся в Россию с горячей любовью к ней, но вскоре обнаруживаем, что поддержание в себе чувства патриотизма требует огромного мужества.

Не секрет, что до сих пор у большинства из нас был цивилизованный быт, любимая работа, друзья и... вдруг все перевернулось. Стало невыносимо жить там, где у нас был дом, где остались могилы наших предков. Мы в одночасье стали неуютными, «оккупантами», «колонизаторами»... В обстановке национальной ненависти мечтаешь о России как о земле обетованной.

С этими мечтами и иллюзиями лучше распрощаться заранее. Никто нас в России особенно не ждет. Сегодня Россия сама терпит бедствие. Того государства, которое надежно защищало бы права граждан, по сути, нет. Все расшаталось.

Каждый из нас мог бы предъявить свой горький счет России — за то, что забыла, бросила нас в очень уж независимых республиках, за то, что здесь нас терзают... Но что толку плакать и жаловаться? Кто нас услышит и посочувствует, когда десятки миллионов россиян сами живут на грани нищеты, беспокоясь, смогут ли завтра прокормить своих детей?

Самое страшное в такую лютую непогоду лишиться крыши над головой. Если у кого-то еще есть выбор: переезжать или остаться в своем доме, если в состоянии смириться с унижениями, пригнуться, перетерпеть — не спешите отрубать концы.

Да, возврат к нашей прежней, привычной жизни уже нереален, и наши дети обречены в чуждом государстве быть гражданами второго сорта. Но ведь и в России мы чужаки, причем, не только для окружающих, но и порой для самих себя. До боли обидно, когда предают единомышленники, те, с кем начинал строить жилье в чистом поле. Не все оказались способны перенести ад неустроенности, гонений, постоянных упреков, бюрократических издевательств. Люди есть люди, и ничего другого не остается, как терпеть невзгоды и ради будущего своих детей своими руками создавать цивилизованный быт.

Все мы, ставшие бездомными, хотим поскорее обрести в России свою крышу над головой. Однако сразу занять готовое жилье удастся или очень богатым, или имеющим дефицитные, как правило, рабочие профессии. Остальным же придется первое время жить, где попало — в вагончике, в сарае, снимать чужой угол... Не о жилье, а о хорошей работе на новом месте имеет смысл мечтать. Только имея хорошую работу, можно выжить, а со временем и крышу себе построить.

Итак, если приехал в Россию — снимай розовые очки, засучивай рукава и — работать, работать, работать...

Готовы ли вы к тому, что вас ждет в России?»

Мы привели полностью этот призыв О. Игнатенко, потому что в нем обнажена вся глубина психологического состояния мигрантов при очевидных последствиях психической травмы, какой является потеря «малой родины» (не только привычного социального окружения, но и социальных корней). И, заметим, автор советует: при всем ужасном положении «чужака» в другой стране, человека «второго сорта» «не спешить обрубать концы», ибо не каждый может выдержать тяготы переселения.

Об объективной стороне миграции можно иметь представление из доклада «Социальное положение женщин, относящихся к категории беженцев и вынужденных переселенцев, в Москве», подготовленного Союзом женщин России совместно с УВКБ ООН в 1998 г.

Миграция — один из самых сложных механизмов саморазвития населения. Прямые и обратные связи между процессами миграции и социально-экономической, политической жизнью РФ оказывают значительное влияние на ситуацию во всех субъектах Федерации, в том числе и в Москве.

По данным на 1 января 1998 г. Миграционной службы Москвы, в столице зарегистрировано 7,5 тысяч женщин, имеющих статус беженца или вынужденного переселенца, что составляет 52,4% от общего количества вынужденных мигрантов (14294 человек). Из них 4,2 тысячи женщин, или 56,0% , находятся в трудоспособном возрасте; 3,3 тысячи — пенсионеры (44,0%), 217 человек из которых (6,1%) являются инвалидами. В 1997 г. статус беженца или переселенца получили 683 женщины, что почти в два раза больше, чем в предыдущем. Из общего количества женщин-мигрантов подавляющее большинство — это беженцы из Азербайджана армянской национальности — 3251 человек (44%), русской национальности -- 2789 человек (37,3%) и грузинок — 322 человека (4,0%), в том числе из Абхазии — 271 человек (84,2%).

Действующее законодательство РФ предоставляет лицам, имеющим статус беженца или вынужденного переселенца (независимо от пола), достаточно широкие права, реализация которых предусматривается в значительной мере за счет субъектов Федерации. Многие женщины становятся главами семей, и на их плечи ложится тяжелый груз ответственности за налаживание не только собственной жизни, но и жизни своих родственников.

Для того, чтобы деятельность миграционной службы по организации защиты и помощи беженцев была эффективной, необходимо учитывать различные потребности беженцев — детей, женщин, мужчин, престарелых, инвалидов и т.д. Так, с целью охраны здоровья женщин и детей в Москве осуществляется бесплатный их доступ к основным

видам медицинской помощи: они прикрепляются к поликлиникам по месту пребывания и получают страховые полисы. Работающие женщины обеспечиваются пособиями по беременности и уходу за детьми на общих основаниях.

Особой защитой государства пользуются дети вынужденных переселенцев и беженцев. В 1998 г. около 200 семей из числа зарегистрированных Миграционной службой Москвы — это многодетные семьи и семьи с одним родителем.

Дети-беженцы нуждаются в особой защите и помощи. Потребности детей больше, чем у взрослых, и соответственно они должны иметь дополнительные условия.

Однако, несмотря на помощь, получаемую от городских федеральных и международных источников, социально-медицинские условия жизнедеятельности детей из семей вынужденных мигрантов как в целом, так и, особенно, по отдельным категориям, весьма неблагоприятны. Большинство детей мигрантов проживает в крайне стесненных жилищных условиях. Многие дети из-за языкового и общекультурного барьеров испытывают трудности в получении образования и профессиональной подготовки. Дополнительные проблемы вызывает пребывание детей в семьях, относящихся к группе риска по медицинским (семьи с хроническими инфекционными и психическими заболеваниями) и криминальным (с членами семьи, совершившими правонарушения и преступления) показателям, равно как и положение детей в семьях незарегистрированных вынужденных мигрантов (главным образом из Афганистана), фактически полностью остающихся вне контроля и помощи со стороны городских органов здравоохранения, образования и социальных служб.

До сих пор не решены вопросы медицинского обслуживания мигрантов и их детей в период рассмотрения ходатайства о предоставлении статуса беженца или вынужденного переселенца, т.е. в период, когда у людей нет полиса обязательного медицинского страхования.

Миграционной службой Москвы совместно с Комитетом труда и занятости в 1998 г. был разработан проект городской целевой программы «Дети семей вынужденных переселенцев и беженцев». Эта программа предусматривает:

- выявление детей мигрантов, не охваченных контролем со стороны органов социального комплекса города и правоохранительных органов, с целью определения состава и объемов мер для поддержки этих категорий детей по линии органов здравоохранения и образования;

- обеспечение адресной поддержки детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев с учетом материального достатка семей; создание условий для физического, психологического, образовательного и культурного развития детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев; повышение уровня социальной и трудовой защищенности детей из семей вынужденных переселенцев и беженцев.

Дети, пенсионеры, инвалиды и другие слабо защищенные категории лиц находятся на социальном и другом обеспечении бюджета Москвы. В отношении же лиц трудоспособного возраста наблюдается определенная несправедливость, вызванная несогласованностью правовых норм Федеральных законов «О вынужденных переселенцах» и «О беженцах» с Федеральным законом «О занятости населения в Российской Федерации», согласно которому пособие по безработице может выплачиваться только лицам, имеющим постоянную регистрацию по месту жительства.

Московская миграционная служба работает в тесном взаимодействии с Комитетами и Департаментами города, а именно с Комитетом социальной защиты населения (так, при содействии Миграционной службы 115 беженцам и вынужденным переселенцам из стран Балтии, в основном женщинам, зарегистрированным Миграционной службой, предоставлены места в домах-интернатах Комитета); с Комитетом образования (работа по приему и размещению в интернатских учреждениях Москвы детей, пострадавших в результате событий в Чеченской республике, работа по оказанию адресной материальной поддержки детям из социально слабо защищенных

семей беженцев и вынужденных переселенцев); с Комитетом по делам семьи и молодежи и Комитетом труда и занятости Миграционной службы.

В рамках сотрудничества Тасис Сити Твининг «Породненные города Москва — Берлин» Европейским Союзом было предложено разработать Программу по обеспечению взаимодействия Миграционной службы Москвы с общественными организациями с использованием опыта работы в данной области ФРГ. Миграционная служба Москвы работает во взаимодействии со многими общественными и неправительственными организациями, в основном с национальными объединениями (Союзом русских беженцев, Интернациональным комитетом беженцев из Баку, Чеченским культурным центром, Комитетом «Гражданское содействие», московским отделением Красного Креста, УВКБ ООН и др.).

Действующее законодательство РФ предоставляет лицам, имеющим статус беженца или вынужденного переселенца, весьма широкие права, осуществление которых предусматривается в значительной мере за счет субъектов РФ. В частности, статья 7 закона «О вынужденных переселенцах» предусматривает, что органы исполнительной власти субъектов РФ включают вынужденных переселенцев в список граждан на получение жилья, строительство которого ведется за счет местного бюджета, причем, независимо от срока проживания в данной местности (пункт 2), переселенцам, нуждающимся в улучшении жилищных условий, предоставляются безвозмездные субсидии (пункт 4), оказывается содействие в обустройстве, производится выплата пенсий, пособий, обеспечивается медицинское обслуживание, получение образования и т.д.

Федеральный закон «О беженцах» (в частности, ст. 6 и ст. 8) также предусматривает обеспечение предоставленных беженцам прав. Каждому, претендующему на получение такого статуса, должны быть обеспечены в случае необходимости услуги переводчика, а также оказано содействие в обеспечении проезда и провоза багажа, выплата единовременного пособия на каждого члена семьи, направление в центр временного размещения, обеспечение безопасности со стороны органов внутренних дел, обеспечение питанием и коммунальными услугами, медицинской и лекарственной помощью, оказание содействия в направлении на профессиональное обучение.

Основания для отказа в предоставлении статуса переселенца или беженца, предусмотренные федеральными законами, не позволяют субъекту Федерации (территориальному органу миграционной службы) направлять лиц, ходатайствующих о предоставлении соответствующего статуса, в другие регионы, в частности, по причине целесообразности размещения этой категории лиц в данном регионе. Вообще, введение механизма квотирования уже предусмотрено Постановлением Правительства РФ № 1021, принятом в 1994 году.

Таким образом, хотя в законе полностью предусмотрена защита интересов вынужденных мигрантов, механизм управления миграционными потоками в масштабе всей страны, который должен учитывать и законные интересы регионов, до сих пор не отлажен. При этом любой нормативный правовой акт субъекта Федерации, вводящий какие-либо ограничения в предоставлении соответствующего статуса, подлежит отмене как противоречащий федеральному закону. Такое положение, естественно, только стимулирует приток лиц данной категории именно в Москву как в наиболее привлекательный регион. Федеральный закон требует предоставления большинству из них статуса беженца (за исключением лиц, совершивших преступления, предоставивших о себе ложные сведения, и т.д.), после чего большинство из них в соответствии с тем же законом могут обратиться в Правительство Москвы с требованием предоставить жилье и обеспечить содействие в обустройстве.

«Федеральная миграционная программа на 1998—2000 годы», утвержденная постановлением Правительства РФ от 10.11.1997, за № 1414, предусматривает разработку

важнейших нормативных правовых актов, регламентирующих порядок работы с данной категорией лиц, а также мероприятий в этой сфере в период не ранее середины 1998 года. В частности, разработка порядка определения и размеров ежегодной квоты распределения беженцев для каждого субъекта Российской Федерации, имеющих определяющее значение для выработки и осуществления политики Правительства Москвы в области регулирования миграции, были отнесены Программой на середину 1999 г.

Затраты Москвы на содержание этой категории лиц, с учетом максимально возможного их снижения, ежегодно составляют (в ценах 1998 г.) около 227,2 млрд. руб., увеличение расходов города по сравнению с 1996 г. составило 30% (было 174,8 млрд. руб.).

Вынужденная миграция в столице привлекает все более пристальное внимание общественных организаций, правоохранительных органов, государственных структур и средств массовой информации.

Субъекты вынужденной миграции — это лица, ищущие убежища. Правовые основы предоставления убежища, определения статуса и оказания помощи таким лицам регулируются законом Российской Федерации «О беженцах», «О вынужденных переселенцах», «О гражданстве Российской Федерации» и законами и иными правовыми актами Москвы.

Приток вынужденных мигрантов в Москву колеблется, а число лиц, которым был предоставлен статус беженца, за последние годы сократилось. Так, если за 1992—1993 гг. количество лиц, обратившихся за предоставлением статуса, составило 15732 человека, а количество лиц, получивших статус беженца, составило 12593 человека, или 80% от числа обратившихся, то в 1994—1995 гг. количество обратившихся составило 16410 человек, а соответствующий статус был предоставлен 2752 человекам, или 16,8%, в том числе беженцам — 2315 человекам (84,1%) и вынужденным переселенцам — 437 человекам (15,9%).

Снижение количества получивших статус в Москве связано с тем, что мэром Москвы было утверждено Положение о Миграционной службе Москвы (РМ № 324 от 12.06.1994), в соответствии с которым на эту службу было возложено регулирование миграционных потоков для обеспечения бескризисного развития Москвы и формирование оптимального рынка труда города, с учетом соблюдения не только прав вынужденных мигрантов, имеющих желание поселиться именно в Москве, но также прав и законных интересов москвичей, включая оценку целесообразности и возможности размещения в городе данной категории лиц.

Утвержденное мэром Москвы Положение, зафиксировавшее статус Миграционной службы как городской структуры, позволило наладить взаимодействие со всеми городскими организациями, имеющими отношение к регулированию миграционных потоков.

Одним из следствий многолетней работы по регулированию миграционных потоков является, в частности, изменение национального состава вынужденных мигрантов в сторону увеличения удельного веса этнических россиян.

Есть наиболее притягательные для миграции районы, к которым, в первую очередь, относится Москва, Московская область, Краснодарский край, а также, хотя и в меньшей степени, Санкт-Петербург, Ленинградская, Воронежская и ряд других областей с благоприятными природно-климатическими условиями. К примеру, проблем беженцев в Тюменской области нет.

Именно исходя из этой ситуации, Правительство Москвы обратилось в Правительство РФ с предложением, предусматривающим введение квот по приему беженцев в регионах. В противном случае миграционная нагрузка на столицу могла бы достигнуть критической черты.

Регулирование миграционной ситуации в Московском регионе должно быть направлено на достижение наиболее полного соответствия численности и структуры

мигрантов задачам социального и экономического развития города при одновременной минимизации нелегальной иммиграции.

К основным типам мигрантов в столичный регион относятся:

- беженцы и вынужденные переселенцы;
- лица, добывающиеся предоставления политического убежища;
- представители трудовой легальной внутрироссийской миграции, в том числе сезонники; представители трудовой легальной миграции иностранной рабочей силы;
- представители трудовой маятниковой миграции;
- лица, представляющие прочие виды миграции (брачной, учебной, нелегальной — как трудовой, так и преступной и т.д.).

Рассматривая картину миграционных процессов в стране на примере столицы (без общего представления об этой картине невозможно решение ни одной из социально-медицинских задач миграции), следует особо остановиться на проблеме детей беженцев и вынужденных переселенцев.

В настоящее время в Москве официально зарегистрировано свыше 2300 детей в возрасте до 16 лет из семей беженцев и вынужденных переселенцев, в том числе около 300 — до 5 лет и около 2000 — от 6 до 16 лет. Количество детей до 18 лет — 500 человек. Кроме того, в столицу только в 1997 г. прибыло более 110 детей в возрасте до 18 лет в составе семей лиц из дальнего зарубежья, претендующих на статус беженца, через Управление иммиграционного контроля по Московской области и Москве (подчинение Федерационной миграционной службе России).

Учитывая масштабы и специфику детской составляющей миграционных процессов в столице, следует оценить проблему «дети семей вынужденных переселенцев и беженцев» как исключительно острую, оказывающую негативное влияние на санитарно-эпидемиологическую, криминогенную и моральную ситуацию и на социально-культурную обстановку в столице. Решать данную проблему необходимо срочно и комплексно, не замыкаясь на вопросах обустройства и адаптации только зарегистрированных (признанных) мигрантов.

Самую серьезную помощь в решении проблемы мигрантов, вставшей перед страной, может оказать социальная медицина, ориентированная на конкретную помощь беженцам и вынужденным переселенцам: детям, женщинам, старикам, инвалидам, матерям-одиночкам, детям-сиротам, мужчинам, потерявшим социальный статус, а значит, и положение кормильца и защитника семьи. Ни хорошо организованная миграционная служба (какой, несомненно, является московская), ни клиническая и профилактическая медицина (представленная учреждениями здравоохранения и Центрами здоровья) не в состоянии решить проблем относящиеся к области социальной медицины.

§ 3.1.2. Бомжи как "предмет" социальной медицины

Люди без определенного места жительства (бомжи) возникли как социальный феномен в нашей стране после 1989 г. С полным основанием можно утверждать, что главной причиной их появления явилась так называемая приватизация и свободная продажа жилья. Обнищание как таковое еще не превращает человека в бомжа. Нищие и бродяги были всегда и везде. Бомжи появились только в распавшемся Советском Союзе. Это уникальное явление, которое, несомненно, будет предметом изучения разных наук — психологии, социологии и т.д. Здесь же нас интересует аспект, важный для социальной медицины.

Бомжи представляют собой очень разнородную группу. К ним относятся всякого рода бродяги, нищие, попрошайки, психические больные (некоторые из них точно так же, как их здоровые психически собратья, лишились жилья под нажимом криминальных элементов или в результате мошенничества), выпущенные из психиатрических больниц для «хроников» по причине экономически бедственного положения этих учреждений.

Здесь же разного рода асоциальные элементы, потерявшие поддержку и понимание общества (что они еще имели в 80—90 годах), а также спившиеся алкоголики, токсикоманы, наркоманы, инвалиды разного рода.

Ко Дню борьбы с туберкулезом, объявленному Всемирной организацией здравоохранения 24 марта 1998 г., Российское здравоохранение выпустило листовки, которые милиция должна была расклеивать в местах скопления бомжей. Листовка начиналась так:

Для бездомных, беженцев и других групп мигрирующего населения!

Вы бездомный, беженец, мигрант? Неудачи преследуют Вас?

А тут еще этот несносный кашель и слабость.

Не исключено, что у Вас туберкулез. Не отчаивайтесь.

Обратитесь к врачу.

Вас примут в любой ближайшей поликлинике, противотуберкулезном диспансере.

Излечение зависит только от Вас.

Дальше шло объяснение, что такое туберкулез, и описание основных его признаков, а также номера телефонов, по которым звонить.

Комитет труда и занятости Правительства Москвы при организации работы с бомжами руководствовался Указом Президента РФ от 10 июля 1996 г. №1025 «О неотложных мерах по укреплению правопорядка и усилению борьбы с преступностью в Москве и Московской области» и Постановлением Правительства Москвы от 7 мая 1996 г. «О мерах по социальной опеке граждан, утративших жилье, и лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством в Москве», и городской комплексной программой мер по профилактике бродяжничества и попрошайничества в Москве на 1996—1997 гг., утвержденной постановлением Правительства Москвы от 27 августа 1997 г. №704. Сам Комитет труда и занятости разработал и утвердил (приказ 240-а от 18.09.1996 г.) план мероприятий по реализации Городской комплексной программы мер по профилактике бродяжничества и попрошайничества в Москве на 1996—1997гг.

В структуре аппарата Комитета был создан отдел спецконтингента, в территориальные Управления труда и занятости были назначены сотрудники, отвечающие за данное направление работы. В целях содействия занятости лиц без определенного места жительства был разработан и утвержден временный порядок работы с бывшими жителями Москвы, находящимися в социальных учреждениях для лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством.

Неоднородность данной категории граждан, потерявших жилье в результате операций с недвижимостью, вернувшихся из мест заключения, приехавших из других городов и т.д., нигде не работающих, и связанная с этим социальная деградация большей их части, как и неопределенность с перспективой получения жилья, создает особые трудности в организации работы с этим контингентом. Не вызывает сомнения актуальность и практическая значимость решения проблемы социально-трудовой адаптации лиц без определенного места жительства. Но при этом следует уделить особое внимание той группе бомжей, которая оказалась в этом положении в определенной степени случайно, в силу неудачно сложившихся обстоятельств, присущих социально-экономической ситуации в стране. Это те бомжи, которые не потеряли ни человеческий облик, ни профессиональные навыки. Они еще стремятся, пусть и вяло, восстановить свой социально-трудовой статус. Эти граждане разительно отличаются от другой группы бомжей, характеризующейся особым социально-психологическим статусом: асоциальным поведением, разрывом всех связей с другими членами общества (родственниками, друзьями, бывшими сослуживцами или даже сокамерниками), для которых «бездомность» стала философией жизни и смерти.

В соответствии с Правилами регистрации и снятия граждан России с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в Москве и Московской области, утвержденными Правительствами Москвы и Московской области

(Приказы от 26.12.1995 г. №1030-43, пункт 13), работодатели предприятий, организаций, независимо от формы собственности, за привлечение к работе граждан без регистрации в Москве и Московской области подвергаются предупредительному штрафу. В соответствии с Законом РФ «О занятости населения в Российской Федерации» решение о признании гражданина безработным принимается органами службы занятости по месту его жительства. Таким образом, трудоустройство и признание гражданина безработным (а, следовательно, назначение пособия по безработице, направление на профобучение) невозможны без соответствующей регистрации бомжей.

По инициативе Комитета труда и занятости Комитетом социальной защиты и ГУВД решен вопрос о регистрации бомжей, *проживающих в домах ночного пребывания*. Срок этой регистрации, с точки зрения возможности трудоустройства и социальной адаптации бомжей, очень мал (1 месяц!), поэтому Комитет труда и занятости и Комитет социальной защиты населения Москвы обратились в Правительство Москвы с предложением о предоставлении бомжам муниципального жилья и регистрации в Москве без права приватизации. Однако вопрос этот не решен. Другим вариантом решения вопроса об упрощении трудоустройства граждан без определенного места жительства могло бы быть снятие ограничений для работодателей по привлечению к работе бомжей без их регистрации в Москве и Московской области (такое же положение с ними и в других крупных городах России и СНГ).

Как правило, бомжи либо не имеют высокой профессиональной квалификации, либо утратили ее (как не странно и как это не противоречит всем психологическим законам, трудовые навыки бомжи теряют чрезвычайно быстро).

Граждане, получившие временную регистрацию по месту проживания, привлекаются к участию в общественных работах в основном по благоустройству города. Комитетом труда и занятости было издано распоряжение «Об организации оплачиваемых общественных работ для лиц, утративших жилье, и лиц, занимающихся бродяжничеством и попрошайничеством» (№103 от 19.12.1996 г.), согласно которому предусмотрено выделение из Фонда занятости населения Москвы средств на 100% финансирования оплаты труда бомжей.

Комитетом труда и занятости проводятся активные поиски вакантных мест на предприятиях и организациях Москвы для трудоустройства бомжей, создается банк вакансий для данной категории граждан, который регулярно публикуется в московской прессе.

По состоянию на 1 января 1998 г. Комитетом были заключены договора с городскими предприятиями различных форм собственности, такими, как ООО «Галеон», АОЗТ «Инициатива», ИЧП ФТК «Вива», социальная гостиница «Марфино», ЗАО «АСПРЕД», МПТО «Мослесопарк», леспромхоз «Зеленоградский» и др. Однако, несмотря на то, что организаций, согласившихся принять бомжей на работу, казалось бы, немало, было выделено только 335 мест. Правда, бомжей широко привлекают к строительству так называемых «Домов ночного пребывания» (в некоторых из них бомжи могут получить бесплатно ужин и завтрак и первую медицинскую помощь), но обычно они выполняют неквалифицированную работу: земляную, по уборке и подготовке территории и т.п.

За 1997 г. в Москве было оказано содействие 102 бомжам в трудоустройстве на временные общественные работы. Сотрудники территориальных Управлений труда и занятости проводят постоянные выездные консультации с бомжами по вопросам их занятости. Так, за 1997 г. в Домах ночного пребывания было проконсультировано 1243 человека. Эффект от этих консультаций практически нулевой, ибо бомжи упорно отказываются от любой работы, предпочитая разовые подачки от социальных органов, а также питание отбросами на рынках, возле продуктовых палаток, на вокзалах.

В соответствии с Дополнительным соглашением от 4 июля 1997 г. к Договору от 29.09.1995 г. между Комитетом труда и занятости и Управлением инвестиционной

политики и финансирования из городских источников погашения беспроцентной ссуды, предоставленной Комитетом Департаменту строительства, Управлением инвестиционной политики и финансирования, из городских источников было произведено в форме оказания услуг Комитету труда и занятости по ремонту и реконструкции его зданий и сооружений. Комитет труда и занятости включил в число объектов ремонтно-строительных работ Дом ночного пребывания «Люблино», с целью создания условий для трудовой адаптации проживающих в нем лиц.

По вопросам оперативного содействия занятости лиц без определенного места жительства Комитет наладил контакты с Министерством труда и социального развития РФ, Комитетом социальной защиты населения, прокуратурой и ГУВД Москвы. Существует договоренность между Правительством Москвы и городскими больницами о госпитализации в них бомжей. Так, бомжам специально в некоторых отделениях Клиники Скорой Помощи выделены койки. За обслуживание бомжей медперсонал получает надбавки к заработной плате.

Следует сказать, что практически все бомжи больны инфекционными заболеваниями, в том числе и теми, которые при снижении общего иммунитета народонаселения в состоянии вызвать эпидемии (туберкулез — это только одно из таких заболеваний). С точки зрения профилактической и превентивной медицины, бомжи — также носители психических болезней. Бомжей можно было бы спасти, если бы, основываясь на сугубо медицинских показателях (инфекционных, психиатрических), госпитализировать их всех в соответствующие больницы... Однако делать это нельзя, чтобы не возник еще один «казус» нарушения прав человека. Здесь мы подходим к самой, пожалуй, трудной задаче социальной медицины: возвращение бомжей в общество путем не клинического, а социального «лечения». Но методов такого воздействия ни в нашей стране, ни за рубежом не существует.

По спартанским законам, самым тяжким преступлением считалось пренебрежение собственным человеческим достоинством (касалось ли это облика, поведения, образа мысли или чувств). С этой точки зрения, бомж — преступник перед человечеством. Но и самый опустившийся бомж — это человек, и поэтому является субъектом закона о правах человека. Воля его (если даже о воле можно говорить чисто условно) не должна подвергаться насилию. Однако, встав на позицию защитника прав человека-бомжа, мы неизбежно становимся нарушителями прав сограждан, вынужденных жить в социальной среде, где бомжи влияют на ее физический, психический и моральный климат. Что делать? Этот вопрос, безусловно, обращен к социальным медикам. И он остается открытым.

§ 3.1.3. Права человека и девальвация общественного и личностного здоровья

Всеобщая Декларация Прав человека была принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. Она провозглашает права личности: гражданские и политические (равенство всех перед законом, право каждого на свободу и личную неприкосновенность, свободу совести и вероисповедания и др.), а также социально-экономические права (на труд, социальное обеспечение, отдых и т.д.). Прототипом своим она имеет Декларацию прав человека и гражданина — политический Манифест Великой Французской Революции, принятый Учредительным Собранием 26 августа 1789 г.

Со времени принятия Всеобщей Декларации Прав человека прошло немало времени, поэтому накопилось много всякого рода «учредительных актов», «пактов», «конвенций», «резолуций» ООН, ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), МОТ (Международной организации труда), ЮНЕСКО (Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры), ЮНЕП (Программа ООН по окружающей среде) и других международных общественных организаций. Основу всех этих документов составляет идея о том, что здоровье (как общества, так и каждого человека)

является первой и непреходящей ценностью, без которой все права и свободы ничего не значат. Эта идея четко изложена в трактате о медицине Авла Корнелия Цельса (I в. до н.э.). А его самый яростный оппонент Парацельс (Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм; 1493—1541 гг.), подвергший критике и пересмотру все понятия древней медицины, не тронул только эту идею. Вряд ли кто-то не согласится и сейчас, что здоровье стоит всего золота мира. Однако, судя по книге «Медицина и права человека» (1992) приходится доказывать, если не отстаивать, право на здоровье. Конечно, с точки зрения формального права, человек имеет на здоровье не больше прав, чем на болезнь. Лишить человека права на болезнь значит лишить его права на «стесненную в своей свободе жизнь». Право на здоровье и право на болезнь могут вступить в противоречие с определенной социальной ситуацией. Это происходит в том случае, когда здоровье народа (личности, конкретного человека) обесценивается или приобретает стоимость, превращаясь в рыночный товар. Социальная медицина призвана защищать права человека на здоровье: это ее приоритетная функция.

В России обесценивание здоровья как социальной реальности началось вместе с общественными катаклизмами. По мере распада системы здравоохранения девальвировалось и здоровье (это отражалось и в массовой дискредитации отечественной медицины: на уровне обыденного сознания это выглядело как недоверие к врачам и противопоставление им всевозможных «целителей» и «чудотворцев»). В сознании «толпы» произошел существенный сдвиг, когда она, подвергая опасности свою жизнь и жизнь своих близких, в том числе детей, уверовала в так называемое «нетрадиционное» лечение, в «заряженную воду» и т.д., лишая себя права на здоровье и подменяя его правом на болезнь.

Но самым показательным в общей картине обесценивания здоровья явилось тотальное подчинение наших сограждан рекламе медикаментов (вот когда по-настоящему здоровье стало товаром, ибо его предлагается купить). Известно, что врач, выписавший лекарство, не видя пациента, совершает уголовное преступление, и, может быть, поэтому лекарственные препараты рекламируются не медиками и даже не фармацевтами. Однако медицина, которая это допускает, сама находится в состоянии болезни. При этом считается, что права человека как бы не ущемляются: он имеет право на отравление, право на заболевание, право на смерть. Каждый гражданин имеет право на «самолечение» и на тот суррогат якобы медицинских знаний, которые он поглощает вместе с бульварным «чтивом» «про здоровье и самоизлечение».

Уже сейчас есть социальные последствия девальвации здоровья: соответствующие демографические показатели нельзя объяснить лишь «плохими социально-экономическими условиями» и всеобщей разрухой. Кстати, бывали в нашей стране времена и похуже, но такого низкого положения, которое здоровье занимает в иерархии общественных ценностей, пожалуй, еще не было.

В этой ситуации есть один выход: правозащитницей здоровья должна выступить социальная медицина. Вседозволенности в отношении здоровья населения страны не должно быть. Если извращаются взаимоотношения «права на здоровье» и «права на болезнь», происходит подмена «права на жизнь» «правом на смерть» и возникает медико-деонтологическая и правовая проблема — эвтаназия.

Глава 3.2. Социальная медицина и чрезвычайные ситуации

§ 3.2.1. Адаптация и дезадаптация: медико-социальные аспекты

Первая попытка отечественной медицины поставить на научную основу медико-социальную помощь получившим физическую, психическую или социальную травмы (или совокупность травм) была предпринята в период ведения военных действий в

русско-японскую войну (1904—1905 гг.). Русским командованием было решено непосредственно в районах боевых действий развернуть военно-полевые психиатрические госпитали. Для этого на место событий был командирован заведующий отделением душевных болезней Варшавского военного госпиталя П.М. Автократов. Медицинский персонал военно-полевых психиатрических госпиталей был специально подготовлен в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской Академии под руководством В.М. Бехтерева. Российский Красный крест под его руководством создал специальную комиссию для разработки основ организации социально-медицинской помощи в Русской армии. Помощь была поэтапной. Нуждавшиеся в ней (получившие тяжелые физические травмы, нервно-психические расстройства) поступали сначала в общесоматические лазареты и полевые госпитали (где лечили физический недуг, но с ранеными уже работали и психотерапевты), а оттуда (если психическая травма переходила в стрессовое состояние или по прогнозу врачей неизбежно вела к серьезным социальным последствиям — инвалидизации, увечью, изменениям в семейных отношениях и др.) в специализированные психиатрические стационары. Именно в последних осуществлялась медико-социальная помощь в адаптации пациентов к новым социальным условиям. Кроме того, экстренная медико-социальная помощь оказывалась военным служащим непосредственно на передовой или в районах, крайне приближенных к передовой, — в пунктах специализированной помощи Красного Креста. Таким образом, ученые-медики и практики получили возможность наблюдать, анализировать и обобщать клинические и феноменологические данные о характере взаимоотношений физической и психической травм и делать медико-социальные прогнозы как в условиях быстрой эвакуации в тыл страны, так и в медицинских подразделениях передовых позиций Армии. Функциональное объединение различных медицинских структур для решения общей задачи скорейшего возвращения к нормальной жизни раненого обеспечило единую систему оказания специализированной (медико-социальной и психотерапевтической реабилитации и адаптационной) помощи в экстремальных условиях войны.

Этот опыт медико-социальной помощи в процессе реабилитации и адаптации раненых нашел дальнейшее применение и развитие и во время первой мировой войны, Гражданской войны и Великой Отечественной войны.

Решение теоретических проблем современного этапа развития социальной медицины боевых действий основывается на опыте Афганской войны, локальных конфликтов, войны в Чечне. Их изучение идет с учетом опыта подобных исследований невоенных катастроф: промышленных аварий (прежде всего, Чернобыльской), природных катаклизмов (армянское и охтинское землетрясения), адаптационной работы с заложниками, захваченными террористами, с горнорабочими, попавшими в завалы на шахтах, и т.п.

Хотя первое упоминание о военной психотравме и дальнейшей дезадаптации восходит еще к Геродоту, описавшему состояние участника Марафонской битвы, только в 1980 г. термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) был включен в американскую классификацию DSM-111, а позднее и в МКБ-10. После войны в Афганистане под нее подходили сто тысяч воевавших там граждан СССР. Таково было количество дезадаптационных «афганцев». В настоящее время в России в результате перенесенных разнообразных травм, по неуточненным данным, количество дезадаптационных граждан составляет около 5—6 миллионов (в том числе детей и подростков, но исключая престарелых, слабоумных и психически больных людей). Если к этой цифре прибавить 4,8 миллионов людей — число, на которое население России сократилось за последние пять лет, то картина получается неутешительная. *Дезадаптация* стала массовым явлением (хотя, еще раз подчеркиваем, она имеет самые разные причины) и поэтому серьезнейшей медико-социальной проблемой.

Дезадаптация — это следствие травматизации. Однако не всякая травма, как бы тяжела она ни была, обязательно ведет к развитию посттравматического стрессового

состояния и дезадаптации. Ее обуславливают два основных фактора: 1. *преморбидные* (врожденные, генетически обусловленные) особенности пострадавшего; 2. *медико-социальные условия*, в которые он попадает. Если первый фактор носит универсальный характер, то есть присущ всем странам, временам и народам, то второй характеризует лишь общества, где происходят социальные катаклизмы. К таким странам принадлежит и современная Россия. Какие бы медико-социальные мероприятия не проводились в стране (лечебные, санаторно-профилактические, психолого-реабилитационные, адаптационные, профессионально ориентированные, консультативно-семейные и др.), они просто не успевают догнать стремительно меняющуюся общественную ситуацию. Для **социальной адаптации** необходимо иметь устойчивые общественные ориентиры, на которые направлена адаптация. Если же они неустойчивы и находятся в постоянном изменении, то адаптационные воздействия быстро теряют силу и становятся неэффективными. В настоящее время адаптируемому человеку (если он, конечно, клинически здоров) не столько важны психологические и психотерапевтические консультации и стационарное пребывание в реабилитационных центрах, сколько реальное изменение его жизненных условий (несмотря на его травматизм или даже инвалидность), которые позволили бы ему жить «нормально». Кстати, понятие «жить нормально» тоже стало чрезвычайно зыбким в расслоившемся обществе. Скажем, бомж считает, что он живет «нормально», тем более, что и государство признает нормальным такой социальный статус, поэтому эти наши сограждане по формальным признакам являются вполне адаптированными. Однако если гражданин, перенесший ПТСР, хочет вернуться, например, к деятельности педагога или врача и «жить нормально», то это у него заведомо не получится, поскольку эти наши сограждане в России в силу сложившихся обстоятельств живут «ненормально». А прошедший афганскую войну герой при орденах и в военной форме, который вынужден попрошайничать в переходах московского метро под магнитофонные песни афганской войны, адаптирован, то есть живет «нормально», ибо он «делает свой бизнес», то есть участвует в «рыночных отношениях».

Как видно, понятие «адаптация» является не только медицинским, но, прежде всего, социально обусловленным, зависящим от другого понятия — «общественная норма» (норма жизнедеятельности, поведения, образа мысли и жизни).

Перечислим группы людей с повышенным риском травматизации и дезадаптации в современных конкретных условиях: военнослужащие, прошедшие войны и «горячие точки»:

1. ликвидаторы Чернобыльской катастрофы (оставляем в стороне очень сложную и запутанную проблему жителей радиоактивной зоны: их социальные и личные судьбы);
2. потерпевшие в результате армянского и охтинского землетрясений;
3. горнорабочие, пострадавшие в результате катастроф на шахтах;
4. беженцы и вынужденные переселенцы;
5. бомжи;
6. дети, потерявшие или не имеющие родителей, беспризорники, «трудные» подростки и др.;
7. инвалиды детства (самый психотравмируемый и дезадаптированный контингент наших сограждан);
8. престарелые граждане;
9. матери-одиночки;
10. одинокие;
11. пограничные психические больные (невротики и психопаты);
12. социопаты;
13. олигофрены и умственно отсталые;
14. психохроники.

Конечно, этот список можно значительно расширить за счет временно (как мы надеемся) находящихся в экстремальных условиях, то есть всех жителей пограничных с

Чечней районов и самой Чечни целиком, а также всех граждан бывшего СССР, находящихся в России на положении «нелегалов» в качестве дешевой рабочей силы.

Все эти люди — объект деятельности социальной медицины.

§ 3.2.2. Социальная реабилитация инвалидов

Основы законодательства по реабилитации инвалидов представлены в сборнике «Медико-социальная реабилитация инвалидов». Комитетом социальной защиты населения Москвы, Центральным научно-исследовательским институтом экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов и Министерством социальной защиты населения РФ. В этой книге представлены все законодательные акты, которые должны обеспечить всестороннюю реабилитацию инвалидов с учетом степени и вида инвалидизации, временной, ограниченной, полной или постоянной потери трудоспособности инвалида.

Министерство труда и социального развития Российской Федерации и Министерство здравоохранения Российской Федерации приняло *Постановление от 29 января 1997 г., №1/30 «Об утверждении Классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы»*. К Постановлению дано Приложение, которое содержит классификацию и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы.

Вот основные положения этой Классификации:

1.1. Основные понятия.

1.1.1. **Инвалид** — лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты.

1.1.2. **Инвалидность** — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

1.1.3. **Здоровье** — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов..

1.1.8. **Социальная защита** — система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

1.1.11. **Реабилитация инвалидов** — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

1.1.12. **Реабилитационный потенциал** — комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социальных факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его способности.

1.1.13. **Реабилитационный прогноз** — предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала.

Законодательные и нормативные документы, касающиеся инвалидов, отражают, как видим, всевозможные аспекты проблемы реабилитации инвалидов. Но, к сожалению, это только формально. В действительности с проблемой реабилитации инвалидов все обстоит не так-то просто.

Выше уже отмечалось, что все слои нашего общества чрезвычайно политизированы. Это касается и инвалидов. Политизация инвалидов имеет две стороны с точки зрения социальной медицины (под углом зрения проблем общественной и личностной реабилитации и адаптации): позитивную, ибо это явление можно расценивать с медико-социальной позиции как *способ гиперсоциализации* (то есть компенсации), и негативную, то есть уводящую инвалидов от решения их насущных проблем.

Для иллюстрации приведем листовку, выпущенную «Инициативной группой». (Ее состав: Президент Ассоциации молодежных организаций, Президент Ассоциации больных гемофилией, Член правления Московской городской организации ВОЙ, Сопредседатель Координационного комитета занятости Москвы, Генеральный директор АЛ «Инватранспорт»),

ОБРАЩЕНИЕ КО ВСЕМ ИНВАЛИДАМ РОССИИ

«Заканчивается XX столетие. Это время подведение итогов для страны в целом и для каждого в отдельности.

В стране свыше 9 миллионов человек занято на работах с вредными и неблагоприятными условиями труда. Около 5 миллионов рабочих мест не соответствуют нормам труда, не устранен тяжелый физический труд женщин. Большинство населения проживает в регионах с крайне неблагоприятной экологической обстановкой, способствующей возникновению и развитию хронических заболеваний.

Каждый из этих людей постоянно рискует пополнить армию инвалидов, которая и так насчитывает 10 миллионов взрослых и более 500 тысяч детей.

Темпы роста числа инвалидов превышают рост трудовых ресурсов. После реабилитации только 5% инвалидов полностью восстанавливают трудоспособность. Общество несет ощутимый экономический и моральный урон.

Руководство страны оценивают по отношению к своим малоимущим гражданам, особенно инвалидам. В настоящее время государственная политика в отношении инвалидов зашла в тупик. Предлагаемые властными структурами меры до сих пор не принесли ощутимого результата. Вот все и катится по старому руслу, а наша жизнь с каждым днем становится все тяжелее.

Так что же такое сейчас инвалид? Это самый бесправный, вычеркнутый из жизни человек. Он вечно чего-то просит, так как у него «за душой», кроме нищенской пенсии, ничего нет. До каких же пор нам предстоит быть же второразрядными гражданами нашей страны?

Может быть, пора остановиться и заявить о себе, о своих правах на достойную жизнь наравне со здоровыми людьми.

Мы призываем всех инвалидов и членов их семей объединить свои усилия для создания политического движения инвалидов России».

Таким образом, «уход» в политику инвалидов есть не что иное, как спонтанный способ реабилитации, ибо в самой психологической защите каждого человека с самого его рождения и при любых изменениях в организме (болезнях, травмах) до самой смерти жива тенденция к адаптации с окружающей средой. Реабилитация — это моральное адаптирование (самоутверждение себя в качестве члена общества выступает как нравственный императив и присутствует во всех случаях человеческой жизни, даже у изгоев).

По оценкам экспертов ООН доля инвалидов составляет около 10% населения планеты. В Российской Федерации в настоящее время проживает свыше 10 млн человек, официально признанных инвалидами. Но не все инвалиды проходят врачебную комиссию: у одних инвалидность вообще не определяется, у других — теряется. Не могут быть на учете и все дети-инвалиды (из 300 тысяч только половина учатся в школе). Поэтому приходится констатировать государственную запущенность относительно инвалидов как значительной части народа России. Таким образом, реабилитация все еще остается

нравственным императивом не столько для самих инвалидов, сколько для социальных врачей.

Статья 39 Конституции Российской Федерации гарантирует каждому гражданину социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных, установленных законом случаях. Поощряются добровольное страхование, создание дополнительных форм собственности на социальное обеспечение, в том числе и благотворительность. Но доходы из негосударственных источников к инвалидам поступают чисто символически, и тогда механизмы и процедуры реабилитации требуют огромных финансовых затрат. Да и величина пенсии — лучший показатель, находится ли инвалид в состоянии морального удовлетворения (то есть реабилитирован ли он перед обществом). Тот факт, что инвалиды вынуждены идти в бизнес, спекулируя на своей инвалидности, явно показывает ненадежность механизмов реабилитации в государственном масштабе.

20 июля 1995 г. Государственной Думой был принят федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Закон этот определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических, личностных прав и свобод, предусмотренных Конституцией России, в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой систему гарантированных государством экономических, общественных, правовых и индивидуально-личностных мер, которые должны обеспечить инвалидам объективные условия для преодоления своего дефекта до степени возможности равного со здоровыми гражданами участия в общественной жизни. Но и это пока что нравственный императив. Однако уже не только и не столько государства, сколько всего общества.

Не вдаваясь в чисто медицинские аспекты экспертизы инвалидности и реабилитации (в зависимости от степени и вида инвалидизации), отметим, что **реабилитация включает в себя:**

1. медицинскую реабилитацию, которая состоит из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;
2. профессиональную реабилитацию, которая заключается в помощи инвалиду профессионально переориентироваться (при утрате или значительном ограничении трудовых навыков), получить профессиональное образование и трудоустроиться, адаптируясь в новой трудовой среде;
3. собственно социальную реабилитацию (как полноценного гражданина общества, члена семьи, равноправного человека со своим социально-бытовым, человеческим окружением).

Правительство Российской Федерации утвердило Федеральную базовую программу реабилитации инвалидов — гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

На основе Государственной службы социально-медицинской экспертизы разрабатывается комплексная программа реабилитации инвалидов, включающая в себя разные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации социальных, медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер. Индивидуальная программа обычно содержит как реабилитационные мероприятия, предоставляемые инвалиду бесплатно в соответствии с Федеральной базовой программой, так и мероприятия, в оплату которых принимает участие сам инвалид либо его спонсоры (частные лица или организации). Объем мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой, не может быть меньше установленного Федеральной базовой программой.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер: он вправе отказаться от того или иного вида, формы или объема реабилитационных мероприятий, точно так же, как и от всей программы в целом. Но, согласно закону, инвалид, отказавшийся от реабилитационной программы, не может требовать взамен от соответствующих органов материальной компенсации.

Оказание квалифицированной медицинской помощи инвалидам, включая лекарственные препараты, осуществляется бесплатно или на льготных условиях в соответствии *с законодательством РФ (13 статья Закона)*.

Инвалиды и семьи, имеющие детей-инвалидов, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, принимаются на учет и обеспечиваются жилым помещением с учетом льгот, предусмотренных законодательством РФ и законодательством субъектов РФ. Инвалиды имеют право на дополнительную жилую площадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденным Правительством России.

Мы, естественно, привели лишь часть из перечня льгот и услуг, предоставляемых инвалидам по закону и имеющих конечной целью их социальную реабилитацию. В противном случае все эти льготы истолковываются (в том числе и самими инвалидами) как «расплата государства за увечье», хотя при этом и упускается из вида, что инвалиды детства и инвалиды, получившие травму в бытовых условиях, также не обделены со стороны Закона льготами. Случается, что инвалид, став социопатом с чертами сутяжничества, начинает судебным путем требовать от государства все больших благ, не гнушаясь никакими методами. Реабилитация, таким образом, как и другие виды социальной деятельности, может принимать «пограничные» формы, наряду с общепринятыми и узаконенными. Это всегда следует учитывать социальному медику при работе с инвалидами в процессе их реабилитации.

Оставляя в стороне специальную тему воспитания и образования детей-инвалидов, коснемся еще одной из важнейших гарантий, предусмотренных указанным Законом. Это **обеспечение трудовой занятости инвалидов путем проведения следующих специальных мероприятий, способствующих повышению их конкурентоспособности на рынке труда:**

1. осуществление льготной финансово-кредитной политики в отношении специализированных предприятий, применяющих труд инвалидов, а также предприятий, учреждений, организаций и общественных объединений инвалидов;
2. установление в организациях, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, квоты для приема на работу инвалидов и минимального количества специальных рабочих мест для инвалидов;
3. резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
4. стимулирование создания предприятиями, учреждениями, организациями дополнительных рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов;
5. создание инвалидам условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации;
6. создание условий для предпринимательской деятельности инвалидов;
7. организация обучения инвалидов новым профессиям.

Как видим, и в вопросах реабилитации инвалидов создана нормативно-законодательная основа. Но, тем не менее, проблема эта остается, хотя бы потому, что нет единой координирующей инстанции, которая отвечала бы на государственном уровне за реабилитацию, то есть возвращение в общество сограждан лиц, которые стали инвалидами. Заметим, что необходимость в социальной реабилитации априорно есть неперенный элемент любой государственной и политической структуры, как показывает практика цивилизованных стран хотя бы последних двух столетий. Однако функции по процессу реабилитации инвалидов закреплены за различными министерствами и

ведомствами (Здравоохранения, Труда и занятости, Социальной защиты и др.) и потому нескоординированы. Нужна одна инстанция, которая взяла бы на себя все, что касается реабилитации и жизнедеятельности инвалидов. Нельзя забывать, что после любых мероприятий реабилитации инвалид не перестает быть инвалидом, он живет, действует, стареет и заболевает разными болезнями именно как инвалид; поэтому правильнее было бы говорить не о «комплексной реабилитации», а о «перманентной реабилитации» инвалидов. Ни программы как таковой, ни нормативов в нашей стране пока нет, как нет и методологии проблемы (да и четкой концепции реабилитации). Такой инстанцией, которая решала бы и практические, и научно-технические вопросы реабилитации на основе концептуального подхода к ней, может быть только социальная медицина (ни структурно, ни функционально не зависимая как от органов здравоохранения, так и от органов социальной защиты населения).

§ 3.2.3. Ребёнок-инвалид в семье

Семья — это первый непосредственный «объект» социальной медицины. Все начинается с семьи, и все ею же для социальной медицины заканчивается. Работая на семью, социальный медик работает на общество, народ и государство. Вот почему эта тема особенно актуальна, выходя по значимости на первый план. Ребенок-инвалид в семье — чрезвычайная ситуация и для всего общества. Постараемся это показать на некоторых примерах.

Но сначала небольшая справка.

За последнее время существенно снизилась рождаемость и возросла детская смертность. Число детей инвалидов с рождения с 1991 г. увеличилось почти в 50 раз.

80% российских семей заработанных денег не хватает для того, чтобы дожить до получения очередной зарплаты (которая к тому же выдается нерегулярно). В этой связи качество потребляемых детьми продуктов питания и их рацион часто не соответствует минимальным гигиеническим требованиям как по калорийности, так и по составу белков, витаминов и микроэлементов.

Сложные жилищные проблемы, особенно в городах, часто влекут за собой отсутствие собственного угла у ребенка, подвал становится вторым домом.

Затянувшаяся перестройка системы здравоохранения со скудным бюджетным финансированием во много раз удлиняет время лечения детей, таким образом, все чаще страдающих хроническими заболеваниями, за которыми следует инвалидизация.

Лишь единичные лечебные учреждения здравоохранения специально спроектированы и имеют оборудование для приема детей-инвалидов. В целом же система здравоохранения как государственная, так и коммерческая не ориентированы на работу с детьми-инвалидами.

С геометрической скоростью за последние пять-шесть лет возрастает удельный вес наследственной патологии с задержкой психомоторного (умственного) развития, для выявления которой нет специальных генетических технологий и методов диагностики. В структуре здравоохранения отсутствуют практические медико-генетические современные центры, способные оказать специализированную помощь населению и эффективно проводить мероприятия по профилактике наследственных болезней, способствуя поддержанию здорового генофонда населения.

В России практически отсутствует система производства специального детского питания и обеспечения им нуждающихся. Особенно тяжелое положение с диетическим питанием детей, больных сахарным диабетом и отягощенных наследственной патологией.

Реформирование системы образования привело к тому, что значительная часть детей из малообеспеченных семей не в состоянии получить не только высшее, но даже полное среднее образование. Стремительно сокращается или становится платной значительная часть учреждений среднего профессионального образования.

Вместе с разрушением пионерско-комсомольской организации, базы «активного отдыха» были переданы другим хозяевам, тысячи детских учреждений закрыты. В настоящее время не более 7—9% детей занимаются в сохранившихся государственных и негосударственных внешкольных учреждениях.

В стране наблюдается устойчивый рост алкоголизма и наркомании, которые буквально «валят» целые регионы страны, в первую очередь молодежь, а теперь уже и детей.

В стране начинается очередная психическая эпидемия — *педофилия*.

Каждый второй ребенок даже из «здоровой» семьи фактически является безнадзорным. Многие из этих детей в скором будущем обречены стать социопатами или психопатами с прижитой психической патологией и отклоняющимся или преступным поведением. Уже сейчас едва ли не каждая уличная группа детей может расцениваться как *девиантная или деликвентная* (по роду развлечений, поступкам, отношению к старшим или к милиции). Типичный их герой — робот-убийца. К тому же следует учитывать, что реальность для многих городских детей все больше и больше вытесняется виртуальной реальностью примитивных и монотонных компьютерных игр...

Поэтому каждую вторую семью в нынешней России, где есть ребенок (особенно подросток), можно считать экстремальной: обыкновенный ребенок может создать чрезвычайную ситуацию в обыкновенной семье.

Но даже на этом мрачном фоне семьи, имеющие детей-инвалидов детства, представляют собой особую экстремальную группу в обществе: ведь родители (как и другие родственники) инвалида участвуют в жизнедеятельности общества. Поэтому клиническая проблема, естественно, превращается в социальную. Перед семьей возникает вопрос: к кому обратиться — к психиатру или социальному медику? Такие семьи прежде всего нуждаются именно в специализированной социально-медицинской консультации. Но таковых в нашей стране до сих пор нет.

Глава 3.3. Социальная медицина и долгожители

§ 3.3.1. Социально-медицинские аспекты долгожительства

В 1995 г. Государственной Думой был принят ряд законов в области социальной защиты населения — *«О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»*, *«Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации»*.

Вместе с этими документами был принят федеральный закон *«О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»*.

Названные законы являются правовой базой для деятельности специализированных органов в социальном обслуживании (в том числе медицинского) престарелых граждан и инвалидов. При этом следует обратить внимание на то, что в сознании российских законодательных структур самого высокого уровня (точно также и исполнительных) «пожилой или престарелый гражданин» находится рядом с «инвалидами». Такова официальная установка на социальное положение двух совсем разных групп населения. «Престарелые граждане» даже формально не могут быть приравнены к инвалидам (не все престарелые инвалиды; не все инвалиды престарелые; и положение в обществе, и социальная значимость этих двух категорий граждан весьма и весьма различна). Отсюда проистекает много «неудобств» в осуществлении этих законов.

По закону, система государственного обслуживания граждан указанной категории состоит из государственного, муниципального и негосударственного секторов социального обслуживания.

Закон предусматривает пять форм социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов:

1. социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
2. полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
3. стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их названия;
4. срочное социальное обслуживание;
5. социально-консультативная помощь.

Информация о социальных услугах предоставляется социальными работниками непосредственно гражданам пожилого возраста и инвалидам, а в отношении лиц, признанных недееспособными, — их законным представителям. Граждане, направляемые в стационарные или полустационарные учреждения социального обслуживания, а также их законные представители должны быть предварительно ознакомлены с условиями проживания или пребывания в этих учреждениях и видами услуг, предоставляемых ими. Социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия лиц пожилого возраста и инвалидов. В отношении недееспособных согласие дается их законными представителями, а при их временном отсутствии — органами опеки и попечительства.

Президентом и Правительством РФ объявлена «Программа старшего поколения до 2000 года». Ориентируясь на эту Программу, законодательным органам еще только предстоит выработать стандарты социального (в том числе медицинского) обслуживания престарелых (и отдельно — инвалидов) граждан, которые были бы нормативами и носили бы обязательный характер. Понятно, что решение этой проблемы требует соответствующего концептуально-теоретического осмысления. *Геронтология* (наука о старении) является составной частью общей теории социальной медицины.

В мае 1998г. в Париже, под эгидой Юнеско, прошел международный Форум, посвященный «Долгожительству и качеству жизни».

На Форуме рассматривались проблемы биологических и генетических факторов, способствующих продлению жизни, социально-экономических и технических подспорьев продолжительности жизни, болезней, присущих старости. Согласно современным научным достижениям в области биологии, медицины, генетики, психологии, социологии, научно-технический прогресс (со всеми своими абберациями) способствует продлению жизни человека. Но здесь возникает кардинальный вопрос: хорошо это или плохо? Совместимы ли качество жизни и долгожительство?

Обсуждался и еще один аспект. Несомненным является факт увеличения возраста лиц, которые правят государствами и монополиями. Даже будучи на пенсии, они представляют собой большую политическую и экономическую силу. Возникает вопрос: не является ли данная социальная сила в точном смысле слова пациентами? Эта тема может быть сформулирована и так: роль больного человека в политике и управленческих процессах (неважно, болен ли он нервно-психически или соматически, поскольку и в том, и другом случае психика человека несвободна от «нездоровых» мыслей).

Те же самые проблемы, которые обсуждались на Форуме, плюс два-три десятка собственных проблем стоят и в России.

Социально-медицинские проблемы долгожителей (престарелых, пожилых, старых) прежде всего делятся на сугубо социальные и сугубо медицинские. Но это деление не по существу, а по форме. Обе проблемы возникли на заре цивилизации и культуры. Само положение пожилого человека не только в обществе, а в жизни таково, что отличает его по существу от всех других возрастных групп, и в зависимости от того, как данное конкретное общество относится к старости, определяются и решаются соответствующие социально-медицинские проблемы.

Есть две основные традиции отношения общества к старости. Первая насчитывает около 30 тысяч лет — назовем ее древнеегипетской традицией. Старость называется

«самым почетным положением человека среди других людей», «пожилой человек единственный из людей, кто близок к богам», «старость — счастливое и безмятежное состояние человека» и т. д.

Другая традиция насчитывает 3 тысячи лет — назовем ее спартанской традицией. В Спарте говорили: «Лучше быть бездомной собакой, чем стариком»: немощных (беспольных) стариков в Спарте сбрасывали со скалы в пропасть, причем, старик-спартанец воспринимал такой конец жизни как естественный.

До сих пор в положении престарелых граждан в разных странах («благополучных» и «неблагополучных») можно разглядеть или древнеегипетскую, или спартанскую модели. Что же представляет собой старость как явление? Прежде всего, каждый пожилой человек обременен массой так называемых хронических болезней (в среднем 9—13). Они появляются, как только человек начинает стареть и болеет от 20 до 30 лет. Патологоанатомы хорошо знают, что пожилые люди не умирают от своих хронических заболеваний, даже если это гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца или язвенная болезнь (от них умирают чаще всего в возрасте от 40 до 50 лет). Выдающийся русский патологоанатом И.В. Давыдовский вообще предлагал видеть во всех хронических заболеваниях, сопровождающих старение, его признаки. Но это потребовало бы и особого практического подхода к старикам. Однако хронически больные пожилые люди продолжают сидеть в очередях в поликлиниках, и каждая вторая-третья койка в больницах также занята ими. Врачи чаще всего относятся к ним «по-спартански», особенно в современной России, когда денег не хватает ни на содержание больного в отделении, ни на лекарство (оплата медперсонала в нашей стране ниже, чем в слаборазвитых странах «третьего мира»).

Особое положение престарелого человека в жизни состоит в том, что он «близок к богам». Сущностная черта пожилого человека состоит в том, что он все полнее оказывается перед лицом смерти.

Специальные исследования подтверждают, что мысли о скорой и неизбежной смерти так или иначе присутствуют в сознании каждого, кому за 60, как *сверхценные переживания*. Это объясняется тем, что с возрастом соответствующим образом изменяется психологическая защита человека, с которой он рождается и в программу которой входит и сознание собственной смерти. Психологическая защита помогает смертнику и неизлечимому больному справляться с мыслями о неизбежной смерти, которые поэтому никогда не доходят до сверхценных переживаний. Мы не касаемся здесь, разумеется, тех случаев, когда «мысли о смерти» являются симптомами психической патологии (психотические депрессии, суицидальные установки, бред и др.).

Социально-медицинская помощь престарелым зависит, как уже упоминалось, от того, какая тенденция (древнеегипетская или спартанская) преобладает в обществе. Примером могут служить хотя бы *хосписы*: есть хосписы, где пожилым и очень пожилым людям создается долгая и достойная жизнь за счет не только соответствующих материальных условий пребывания, но и специализированной психоделической психотерапии. Однако есть хосписы, где подопечным подносится «нежная и сладкая смерть» — эвтаназия.

И собственно медики, и социальные медики должны постоянно учитывать особое отношение престарелых людей к смерти, определяя объем, тактику и методы лечения. Исходя из простой истины: старость неизлечима и не лечится, с каждым пожилым человеком должна проводиться *психоделическая психотерапия*.

§ 3.3.2. Долголетие и психическое здоровье

За крайне редким исключением, каждый долгожитель страдает рядом хронических соматических заболеваний (сердечнососудистых, желудочно-кишечных, гинекологических, урологических, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и др.).

Если оставить в стороне заболевания, связанные с центральной нервной системой, то уже этого достаточно, чтобы причислить большинство престарелых людей к категории «пограничных» больных. Из этого следует, что они нуждаются в наблюдении и лечебной коррекции у психиатра или психотерапевта. *Психоделическая психотерапия* — это «моральная» подготовка пожилого человека к смерти, это тоже пока что раздел психиатрии. Дело в том, что даже одно хроническое заболевание (неважно, в каком возрасте оно приобретается) приводит к так называемым «*неврозоподобным состояниям*» и к болезненной деформации характера, вплоть до психопатии. Эти явления старости изучает особый раздел геронтологии.

Особое место занимают и проблемы *гериатрии* (занимающейся психическими заболеваниями позднего возраста), хотя провести четкую грань между геронтологией и гериатрией невозможно.

Каждый пожилой человек проживает непростую жизнь (трудно представить человека, который дожил бы до 60 лет, не испытав ни страданий, ни стрессов). Однако в особенно тяжком положении находятся пожилые люди в современной России, пережившие целый ряд глобальных социальных катаклизмов. Самое страшное для человека (после утраты иллюзий юности) — пережить крах всех своих внутренних ценностей, потерять все то, на что ориентировался. Ценностно переориентироваться, то есть принять ценности капиталистического мира, пожилые люди не могут. Таким образом, они представляют собой огромную армию социопатов.

Характер пожилого человека деформируется уже в силу старения. Эта деформация представляет собой достаточно сложный процесс (как человек жил, так он и стареет). До поры до времени все работающие (неважно, в какой области социальной занятости) сохраняют черты характера, имеющие наследственное происхождение. С возрастом появляется профессиональная деформация характера, так называемая *акцентуация* определенных черт характера — мнительности, вспыльчивости, ранимости, тревожности, педантичности, обидчивости, эмоциональной лабильности, истеричности, замкнутости, истощаемости, придирчивости, несправедливых оценок своих поступков и поступков окружающих, реактивный регресс умственных способностей, стереотипно повторяющийся в «ранимых ситуациях», и т.п.

А если пожилому человеку пришлось еще похоронить родных и близких, в особенности своих детей или супруга, вряд ли его психика и характер могут остаться «нормальными». Особое место, безусловно, занимает проблема одинокой старости. Изменение в психике одиноких людей не укладывается ни в какие синдромы, по причине уникальности и полиморфности своей в каждом конкретном случае. И тем не менее, ни «клинической», ни «геронтологической», ни «социальной» нормой состояние одиноких стариков назвать нельзя.

Здесь следует назвать еще две категории престарелых граждан, каждая из которых, в силу своих социально-медицинских особенностей, выделяется в особый ряд. Во-первых, это состарившиеся инвалиды (получив инвалидность в молодости или в зрелые годы, тем не менее были ранее хорошо адаптированы: имели семьи, детей, работу и т.д.). Во-вторых, это лица, получившие инвалидность в престарелом возрасте. Психика этих пожилых людей весьма своеобразна, с набором различных характерологических, аффективно-эмоциональных и интеллектуальных особенностей, которые (в зависимости от специалиста — психиатра, психолога, занимающегося реабилитацией, или социального медика) не укладываются в существующие профессиональные шаблоны. Здесь, как нигде, требуется индивидуальный подход.

Конечно, говоря о психических особенностях различных групп престарелых граждан, нельзя не упомянуть о социально-экономических (бытовых, материальных) условиях, в которых прошла и проходит их жизнь. Достаточно привести только один пример из нашей действительности: задержка (мизерной, по мировым масштабам!)

пенсии. Этот хронический психотравмирующий фактор бьет, помимо прочего, по самооценке старого человека, по его личностным, нравственным ценностям.

В 1990 г. психиатр-геронтолог Р.С. Яцемирская провела в Софии клинико-психопатологическое исследование долгожителей в возрасте 90—96 лет (всего 216 человек обоего пола). Она обнаружила прямую зависимость психического статуса исследуемых не только от их физического состояния, но и от таких социальных факторов, как проживание в семье, в интернате, одиночество. Тогда Болгария была благополучной страной, и поэтому необходимости в усложнении социально-личностных критериев для оценки психического состояния долгожителей не было. Крепкие физически долгожители сохранили и психическое здоровье. Точно также психическая сохранность характеризовала долгожителей, проживающих в семье. Они оставались, к тому же, активными. Правда, число дементных в семьях было больше, чем в домах-интернатах.

Изучив одновременно психически больных долгожителей и дав клинические описания их основных психических заболеваний («сенильная деменция», «атеросклеротическая деменция», «острые экзогенно-органические психозы», «депрессии», «инволюционный параноид», «зрительный галлюциноз», «личностные аномалии») и «пограничных состояний» («отрицательные расстройства настроения», «положительные расстройства настроения», «старческое фантазирование», «психический упадок»), Р.С. Яцемирская пришла к выводу, что методологически и методически геронтология еще не оформилась в социальную науку о старении. Это же подтвердил и сделанный обширный обзор зарубежной литературы по этой проблеме.

Особое место в исследованиях Р.С. Яцемирской отведено «отношению к смерти»: «Нельзя не привлечь внимания к тому, какие трудности возникают при изучении данного вопроса у долгожителей, то есть лиц, физическая кончина которых может наступить в ближайшее время. Само собой разумеется, что необходимо было разработать такую тактику, чтобы вопрос о смерти не вызывал резко отрицательного отношения со стороны старого человека к исследователю, не ранить морально опрашиваемого. В связи с этим такой вопрос задавался не прямо, а опосредованно, как предлагал В. Маршалл. В непринужденной беседе старому человеку предлагалось сказать, как долго ему хочется жить, хочет ли он достигнуть 100 лет и при каких условиях.

43 человека (22 женщины и 21 мужчина) ответили положительно, но только при условии, если их физическое состояние останется без изменения, то есть они будут такими же активными и независимыми. Вопрос о том, достигнут ли они ста лет или нет, не казался им актуальным, достижение столетия не являлось самоцелью. Тем не менее, такая перспектива представлялась им желательной, но лишь при полной сохранности физического и психического самочувствия.

17 человек (14 женщин и 3 мужчин) вообще не задумывались над этим вопросом, считая, что менее всего продолжительность их жизни зависит от их непосредственного желания. Как правило, в таких случаях долгожители ссылались на Бога: «Все в Божьих руках!».

Отрицательный ответ дали 5 человек (3 женщины и 2 мужчин), заявив, что прожили достаточно, дали своим детям все необходимое для их благополучной жизни, довольны своими потомками. Эти долгожители подчеркивали свое желание умереть как можно скорее, чтобы остаться в памяти своих внуков и детей как лица, сохранившие до глубокой старости психическое и физическое здоровье, чтобы ими восхищались и после смерти.

Страх перед смертью не был обнаружен ни в одном случае.

По мнению Р.С. Яцемирской, это государственного значения дело нужно начинать, с одной стороны, с организации геронтологических и гериатрических консультаций, которые бы решали повседневные вопросы, связанные со старением и старостью, с другой стороны, необходим специальный Институт, где бы данные проблемы могли бы изучаться концептуально.

Рассматривая сложную социально-медицинскую проблему «долголетие и психическое здоровье», нельзя не коснуться хотя бы в общих чертах такого общественного института, как семья, где функции каждого ее члена распределяются не поровну, а по состоянию всех и каждого. В такой семье каждому есть свое место, и оно почетно: отца и сына, матери, бабушки и дедушки. Болезни и недуги в слаженных семьях протекают гораздо легче (это достоверный клинический факт; именно отсюда так популярна идея «семейного врача»). Для наглядной иллюстрации некоторых важных положений проблемы приведем случай из врачебной практики.

Интеллигентная семья, однако с тяжелой психической отягощенностью по обеим линиям наследования. Со стороны отца — эпилепсия, бродяжничество, убийцы. Сам глава семьи до 70 лет работал судьей (образование высшее, юридическое, фронтовик, имеет ранения туловища, отказался от инвалидности). Судьей отработал более 30 лет. С почетом отправлен на пенсию. Его брат — алкоголик, умер в 73-летнем возрасте, от асфиксии рвотными массами. Последние 25 лет нигде не работал, жил за счет случайных заработков и помощи судьи. Семьи никогда не имел. Жена судьи — педагог (образование высшее). Родной брат жены страдал шизофренией, инвалид (заболел в 40 лет), I группы, умер в 75 лет в больнице для психохроников. Был женат; двое детей (образование у каждого высшее; у первого — экономическое: в настоящее время возглавляет крупный банк; у второго — юридическое, возглавляет юридическую фирму; оба имеют детей; все в настоящее время здоровы). Жена в 60 лет перенесла операцию по поводу рака грудной железы. Операция прошла удачно. Ремиссия два года. Снята с онкологического учета. В это же время заболела психическим заболеванием, по всем признакам болезнью Альцгеймера (психический статус ее опишем ниже). В описываемой семье судьи и педагога (учитель по литературе в высших классах) есть дочь и сын. В 8 лет дочь заболела эпилепсией с большими и малыми эпилептиками. С тех пор систематически лечится в различных психиатрических больницах Москвы и Ленинграда (в том числе, в клинике эпилептологии Института Минздрава России и в отделении эпилепсии в Институте им. Бехтерева в Петербурге). От инвалидности для дочери родители отказались. Девочка успешно закончила специолу и Педагогический институт. В настоящее время ей 40 лет, незамужем, живет с родителями, постоянно принимает противосудорожные препараты. Интеллект высокий (интересуется историей, живописью, литературой, занимается журналистикой). Имеет непродолжительные половые связи. Сын рос и развивался нормально, закончил строительный техникум, отслужил в армии, женат, имеет двоих детей. Последние 5 лет алкоголизуется: пьет запойно; кодировался от алкоголизма, но безуспешно. Не удерживается на работе. Начались конфликты в семье. Жена два раза подавала на развод, но потом прощала (у него «золотые руки»: все делает по дому сам, подрабатывает и слесарем, и плотником, и строителем). Стал продавать вещи, чтобы добыть деньги на водку (втайне от жены за бесценок продал машину и дачу, потом — свои костюмы, рубашки, обувь, посуду). К наркологу больше не обращался: «сам брошу пить!». Проживает с семьей отдельно и в другом городе. Отношения с родными поддерживает и часто приезжает к ним в гости на продолжительное время.

Прежде, чем рассмотреть этот пример, вкратце расскажем о болезни Альцгеймера, не вдаваясь в клиничко-теоретические дискуссии.

Болезнь Альцгеймера — деменция, возникающая в старческом возрасте (от 60 до 80 лет, после 80 лет не начинается). Патологоанатомический субстрат болезни — атрофия определенных участков коры головного мозга. Считается наследственным заболеванием. Неизлечима. Прогноз неблагоприятный.

Старческая деменция — синдром с нарушением ориентировки, памяти, способности понимания, сообразительности и суждения. Аффекты поверхностны и несдержанны, нарушается настроение, резко снижаются этические требования, обостряются личностные особенности, отсутствует способность к самостоятельному решению.

Выделяют пять основных критериев деменции:

1. потеря интеллектуальных способностей, которая ведет к расстройству в социальной и профессиональной сферах;
2. нарушение памяти;
3. расстройство абстрактного мышления;
4. наличие ясного сознания;
5. наличие органических причин.

В семье, описанной в приведенном примере:

а) отец — эпилептоидная личность, фронтовик, раненный и контуженный, 30 лет профессиональной деятельности в качестве судьи, физически крепкий, 70 лет;

б) мать — онкологическая больная с длительной ремиссией, страдает деменцией, бывший педагог, образование высшее, физически «практически здорова», слабости и утомляемости не наблюдается, 62 года;

в) дочь — страдает с детских лет эпилепсией, характерологические и личностные изменения по эпилептоидному типу, интеллектуально сохранна, постоянно принимает противосудорожные препараты, но приступы повторяются часто, живет активной (духовной и половой) жизнью, образование высшее, 40 лет;

г) сын — 38 лет, образование среднее специальное, имеет семью и двоих детей, около пяти-шести лет страдает хроническим алкоголизмом 2-ой стадии, безуспешно лечился, установки на трезвость в настоящее время нет, к своей семье (жене и детям) привязан не очень, к семье родителей — сильная привязанность.

Эта семья весьма показательна как «объект» социальной медицины (ибо клинические медики здесь мало что могут изменить: «тяжелый характер» отца никакими лекарствами не изменишь; матери не помогут никакие препараты, ибо ее болезнь не только неизлечима, но и медикаментозно не корригируема; дочь длительное время принимает противосудорожные препараты по отработанной схеме, которую нельзя нарушать; если сын даже захочет лечиться, то хронический алкоголизм второй стадии вряд ли излечим). Однако вряд ли найдется медик, который будет отрицать, что каждый член этой семьи нуждается именно в профессиональной врачебной помощи (как и вся семья в целом). Добавим, что семья эта в качестве социальной «единицы» фактически продолжает функционировать. Больше того, все члены семьи без исключения находят контакт друг с другом, как бы не принимая в расчет свои и своих близких тяжелые заболевания: когда они собираются вместе, то отец становится «мягче и человечнее», мать словно «просыпается» и «временами совсем становится прежней, разумной и интересной женщиной», у дочери прекращаются припадки (хотя, когда семья врозь, они повторяются, несмотря на систематический прием противосудорожных препаратов), сын никогда не алкоголизуется, когда живет в семье родителей (много работает, деньги частично отдает родителям, частично — жене).

В развитых странах с такими семьями работает социальный врач, решая и медицинские, и профессиональные, и бытовые, и общественные проблемы каждого члена семьи и всех вместе.

Более того, именно социальный врач, совместно с генетиком решают вопросы профилактики и превенции наследственных заболеваний, которые (что неизбежно при такой тяжелой наследственности) дадут себя знать у ближайших родственников (двоюродных братьев и их детей, у собственных детей сына). Социально-медицинский прогноз подобных семей чрезвычайно важен, поскольку может иметь серьезные общественные последствия.

§ 3.3.3. Долгожительство и качество жизни. Долгожитель и его семья

«Не старость сама по себе должна вызывать уважение, а качество прожитых лет», — считал В.М. Шукшин, как бы предвосхищая движение за «качество жизни», охватившее сейчас многие высокоразвитые страны. Мы уже упоминали о «ISOQOL» (так сокращенно называется «Международное сообщество за качество жизни»). Оно объединило ученых разных специальностей: от политиков и бизнесменов до медиков, психологов, биологов, экологов, юристов. Два раза в год в разных странах проводятся конгрессы, организуемые «ISOQOL». В 1998 г. прошли конгрессы в Афинах и в Париже, в 1999 г. — в Лондоне, Франкфурте-на-Майне, Тайбэе (Тайвань) и в Вене. Значительное место в исследованиях качества жизни занимают проблемы постарения населения. В качестве примера возьмем одно из таких исследований — «Качество жизни и деменция», проведенных Каролиной Селай и Мишель Тримбле в Институте неврологии университетского колледжа Лондона.

В качестве объекта исследования были привлечены больные деменцией Альцгеймера из различных лондонских клиник. Исследование проводилось методом специального опроса (как самих больных, так и наблюдающих их врачей). Опрос основывался на «очевидном положении вещей», согласно которому «деменция лучше смерти». Больные принимали ноотропы и антидепрессанты, а также сосудистые препараты. С ними постоянно работали геронтологи-психотерапевты (пытавшиеся психотерапевтически активизировать их жизнь). В деменции было выделено 4 стадии (по степени нарушения познавательных способностей, памяти, ориентации в окружающем пространстве и потери бытовых навыков). Контакт состоялся с больными первых трех степеней деменции. Результаты наблюдений сравнивались по двум параметрам: самоотчету пациента и отчету его лечащего врача, с разницей в полгода. Во всех случаях было установлено, что «больные живут качественно» (довольны жизнью и не хотят умирать; «понимают» необходимость своего пребывания в специальном стационаре). У глубоко дементных больных состояние «качества жизни» выявить не удалось, ибо они не поддавались опросу. Но (как пишут авторы) судя по тому, что эти больные охотно питались, ожидали приема пищи и не были против ухода за ними (многие из них были неопрятны), они «жили качественно». От себя добавим, что клиники, где проводились исследования, — это современные учреждения, с новейшим оборудованием и медицинским обслуживанием высочайшего класса. Больные получают новейшие препараты и диетическое питание из высококачественных продуктов и экологически чистой воды. Иначе говоря, стандарты обслуживания исследуемых больных уже априорно соответствуют «качеству жизни». Духовная сторона у дементных пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, как известно, отсутствует (в первую очередь при этой форме деменции нивелируются именно нравственно-этические свойства личности).

Конкретизация термина «качество жизни» (проблема эта, безусловно, актуальна и в России) на Западе и в России разного характера. Может быть, у нас это понятие носит более духовный характер.

Однако это понятие необходимо ввести в обиход социальных работников (педагогов и медиков). Нам есть чему поучиться у членов ISOQOL. Понятие «качество жизни» может стать рабочим при решении любых социально-медицинских проблем, в первую очередь, при исследованиях физического, психического и, что не менее важно, морального здоровья. Без духовности для русского человека нет жизни (не только абстрактного «качества»). Это было на Руси всегда и остается и сейчас, если внимательно посмотреть, за счет каких ресурсов мы все выживаем.

В проведенном Р.С. Яцемирской клинико-психопатологическом исследовании долгожителей Софии анализ их семейного положения показал, что из 216 опрошенных (90—96 лет) вдовы составляли 79,6%, семейные -- 12,5%; разведенные -1,9%, не вступавшие в брак — 6,0% .

Эти показатели соответствуют и другим, более современным, источникам (A.Andriani,1996; E. Guidibaldi-Antonioni, 1997).

Р.С. Яцемирская пишет: «Как и следовало ожидать, вдовцы и вдовы составляют большинство долгожителей. Число семейных было небольшим, из них две супружеские пары состояли из партнеров-долгожителей. Остальные были мужчины, супруги которых были значительно моложе их по возрасту. Некоторые имели второй, а то и третий брак. Нужно отметить, что повторные браки были только у мужчин-долгожителей. Ни одна женщина-долгожительница в пострепродуктивном возрасте после смерти мужа не вступала в новый брак.

Интерес представляет группа долгожителей, которые никогда не вступали в брак, т. е. старые девы и холостяки.

Среди софийских долгожителей категория «разведенных» была самой малочисленной — 1,9%; среди них были мужчины и женщины. Как удалось выяснить, разводы состоялись в зрелом или пожилом возрасте, после чего уже не делались попытки создать новую семью.

Заслуживают внимания данные о потомстве городских долгожителей. Почти 1/5 всех долгожителей не имела прямого потомства, а число долгожителей, имевших многочисленное семейство, было небольшим — 14,4%. Но несмотря на немногочисленное потомство, совершенно одиноких долгожителей было немного — 34 человека (15,7%). Из них лишь 13 человек жили в домах престарелых. Остальные одинокие долгожители жили в собственных жилищах. У части из них имелись приятельские отношения с соседями, которые оказывали им всяческую помощь, а иногда осуществляли полный уход за ними. Другие поддерживали приятельские и даже почти родственные отношения с детьми своих умерших друзей. Эти лица относились по-родственному, в отдельных случаях одинокие жители проживали в их семействах. Из 27 человек, имевших супругов, самостоятельно проживали 10 долгожителей; трое жили со своими супругами в домах для престарелых. Остальные 14 человек жили в одном жилище с семьями своих детей.

155 человек имели родственников различной степени родства (дети, внуки, сводные братья и сестры, племянники и т.д.); 89 человек из них жили вместе со своими родственниками. В домах престарелых жили 51 человек (32,9%). Любопытство вызывают 15 человек (9,7%), жившие отдельно от своих родственников...Но во всех случаях родственники оказывали всяческую помощь, осуществляя ежедневный уход за своими престарелыми близкими. 8 долгожителей по собственной инициативе избрали отдельный способ проживания. Они категорически отказывались от предложений своих близких жить одним семейством, мотивируя свой отказ тем, что не хотят менять своих привычек, не хотят обременять молодых членов семейства, а, главное, не хотят уезжать из своего привычного старого жилья».

Чтобы понять, как строятся отношения в семьях с долгожителями, следует принять во внимание два основных момента: один — микросоциальный; другой — индивидуально-психологический, или, что почти одно и то же, медицинский. Первый фактор: долгожитель уже в силу своего «статуса» (то есть независимо от семьи и ее характеристик) всегда находится в центре внимания всех членов семьи, то есть является ее «ядром» («крепким» или «мягким» — другой вопрос). Второй фактор: для долгожителя «родной» — очень широкое понятие.

Вспомним, что говорил о себе в старости Л.Н. Толстой: «Для меня нет уже конкретного человека. Как нет человека «вообще». Каждого я воспринимаю как близкий и родной мне тип человека, то есть по неким общим, но существенным именно для данного типа чертам. Поэтому все люди для меня или чужие, или родные: знакомых, дальних, близких и др. нет». Воспринимая людей как «родные типы», пожилой человек тем самым легко строит с ними отношения (на выработанных с годами стереотипах общения), адаптируется к ним, включает их в свою эмоциональную память как родных. И именно поэтому пожилые люди, и особенно долгожители, не хотят и не могут вступать хотя бы в

поверхностные эмоциональные отношения с другими людьми, которые для них «чужие» — уже по одному своему типологическому статусу. Есть и другая сторона этой проблемы: дожив до определенного возраста, родные становятся для пожилых людей «чужими», ибо на первый план выступают именно те «существенно общие» типологические черты, на которые только и ориентируется пожилой человек (кстати, отчуждение от родных в резкой и трагической форме произошло и с самим Л.Н. Толстым, заставив его покинуть Ясную Поляну).

В главе «Проблемы в семьях долгожителей», Р.С. Яцемирская пишет: «Непосредственное наблюдение за долгожителями в привычной для них домашней обстановке позволяет высказать мнение, что уход за большинством из них представляет большую нагрузку для семьи. Проблемы таких семейств должны изучаться очень внимательно, чтобы помочь членам семейства избежать стрессовых ситуаций и сохранить спокойствие и хладнокровие, которые требуются для длительного ухода за старым больным человеком. Особого внимания заслуживают семейства, в которых имеются долгожители с психическими нарушениями, если за ними ухаживают их дети, сами нередко уже пожилые люди и имеющие иногда более серьезные соматические заболевания.

Немалые трудности испытывают такие семейства, в которых за долгожителями ухаживают лица, еще продолжающие свою профессиональную и трудовую деятельность. Как правило, в таких семействах особенно остро ощущается дефицит свободного времени, столь необходимого для ухода за долгожителями.

Все семейства имели характерную особенность, которая состояла в том, что независимо от состава семьи и возраста ее членов, все обязанности по уходу за старым человеком ложились на плечи одного человека. С другой стороны, нередким явлением было то, что все контакты долгожителей ограничивались именно общением с этим человеком. Контакты с другими членами семьи были ограниченными, а по мере нарастания физической слабости и уменьшения подвижности старого человека они постепенно, но, тем не менее, неумолимо снижались. Нужно отметить, что даже в самых идеальных семействах с очень внимательным и добросердечным отношением к долгожителям, родственники, не принимавшие непосредственного участия в удовлетворении необходимых потребностей последних, находились с ними в более формальных контактах, ограничиваясь подчас выражением лишь внешних признаков внимания или проявляя насмешливое снисхождение, а зачастую и вообще оставаясь совершенно безучастными к судьбе старого человека. (Речь идет об отчуждении от долгожителя родных как проявление их психологической защиты — от старости и дряхлости, от смерти, что символизирует собой долгожитель и брэнность жизни вообще. Это генетически закреплено в психологической защите каждого человека, которая работает, что нужно иметь в виду, только в строго определенных возрастных параметрах).

Обыкновенно в домашних условиях за долгожителями ухаживали их дочери или снохи, реже — жены. Крайне редко этот уход за долгожителями осуществлялся женщинами другой степени родства (сестры, племянницы, внучки). В очень редких случаях за долгожителями ухаживали их сыновья и внуки. По возрасту преобладающее большинство ухаживающих лиц были пожилого возраста — средний возраст 64 года. Лиц молодого и среднего возраста было относительно немного — 37,3%».

Выше мы говорили, что долгожитель, если он проживает в семье, обычно является ее «ядром». Этот тот центр (независимо, в каком психическом и физическом состоянии находится долгожитель), к которому стекаются все «токи» и «силы» семьи. Вот поэтому, когда долгожитель умирает, семья сиротеет, и кажется, что «сиротеет все вокруг» (как это описано у В.М. Шукшина в рассказе «Солнце, старик и девушка»). Являясь «ядром» семьи, долгожитель оказывается источником морального климата в семье: ее лада и разлада. Как показывают исследования семей, в которых проживает долгожитель, они или очень слаженные (несмотря на стесненность в жилье, финансовые трудности, болезни

членов семьи, на их возрастной, по степени родства, или половой состав и другие объективные факторы), или, наоборот, это семьи, в которых «настоящий ад», тем более «причин» для этого предостаточно, но основной причиной является наличие в семье долгожителя.

Такое положение вещей нельзя объяснить социально — экономическими (материальными) или социально — психологическими (хороший или плохой характер у долгожителя) факторами. Причины гораздо глубже. Только медицинская генетика могла бы объективно интерпретировать кардинальные перемены в психике долгожителя, о которых писал Л. Толстой и которые подтверждаются социально-геронтологическими исследованиями.

Долгожитель и его семья — одна из актуальнейших проблем и нашего общества в целом, и социальной медицины в частности. Проблема эта кажется не разрешаемой ни общественными, ни правительственными мерами, направленными на укрепление социальной защиты народонаселения; еще в меньшей степени — медицинскими путями. Появившиеся в нашей стране хосписы для долгожителей пока демонстрируют полнейшую беспомощность, поскольку, выражая хорошую идею, они требуют, во-первых, изрядных денег, а во-вторых, иной, чем на Западе, концепции. В европейских странах, за исключением Италии и Испании, давно сложилась традиция жить отдельно от родителей. Эта же традиция в США и Канаде. В Израиле живут и порознь, и как в России, где родители до сих пор чаще живут с одним из детей, то есть одной семьей. «Свой дом» — понятие чрезвычайно разное для европейца и для русского: для европейца — это дом, где родились его дети; для русского (точно так же, как для итальянца и испанца) — это дом, где родился он сам. Хоспис для европейца — нормальное переселение его родителей в нормальные (хорошо оплачиваемые) условия. Хоспис для нашего русского современника хуже дома для престарелых, ибо это промежуточный перед кладбищем этап.

В перестроечное время в нашей стране начали появляться всяческие фонды здоровья и милосердия, взявшие на себя часть забот по уходу о пожилых людях.

§ 3.3.4. Современные проблемы домов-интернатов для престарелых граждан

Все в нашей жизни по сравнению с тем, как было в СССР, изменилось; все, кроме домов-интернатов для престарелых граждан.

Из имеющихся домов-интернатов 75% нуждаются в ремонте, 35% — в капитальном ремонте. Ничего не изменилось и в порядке оформления и поступления в дома-интернаты, сохранилось и разделение их по ведомствам (дома-интернаты для актеров, ученых, писателей и т.д.). Во все дома-интернаты очередь по-прежнему от года до 3 лет. Домов-интернатов для престарелых по-прежнему не хватает.

По причине плохого финансирования условия пребывания в домах-интернатах даже ухудшились, особенно за последние 5—6 лет. Это касается, прежде всего, обслуживания проживающих в домах-интернатах граждан, их питания и медицинского обслуживания. Персонал домов-интернатов получает мизерные зарплаты, и поэтому сотрудников там не хватает. Смертность в домах-интернатах, не связанная с острыми соматическими заболеваниями, возросла в 3—6 раз. Тем не менее, повторяем, очередь в дом-интернат для престарелых граждан не укорачивается.

Единственное, что изменилось, это возраст граждан, поступающих в дом-интернат: он стал моложе. **Причины этого омоложения следующие:**

1. социально-экономические (не хватает пенсии, чтобы прокормиться; нежелание быть обузой для детей);

2. медицинские (в больницу и госпиталь в настоящее время пожилому человеку, пенсионеру, лечь не просто — лекарства дороги, больничное обслуживание все больше становится платным);

3. семейные (климат в семьях ухудшился из-за общей социальной неустроенности, растущей агрессивности и нервозности; пожилой человек становится обузой для семьи);

4. индивидуально-психологические (глубокая разочарованность в жизни, фрустрационное состояние, невостребованность, чувство нестабильности и тревоги, бесперспективность и потеря смысла жизни и радости жизни). Все это вместе или в том или ином сочетании составляют скрытые мотивы бегства из дома в «окончательную обитель».

Таков ряд причин, по которым в дом-интернат для престарелых стремятся люди, которые еще могли бы быть социально активными и полезными членами общества.

В новых (экономических, политических, социально-психологических) условиях старые (в прямом и переносном смысле слова) дома-интернаты для престарелых граждан функционально и морально пережили себя. Поэтому нужны новые формы призрения пожилых людей. В развитых западных странах (особенно скандинавских) ушедшие на пенсию люди объединяются для совместного проживания по самым различным признакам, вплоть до увлечения рыбалкой. Отлично функционируют «семьи» пожилых людей из 10—50 человек.

В случае появления новых учреждений типа Домов милосердия, социальная медицина может включить их в свою структуру или действовать как инспектирующая организация. В Дом милосердия идут не навсегда, туда идут за реальной помощью. Каждый, кто приходит в Дом милосердия, нуждается не только в социальной защите и опеке, но и в социально-медицинской помощи, пусть даже на уровне психотерапевтической беседы.

Глава 3.4. Цивилизация, культура и секс в свете проблем социальной медицины

§ 3.4.1. Эротизация населения: медико-социальные последствия

Для того, чтобы разобраться в очень сложном и очень важном для социальной медицины вопросе об отражении эротизации общества на состоянии общественного здоровья, начнем несколько издалека. Уже древние знали, что эрос неотделим от танатоса. Отсюда, всякая эротизация есть в то же самое время танатизация. (Внедрение сексуального желания в сознание (или подсознательное) всегда возможно в «количестве», равном количеству внедрения туда же желания смерти).

Р. фон Краффт-Эбинг, один из классиков и основоположников научной сексологии и сексопатологии, писал в начале XX в.: *«Лишь очень немногие люди вполне сознают могучее влияние, оказываемое половой жизнью на чувства, мышление и поступки, как каждого отдельного человека, так и всего общества».*

Итак, есть ли нечто в тотальной эротизации населения, что не вызывало бы негативных последствий для здоровья общества в настоящем и будущем? Есть ли что-то позитивное в такой ситуации, или мы должны видеть в ней разновидность еще одного социального катаклизма? То, что коммерческая подоплека и безнадзорность со стороны органов здравоохранения, — это главные причины такого положения вещей с эротизацией, видимо, понимают все. Были попытки рассмотреть эротизацию как своего рода сексуальное просвещение, преследующее цель повысить культуру половых отношений у населения. Возможно, в какой-то степени это удалось, если считать, что появление газет, журналов, видеофильмов, CD-ROM — дисков эротического характера, специальных программ в интернете, сексуальных услуг по телефону, наконец, клубов, — все это и есть просвещение, облегчающее половую жизнь. Ведь в цивилизованных странах все это имеет место, включая публичные дома (которых у нас пока еще нет, но уже ведутся бурные дискуссии об их нужности). Страны при этом остаются и

цивилизованными, и культурными, и экономически процветающими, и никаких «повальных» болезней от избытка эротической информации на душу населения там нет.

Сексшопы — тоже проявление эротизации. Но кто их клиенты? По социологическим исследованиям, проведенным институтом социальной медицины Амстердама, 5% — любопытные (в основном, туристы), 25% — подростки (которые ничего не покупают), 70% — постоянные клиенты (судя по покупкам, страдающие хроническими сексуальными расстройствами и находящиеся под наблюдением сексолога или психоаналитика). В русских городах и городах бывшего Советского Союза, где есть сексшопы, подобные исследования не проводились и продавцам «безразлично» (мы самостоятельно провели опросы продавцов в сексшопах Москвы, Санкт-Петербурга и Каунаса), кто их покупатели, ибо каждый платит за вход да еще за просмотр «рекламных» роликов.

Мы не говорим здесь о порнографии, которая является криминалом в каждой цивилизованной стране, в том числе и в Голландии. Но вот что касается «извращений», то массовая эротизация и ее пропаганда (как и сексбизнес) отвоевали у патологии некоторые их виды. Например, в Москве и Санкт-Петербурге действуют клубы для мазохистов (следовательно, и для их партнеров-садистов). И именно здесь проходит очень зыбкая грань, отделяющая «изошрение» от болезненного извращения (если в изошренности секса можно увидеть черты особо изысканной сексуальной культуры и индивидуального эстетического вкуса, то извращение — это болезнь: то, что нуждается в лечении).

Поголовная эротизация населения отнюдь не приводит к двум аберрациям на сексуальной ниве: проституции и сексуальному насилию. Чем эротичнее ведут себя сограждане обоего пола, чем они сексуальнее, тем меньше потребности в услугах профессионалок и тем удовлетвореннее комплексы, которые могут реализовать себя через половое насилие. Проституция и половое насилие имеют совершенно другие корни (не общие, конечно), а не эротизацию. В отношении проституции сейчас столько споров лишь потому, что она предельно упростилась и связалась с перверсными клиентами. Проституция в современном обществе потеряла былой шарм запретности.

Если эротизация осуществляется как тотальное воздействие на психику населения (или отдельно взятого человека), то как всякое тотальное психотропное воздействие непременно приведет к негативным последствиям. Еще Краффт-Эбинг и Форель предупреждали, что «чрезмерное увлечение сексом невротизирует человека». Страдают, конечно, в первую очередь, подростки и пожилые люди — две категории населения, которые еще не могут или уже не могут соответствовать внедренным в их психику стандартам (стереотипам) поведения. Именно они невротизируются и психопатизируются в первую очередь, у них появляются черты отклоняющегося поведения. Эротизация плодит своеобразных социопатов, хотя основоположники сексологии предполагали, что эротизация может способствовать смягчению нравов, создать реальную почву для морали, облагородит человека.

Любые манипуляции с половым чувством чреваты самыми неожиданными последствиями. Секс не может быть простым развлечением: даже «механическое» сексуальное удовлетворение захватывает в человеке самые глубинные слои психики: те, что имеют отношение к жизни и смерти. Самое ближайшее последствие манипулирования сексуальностью — болезнь (или физическая, то есть конверсионная, или психическая). Отдаленные последствия — прогрессирующее снижение качества жизни, вплоть до псевдодементного поведения.

Единственной инстанцией, которая способна контролировать эротическую сторону жизнедеятельности общества, является социальная медицина. Только социальная медицина может исследовать и купировать такие страшные для общественного здоровья явления, как перверсии (педофилия, некрофилия, скотоложество, сексуальные психопатии). Клиническая медицина и пенитенциарная социология, которые поневоле делают перверсии своими «объектами», ничего с ними поделать не могут. Перверсного

субъекта понять нормальному человеку невозможно. Проиллюстрируем сказанное признанием перверсной личности, которое приводит Ч. Ломброзо в статье «Любовь у помешанных»: «Для меня нет ничего ужаснее, как желать сделать это и не быть в состоянии: можно с ума сойти. В такие моменты я чувствую головокружение. Я ничего не вижу, ничего не боюсь, лишь бы я могла это сделать».

Понятно, что работа с такими личностями требует специальных знаний, которые может дать именно социальная медицина.

§ 3.4.2. Педофилия как социально-медицинская проблема. Феномен Лолиты

Вот уже несколько лет Европу потрясают «открытия»: оказалось, что существует не только почти узаконенная детская проституция, но и торговля детьми для половых отправлений, нередко сопровождаемых зверствами и даже убийствами. В Бельгии этот бизнес поставлен на широкую ногу, охватив все провинции до Брюсселя. Выяснилось, что замешаны в нем представители самых разных слоев общества (так, в подвалах респектабельных загородных вилл могли на цепях содержаться дети или лежать искалеченные детские трупы). Судебные дела то закрывались, то вновь открывались, и мы узнавали, что в этом «бизнесе» замешаны самые неожиданные лица (члены полиции, мэрии, прокуратуры, банков, чуть ли не парламента). Психиатры из соседних стран (Англии, Дании, Франции, Германии и др.) уже торопятся объявить «бельгийский феномен» «психической эпидемией конца XX века», а О. Рурке даже «допускает, что каждый третий мужчина в этой стране в душе педофил». Не стоило бы фиксировать читателя на «бельгийском феномене», если бы не опасность такого же феномена в России.

О педофилии в русских городах и о половой эксплуатации детей сообщают самые разные официальные и неофициальные источники.

Оставляя в стороне коммерческий, криминальный и моральный аспекты проблемы, обратимся прежде всего к ее социально-медицинским аспектам. Педофилия есть реальный факт нашей жизни, дети имеют спрос на рынке сексуальных услуг. С точки зрения социального врача, несомненны симптомы болезни общества. Торговля детьми с целью сексуальной эксплуатации имеет много общего с торговлей наркотиками — компетентные органы указывают, что подчас этим занимаются одни и те же криминальные структуры. Однако, влияние наркотиков хорошо изучено: что представляет собой наркоман и как становятся наркоманами, специалистам хорошо известно. Но кто такой педофил? Болезнь это или преступление (или то и другое вместе)? Отвечая на этот вопрос, неуместно искать аналоги в истории и приводить примеры половой эксплуатации детей в разных странах и в разные времена. Такой подход мало что проясняет, потому что педофилия, тем более сопровождаемая садистскими проявлениями, всегда и везде вызывала общественное негодование и каралась жестоко. Педофилия, имеющая характер эпидемии, поражающая множество мужчин, — такого не наблюдалось никогда и нигде!

С точки зрения клинического психиатра, педофилия — это *перверсия*, симптом какого-то психического заболевания (чаще всего, психопатии, шизофрении или деменции). В конце XIX в. педофилов считали просто вырожденками, дегенератами. В наше время есть более адекватное слово — мутант. И, судя по масштабности педофилии, человечество мутирует в угрожающих его существованию размерах.

В то время, когда в Бельгии «Интерпол» раскручивал грандиозное дело, связанное с детской порнографией, в котором были замешаны и бельгийская полиция, и судьи, и чуть ли ни члены парламента, в Америке снимался фильм «Лолита» Эдриана Лайна с Джереми Айронс в главной роли. Эдриану Лайну было нелегко снимать «Лолиту» в такой атмосфере (в его адрес приходили официальные и анонимные угрозы).

Выпуская в свет в 1955 г. «Лолиту» на английском языке, Набоков и не предполагал, что выпускает «Джина из бутылки». Тогда педофилия в развитых цивилизованных европейских странах была явлением исключительным. До сих пор

некоторые литературные критики, социологи, социальные психологи, педагоги и психиатры серьезно полагают, что именно Набоков спровоцировал своим романом эпидемию педофилии в этих культурных странах. В конце 70-х годов сектор личности Института социологических исследований АН СССР во главе с профессором А.А. Зворыкиным провели массовые социологические опросы населения в Москве, Ленинграде, Киеве, Вильнюсе, Риге, Каунасе, Хабаровске, Чите, Барнауле, Магадане, Анадыре и Владивостоке для выяснения отношения к роману Набокова со стороны публики, уже читавшей это произведение (ученые, литераторы, журналисты, партийные и комсомольские работники, врачи, педагоги, студенты, актеры). 75% опрошенных мужчин признались, что Лолита вызывает у них эротические чувства и фантазии и что они хотели бы встретить такую юную особу и вступить с ней в половую связь (опрос, конечно, был анонимный). Вместе с тем почти все из них считали Лолиту «вполне реалистичным образом». Что же представляет собой «феномен Лолиты» и связан ли он с педофилией?

Набоков первоначально написал «Лолиту» на английском языке и только потом сделал ее русский вариант. В русской классической литературе можно обнаружить предшественниц Лолиты. Прежде всего, это Неточка Незванова (одноименная повесть Достоевского). Нимфетка, возможно, самая эротичная из всех созданных в мировой литературе образов девочки-подростка. Но история Неточки Незвановой отнюдь не эротична, она драматична и прозаична.

Это нужно иметь в виду, анализируя феномен Лолиты. Лолита никакого отношения к педофилии не имеет, поскольку она не ребенок и даже не подросток. Лолита (и в этом научная точность набоковского образа) — половозрелая женщина! Герой Набокова насмехается над невежеством читателя, который посмеет его обвинять в педофилии: «Позволю себе напомнить читателю, что в Англии, с тех пор как был принят закон (в 1933 году) о Детях и Молодых Особах, термин «герльчайльд» (т.е. девочка) определяется, как «лицо женского пола, имеющее от роду свыше восьми и меньше четырнадцати лет» (после чего, от четырнадцати до семнадцати, станут определять это лицо как «молодую особу»). «Нимфетка» — это не ребенок, не девочка, а половозрелая «молодая особа». Отметим здесь, что судебно-медицинские эксперты во всем мире, когда речь идет о половых действиях с детьми, определяют пострадавших на половую зрелость, поскольку известно, что половая зрелость часто наступает намного раньше паспортного возраста. Тогда «молодая особа» или «молодой человек» ведут себя, как взрослые (особенно, что касается половых отношений). Гинекологи и эндокринологи хорошо знают пациентов с преждевременным половым развитием, которое наступает у девочек до 8 лет, у мальчиков до 10 лет. Вот краткая справка об этом явлении: «При патологических процессах в области шишковидной железы, гипоталамуса в гипоталамо-гипофизарной системе наступают изменения, напоминающие таковые при нормальном половом созревании и приводящие к усилению секреции гонадотропных гормонов гипофиза, что в свою очередь приводит к половому развитию (так называемое истинное преждевременное половое развитие, как у мальчиков, так и у девочек). Симптомы следующие. Ускорение роста и увеличение массы тела. У девочек — увеличение молочных желез, появление оволосения на лобке, кровянистых выделений из влагалища, увеличение матки, придатков, в некоторых случаях появляются регулярные менструации. У мальчиков — увеличение наружных половых органов, появление оволосения на лобке и лице, эрекции, поллюции».

Преждевременному половому созреванию (наблюдавшемуся у Лолиты) редко соответствует таковое же интеллектуальное созревание. Поэтому и возникает разлад в жизни и личности такой «молодой особы» (что, кстати, великолепно показал Набоков в своем романе). «Нимфетки» не только стремятся к активной половой жизни (что, повторяем, соответствует их гормональному и гинекологическому статусам), они могут рожать вполне здоровых детей. И часто, забеременев, настаивают на вынашивании ребенка. В подобных случаях всегда возникает «казус» — головоломка для психологов, судебных медиков и гинекологов. Ведь, с одной стороны, родив, такая «мамаша» будет

относиться к своему ребенку не соответственно своему половому развитию, а соответственно своему умственному развитию (то есть относиться к новорожденному, как к кукле). С другой стороны, будучи половозрелой и будучи в состоянии выносить и родить нормального ребенка, она не может быть принуждена насильно к прерыванию беременности (здесь на ее сторону становится и закон, и «права человека», и обыденное мнение, и основные религиозные конфессии).

Как видим, судьба нимфеток изначально драматична в обществе, где отсутствует понимание их состояния. Половозрелые «молодые особы» (прежде всего женского пола) нуждаются в соответствующей социальной помощи и, не исключено, защите. И то, и другое им может оказать только социальная медицина (путем консультативной и корригирующей поведением работы специалистов с ними). В ведении социальной медицины должны оказаться и их половые партнеры (у них тоже достаточно проблем, в том числе и перед законом; и они тоже нуждаются, как это не странно, в социальной защите). Мы не преувеличиваем общественное значение проблемы «нимфеток». Проблема эта реальна и актуальна, когда акселераты сейчас представляют 48% в своей возрастной популяции во всех так называемых благополучных странах. До некоторых пор так было и в СССР, и в Польше, и в Чехословакии, и в Румынии, и в Югославии. Насколько нам известно, количество акселератов в России и Польше резко снизилось (пропорционально снижению рождаемости в этих странах). Однако с улучшением социально-экономического положения в нашей стране и Польше акселераты вновь будут актуальной проблемой.

«Феномен Лолиты» не имеет отношения к педофилии, но, являясь важной социомедицинской проблемой, должен находиться в компетенции социальных медиков.

§ 3.4.3. Сексуальные меньшинства как "объект" социальной медицины

Сейчас о «сексуальных меньшинствах» следует писать и говорить осторожно, ибо для них создана прочная правовая база (право на гомосексуализм). Гомосексуалисты обоих полов отвоевали себе права и свободы в Америке и европейских странах. Такое же положение вещей теперь и в России и в других странах. Гомосексуалисты не подвергаются по половым интересам дискриминации (служат в армии, заседают в парламенте, возглавляют различные корпорации, в том числе и «средства массовой информации»). У них появились большие возможности навязывать свои вкусы и жизненные стандарты (типы отношений) «сексуальному большинству». Многие представители сексуальных меньшинств — законодатели моды, заказчики или создатели развлекательных программ на радио и телевидении, по их сценариям или выполняя их социальные заказы, снимаются художественные фильмы и пишутся бестселлеры. На первых порах они требовали к себе (прямо и через различные общественные акции) только терпимости. Сейчас их социальные запросы и положение в обществе качественно изменились. На фоне общего упадка нравов в ведущих странах мира гомосексуалисты (в основном, они составляют «сексуальное меньшинство») стали вести себя демонстративно, агрессивно и напористо в отношении «сексуального большинства». Именно от них идет пропаганда «освобождения» от всяких ограничений сексуальных отношений. Это делается порой жестоко, а порой по-детски наивно. Так, объявляя семью «пережитком архаических обществ», они пытаются между собой вступить в брак со всеми подобающими этому акту ритуалами (с гражданской регистрацией, венчанием в церкви).

Хорошо известно, что большинство стран не считает гомосексуалистов преступниками (убрана соответствующая статья из уголовного кодекса и у нас). Теперь они, вроде бы, во всем равноправные граждане... Но только не для медицины. Как ни парадоксально, но во всех цивилизованных странах в учебниках по психиатрии и сексопатологии гомосексуализм считается половым извращением (перверсией), то есть

болезнью (вернее, синдромом разных заболеваний). Разберемся в этом с точки зрения социального врача.

Половые извращения (перверсии, парафилии) — нарушение направленности полового влечения или условий его удовлетворения. Перечислим основные виды перверсии: *садизм, мазохизм, нарциссизм* (половое влечение к самому себе), *зоофилия или скотоложество* (половое влечение к животным), *некрофилия* (половое влечение к трупам), *инцестофилия* (половое влечение к родственникам), *фетишизм* (переживание полового возбуждения, а иногда и удовлетворения от вещи), *трансвестизм* (половое возбуждение возникает при переодевании в одежду противоположного пола), *пигмалионизм* (половое влечение к куклам и статуям), *эксгибиционизм* (обнажение перед незнакомыми лицами без намерения вступить с ними в половые отношения), *вуайеризм* (подглядывание за интимными действиями: от полового сношения до дефекации или просто за обнажением половых органов, например, при переодевании), *педофилия, эфебофилия* (половое влечение к подросткам), *геронтофилия* (половое влечение к пожилым людям), *гомосексуализм* (мужской: *уранизм, мужеложство, педерастия*; женский: *лесбиянство, санфизм*).

В настоящее время нет ни одной теории, которая объясняла бы происхождение перверсии с научной строгостью и убедительностью. **Частично перверсии раскрывают следующие гипотезы:**

- а) генетическая (врожденная патология);
- б) нейроэндокринная (расстройства всякого рода гормональной деятельности);
- в) психоаналитическая (Фрейдовская — ортодоксальная и не ортодоксальная);
- г) условно-рефлекторная (Павловская);
- д) имитационная (Ухтомского);
- ж) синдромологическая (перверсия есть синдром того или иного психического заболевания) и др.

Любая из существующих гипотез признает главное: перверсия есть болезнь. Следовательно, нуждается в лечении. Но в каком? Здесь ученые, придерживающиеся той или иной гипотезы, во мнениях резко расходятся, а клинический опыт показывает, что перверсия — вещь неизлечимая. Для того, чтобы проиллюстрировать всю неоднозначность и сложность проблемы перверсии, приведем пример из психоаналитической практики.

Врач-психиатр 35 лет, из семьи служащих, психопатологической отягощенности в семье не выявляется. Единственный ребенок. Рос и развивался нормально. В детстве перенес детские заболевания в легкой форме. В школу пошел 7 лет. Учился на «хорошо» и «отлично». После окончания школы поступил в медицинский институт, который окончил с «красным» дипломом. Затем закончил интернатуру по психиатрии и начал работать заведующим женским «острым» отделением в психиатрической больнице. Закончил также ординатуру по психиатрии в ЦОЛИУв. Наукой заниматься не хотел, хотя ему неоднократно предлагали место в аспирантуре. Жил один. С родными практически не общался. Жил в одном из подмосковных городов. В этом городе друзей не имел. Отношения со всеми были деловые, ровные. Внешне был строен, красив, аккуратно и элегантно одевался. Часто был приглашаем в гости, особенно в семье, где были девушки на выдании.

Практически не алкоголизировался, курил умеренно. Работал на полторы ставки, много. Особых увлечений не имел: немного увлекался охотой и собирал грибы, любил в одиночестве бродить по лесу. Был отзывчив на любые просьбы о помощи. Часто помогал деревенским жителям деньгами. Многие деньги ему не возвращали, на что он реагировал улыбкой: «Не обеднею. Им, видимо, нужнее!». По работе к нему претензий не было. Периодически куда-то уезжал из города, взяв «отпуск за свой счет». Так было в течение 5-и лет (происходило это в 1973—

78 гг). Несколько раз, находясь в отпуске, попадал в больницы. Но больничные листы никогда не предъявлял.

Как-то в больнице, где работал наш персонаж, появился новый сотрудник. Врач, разведенный, 27 лет. Они быстро подружились. Молодой врач бродил с персонажем по лесу, вместе охотились, собирали грибы. Новый сотрудник начал оставаться у персонажа ночевать (молодой врач жил в городе, а больнице была за городом, персонаж жил в квартире дома для врачей, что находился на территории больницы).

Однажды произошло «ЧП»: новые друзья, совершенно трезвые, по-настоящему стрелялись (из охотничьих ружей) на дуэли. Молодой врач был слегка ранен в руку. Так как в городе персонаж имел хорошее к себе отношение, в том числе и органов прокуратуры, и милиции, и КГБ (помогал им в оформлении дел на «социально опасных» психических больных и снабжал их информацией об их передвижении по городам Подмосковья), дело о дуэли «замыли». Молодой врач вскоре уволился и уехал из города. Вскоре неожиданно обратился к врачу-психиатру за «профессиональной помощью», взяв честное слово, что все останется втайне, в противном случае он покончит с собой. Получив честное слово, он рассказал следующее.

«Страдал» он гомосексуализмом («страдал» — это его слово). Начал гомосексуальную половую жизнь, будучи студентом мединститута. Увлек его преподаватель кафедры психиатрии (который постоянно помогал ему впоследствии продвигаться по служебной лестнице). До 17 лет (то есть до начала гомосексуальной жизни) половой вопрос персонажа не беспокоил (по ночам иногда были поллюции, иногда онанировал). Нравился девочкам давно, но это его «совсем не волновало». Половая жизнь с мужчиной ему сразу «понравилась», настолько, что он его «полюбил, сильнее, чем родителей». Год они жили вдвоем, но потом «учитель» стал расширять их контакты: появились новые симпатичные молодые и не совсем молодые люди (в основном, студенты, военнослужащие — молодые офицеры, врачи). Менялись партнерами по желанию, что тоже не вызывало у персонажа протеста. Так продолжалось еще год. Потом впервые его «заставили» принять участие в групповом (мужском) сексе. После чего (он вдобавок сильно напился тогда, чтобы преодолеть отвращение) он «впал в тяжелую депрессию» и попытался отравиться снотворными. В коме поступил в больницу. Придя в себя, твердо решил прекратить «любые гомосексуальные контакты». Но ничего не получилось. Его не оставляли в покое. С тех пор, как его находили и принуждали к гомосексуальным контактам, он непременно пытался из «отвращения» покончить жизнь самоубийством.

Стрелялся, вешался, травился. Но его всегда спасали. Всего было около 10-и попыток самоубийства. Наша беседа была единственной, ибо после нее персонаж замкнулся и больше к «теме» не возвращался. Потом была попытка жениться, после брачной ночи персонаж зарезался охотничьим ножом (половая связь с женщиной имела место и была, по-видимому, единственной).

Нужно отметить, что это происходило в СССР, где гомосексуализм «карался и преследовался по закону как уголовное преступление». В то время сексология еще считалась псевдонаукой, и в стране было только три отделения «неврозоз с сексуальными расстройствами». Наш персонаж жил в постоянном страхе судебного преследования и тюрьмы. Он был, вероятнее всего, врожденным (генетическим) гомосексуалистом. Попытки самоубийства после «принуждаемых» гомосексуальных контактов были скорее истерическими реакциями на страх за совершение противозаконных действий. Именно поэтому демонстративные (для самого себя, чтобы доказать, что он порядочный гражданин, что он протестует) суициды и не были завершенными. В действительности он

убил себя лишь после половой связи с женщиной, что явилось насилием над собственной «природой», над его личностью.

Современное отношение к гомосексуалистам в «духе демократии», конечно, гуманно. Наш персонаж, возможно, сейчас процветал бы: он был личностью незаурядной и, если бы освободился от социального страха, мог бы совершить много добрых дел и прожить достойную жизнь. Однако социальная гуманность (как показывает история) еще не гарантия здоровья. Основными источниками заражения СПИДом по-прежнему остаются гомосексуалисты (они же основные носители инфекции). В гомосексуальной среде по-прежнему наибольший процент наркоманов. И хотя современные гомосексуалисты пошли в политику, искусство, журналистику, в коммерцию, уже не опасаясь преследования за свою сексуальную ориентацию, вряд ли они могут стать выразителями интересов широких слоев населения, даже манипулируя его сознанием и зомбируя его в отношении наклонностей и влечений. У «сексуального большинства» против «сексуального меньшинства» есть мощная врожденная психологическая защита. Но не надо забывать и другое — каковы нравы, такового и здоровье. И это верно как в отношении отдельного человека, так и в отношении общества в целом. Нравственный иммунитет — это реальная и немалая часть психологической защиты населения. А он у гомосексуалистов, как и у всех, вступающих с ними в тесный контакт, понижается.

Цивилизованное и культурное общество, естественно, не может возвращаться к репрессивным мерам в отношении «сексуальных меньшинств». Но оно не должно отдавать проблемы «сексуальных меньшинств» на откуп ни случаю, ни знахарям, ни шарлатанам.

Модуль 4. Социально-медицинская этика. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан

Глава 4.1. Социально-медицинская этика

§ 4.1.1. Принципы биоэтики. Правила взаимоотношений медицинских работников с пациентами

Биоэтика — это прежде всего область проблем, и проблем отнюдь не только познавательных, требующих не только размышлений, но и достаточно серьезных решений и действий.

Непосредственным источником проблем, рассматриваемых в биоэтике, является стремительный прогресс биомедицинских наук и технологий, столь характерный для последней трети XX века. Сам по себе этот тезис может показаться нелепым: именно то, что замышляется и делается с единственной и безусловно благой целью — облегчить страдания человека, повысить качество и продолжительность его жизни, оказывается источником проблем. Проблемы эти, как правило, вызывают в обществе серьезные дискуссии и разногласия. При их решении люди руководствуются не одними лишь традиционными аргументами, но и тем, что диктуется традициями, ценностными установками, наконец, эмоциями.

Биоэтика как область исследований, как поле общественных дискуссий и моральных решений делает в нашей стране первые шаги.

Учитывая многообразие существующих этических теорий, остановимся на одной из них, получившей наиболее широкое признание. Речь идет о **концепции, предложенной известными американскими специалистами Томом Бичампом и Джеймсом Чилдрессом**. Эта концепция позволяет в систематической и компактной, удобной для восприятия и понимания форме изложить этические основания биомедицины. **Авторы выдвигают в качестве основополагающих четыре принципа:**

1. Принцип "не навреди".

В латинской формулировке он звучит так: "primum non nocere", что переводится на русский как "прежде всего — не навреди", где слова "прежде всего" могут быть истолкованы и в том смысле, что этот принцип является наиболее важным в деятельности врача.

Как определить, что именно понимается под вредом применительно к сфере биомедицины, прежде всего — применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами. В этом смысле, можно различить такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный недобросовестностью, злым и корыстным умыслом;
- вред, вызванный неверными, нерасчетливыми или неквалифицированными действиями;
- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

В первом случае, проблема является не столько моральной, сколько юридической или административной, т.к. неоказание помощи связано с невыполнением обязательств, предусмотренных законом или иным нормативным документом.

Положим, врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Тогда он будет ответственным, во-первых, в силу самого факта невыполнения обязанностей и, во-вторых, в зависимости от тех последствий, которые повлекло его бездействие. В первом случае ответственность будет безусловной, во втором — она может быть в какой-то мере снята, — например, когда врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому

пациенту, находящемуся в более тяжелом состоянии. Тем не менее, пациент, которому не была оказана помощь, может предъявить врачу претензии вплоть до судебного иска.

Иное дело — когда врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей. В данном случае врач может самоустраниться и привлечь его к уголовной ответственности будет не просто. Однако в моральном отношении такое бездействие явно будет предосудительным, и, к примеру, профессиональная ассоциация американских врачей вполне может лишить совершившего этот поступок врача лицензии, дающей право заниматься медицинской практикой.

Вторая разновидность — вред, причиненный вследствие недобросовестности, — является объектом скорее административно-юридического, чем этического интереса и заслуживает безусловного морального осуждения (когда врач, допустим, просто поленился выполнить необходимую процедуру, либо выполнил ее не квалифицированно, недобросовестно).

Следующая форма вреда — вред, обусловленный недостаточной квалификацией врача. В данном случае, важно отметить, что само понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание — тот, кто, став врачом, не умеет делать того, что обычно делает врач, достоин морального осуждения.

Четвертая форма — объективно необходимый вред.

В случае госпитализации — вред связан с ограничением возможностей.

В случае информирования пациента — с одной стороны, утаивание информации о состоянии и прогнозе его заболевания (обманывая пациента, врач унижает его достоинство), с другой стороны, вред может быть нанесен в случае, когда пациенту дается правдивая, обескураживающая информация о состоянии его здоровья.

Вред пациенту может проистекать и в случае сообщения врачом информации о данном пациенте третьим лицам (нарушается правило конфиденциальности).

В случае лечения, назначенные врачом процедуры могут быть болезненными для пациента, причинять ему физическую боль, иногда вплоть до увечья, инвалидизации — разумеется, с благой целью — ради излечения болезни.

В случае, когда пациент страдает смертельной, неизлечимой болезнью, сопровождающейся мучительными болями — смерть для него будет представлять меньший вред, чем продолжение безнадежных мучений.

В отличие от других перечисленных ранее разновидностей вреда, которого нужно избегать, в данном случае речь идет о таком вреде, который неизбежен, коль скоро предполагается, что пациент получит от врача некое благо.

В этой связи, принцип "не навреди" имеет смысл понимать в том ключе, что вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным.

2. Принцип "делай благо".

Этот принцип является продолжением предыдущего и расширением его содержания. "Делай благо" или "твори добро" — это не запрет, а такая норма, которая требует некоторых позитивных действий. Смысл данного принципа созвучен словам — благодеяние, благотворительность, милосердие, филантропия. Эти действия предполагают в первую очередь не столько рациональные соображения, сколько такие чувства и эмоции, как сострадание, жалость, иногда оскорбительные для пациента и унижающие его достоинство. Принцип "делай благо" акцентирует необходимость не просто избегать нанесения вреда, но активных действий по его предотвращению или исправления. Но, очевидно, было бы неразумно и, более того, безнравственно требовать от человека самопожертвования и крайнего альтруизма (например, предложить для пересадки незнакомому человеку собственную почку). Принцип "делай благо" понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство.

Из деонтологической этики Канта вытекает следующее, — если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и

сам добро другим. Д. Юм обосновывал необходимость делать добро другим природой социальных взаимодействий: живя в обществе, я получаю блага от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах.

Целью здравоохранения является не просто избежать нанесения вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом. Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным было осуществление позитивных действий, т.е. принятие специальных программ профилактики этих тяжелых заболеваний. Напротив, не предпринимать эти меры было бы морально безответственным.

Еще один аспект, связанный с принципом "делай благо", касается того, кто определяет содержание этого блага, которое должно быть сделано. Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чем состоит благо пациента. Такой подход принято называть патерналистским (от лат. *pater* — отец), поскольку врач при этом выступает как бы в роли отца, который не только заботится о благе своего неразумного ребенка, но и сам определяет, в чем состоит это благо. Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага.

3. Принцип уважения автономии пациента.

Этот принцип один из основополагающих в настоящее время в биомедицинской этике, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента. Только автономная личность может делать свободный выбор, и только там, где есть такой выбор, можно говорить об ответственности, вообще применять какие бы то ни было этические категории. Действие можно считать автономным лишь в том случае, если тот, кто его осуществляет, действует преднамеренно, т.е. в соответствии с некоторым замыслом, с пониманием, того, что он делает и без внешних влияний, определяющих результат действия. Если, скажем, доктор предлагает пациенту какую-либо хирургическую операцию, то пациенту вовсе не обязательно иметь все те специальные знания, которыми располагает доктор, для того, чтобы сделать автономный выбор: ему достаточно понимать лишь существо дела. В конечном счете, он может согласиться или не согласиться с предложением, принять или не принять замысел доктора, но и в том случае, когда он соглашается, он по сути авторизует намерение доктора, т.е. делает его своим собственным решением. Вполне возможно что, делая свой выбор, пациент будет руководствоваться в первую очередь авторитетом доктора. Но и в этой ситуации выбор, на котором остановится пациент, будет именно его собственным и, значит, автономным решением.

Вообще говоря, принцип уважения автономии опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. В этой связи Кант высказывает такое соображение, являющееся сегодня основой всех этических кодексов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: "Каждая личность — самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага". С этой мыслью Канта перекликаются знаменитые слова Ф.М. Достоевского из "Братьев Карамазовых" о том, что всеобщее счастье невозможно, если во имя его пролита хотя бы одна слезинка ребенка.

Типичный пример — информирование безнадежно больного пациента о диагнозе его заболевания. Само сообщение правдивой информации в этом случае может нанести ему непоправимый вред, подорвать его психические и моральные силы. Поэтому если пациент сам не задает вопрос о том, чем он болен, врач может и не сообщать ему диагноз,

хотя такое действие и будет идти вразрез с принципом уважения автономии пациента. Отметим, впрочем, что ныне действующее российское законодательство дает пациенту право знать о таком диагнозе, хотя при этом закон и отмечает, что информация должна быть сообщена "в деликатной форме". Таким образом, в этом случае обман пациента, который задает врачу вопрос о своем диагнозе, будет нарушением не только морального принципа, но и правовой нормы.

Следует отметить, что действие принципа уважения автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно — детей, пациентов с психическими заболеваниями, тех, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и т.п. При этом существенно, что ограничение автономии оправдывается другим принципом — "делай благо", т.е. действуй с целью защитить такого человека от вреда, который он может причинить себе.

4. Принцип справедливости.

Принцип справедливости, как он понимается в биомедицинской этике, можно сформулировать так: каждый должен получить то, что ему причитается. "Каждый" при этом может относиться либо к отдельному человеку, либо к группе людей, выделяемых по тому или иному основанию. Будет справедливым распределять социальное пособие среди членов такой социальной группы, как малообеспеченные граждане, и будет несправедливым раздавать его всем подряд. В отличие от рассмотренных ранее принципов данный принцип предназначен для ориентировки в таких ситуациях, когда наши оценки, решения и действия затрагивают не кого-то одного, а разных людей или разные социальные группы.

Принцип справедливости имеет не абсолютную, но лишь относительную силу — он действует *prima facie*. Если, к примеру, в ситуации с пересадкой донорского органа окажется, что пациент, занимающий более далекое место на листе ожидания, находится в критической ситуации, то мы можем поступиться обязательствами, вытекающими из принципа справедливости, и руководствоваться принципом "не навреди". Впрочем, отказ от соблюдения очереди в этом случае можно интерпретировать и в том смысле, что мы пользуемся-таки принципом справедливости, но обращаемся к критерию потребности и исходим из степени ее остроты.

Взаимоотношения между представителями различных профессий (врачами, медсестрами, администраторами, социальными работниками) и пациентами образуют сложную социальную сеть, через которую реализуются индивидуальные, групповые и государственные интересы, связанные с вопросами охраны здоровья. **Основопологающие этические принципы дополняются другими нормами, которые играют особо важную роль в этической регуляции взаимоотношений медиков с пациентами, так называемые правила.**

1. Правило правдивости.

Быть правдивым означает сообщать собеседнику то, что истинно с точки зрения самого сообщающего. Иногда это правило используется в форме запрещения говорить ложь, т.е. говорить то, что с точки зрения говорящего является ложным.

Правдивость является необходимым условием нормального общения и социального взаимодействия. Согласно учению И. Канта правдивость есть долг человека перед самим собой как моральным существом. Лгать означает уничтожать в себе человеческое достоинство. Во всех ситуациях быть правдивым (честным) представляет собой священную, безусловно повелевающую и никакими внешними требованиями не ограничиваемую заповедь разума.

Баланс ценностей не может быть предreshен априорно, в виде некоторого правила. Однако всегда следует иметь в виду, что право говорить правду не безусловно, что неприкосновенность частной жизни другого человека является важнейшей правовой нормой и моральной ценностью современных цивилизованных сообществ. С моральной точки зрения гораздо более предпочтительной представляется позиция подвижников

хосписного движения, активистов добровольных ассоциаций, объединяющих онкологических и психиатрических больных, а также их родителей, которые учатся сами и обучают сообщество трудному правдивому общению с людьми, оказавшимся в столь критическом состоянии. Умение говорить правдиво с умирающим, психиатрическим или онкологическим больным означает умение и готовность разделить с ним бремя тяжелейшего душевного страдания и тем самым оказать ему необходимую помощь, в том числе и профессиональную помощь врача, медицинской сестры, социального работника, психолога.

Можно ли во имя чистоты моральных принципов и правил врачевания (в частности, правила правдивости) отказаться от терапевтически эффективного обмана и запретить использование плацебо? С моральной точки зрения более корректно, применяя плацебо, не использовать прямой обман пациентов, но ограничиться информацией типа "Попробуем принять это лекарство, оно должно вам помочь". Обычно такая информация вполне достаточна для получения согласия пациента. Даже используя плацебо, вполне возможно избежать обмана пациента и сохранить высокий моральный стандарт медицинской профессии. Ситуации у постели больного часто напоминают слова Екклезиаста — "во многой мудрости много печали, и кто умножает познания, умножает скорбь". Но в правдивом общении эта скорбь выражена вовне и тем самым как бы разделена врачом, медсестрой и родственниками с пациентом. В общении, основанном на лжи, она загнана внутрь страдающей души пациента, оставленного один на один с фактом инвалидизации, боли, приближающейся смерти или безумия.

2. Конфиденциальность.

Если правило правдивости обеспечивает открытость партнеров по социальному взаимодействию — врачей и пациентов, то правило конфиденциальности призвано предохранить эту ячейку общества от несанкционированного непосредственными участниками вторжения извне. Та информация о пациенте, которую он передает врачу или сам врач получает в результате обследования, не может быть передана третьим лицам без разрешения этого пациента.

3. Правило информированного согласия.

Правило информированного согласия призвано обеспечить уважительное отношение к пациентам или испытуемым в биомедицинских экспериментах как личностям, а также минимизировать угрозу их здоровью, социально-психологическому благополучию или моральным ценностям вследствие недобросовестных или безответственных действий специалистов. Применение правила информированного согласия обеспечивает активное участие пациента в выборе методов лечения, оптимальных не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения жизненных ценностей самого человека.

§ 4.1.2. Этические проблемы новых репродуктивных технологий. Клонирование человека

Одна из самых острых проблем современных биомедицинских технологий — **экстракорпоральное оплодотворение**. Этот метод позволяет подарить радость материнства женщинам, до его появления обреченным на бесплодие. Он появился в 1978 году в клинике Борн-Холл (Кэмбридж, Англия). Медику Р.Эдвардсу и эмбриологу П.Степту удалось в пробирке соединить яйцеклетку со сперматозоидом. Возник эмбрион, который был перенесен в полость матки женщины, страдающей абсолютным бесплодием. Развитие беременности практически ничем не отличалось от обычного случая, и через девять месяцев родилась девочка, которую назвали Луиза Браун. Началась новая эпоха в лечении бесплодия.

В нашей стране этот метод — экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона в полость матки (ЭКО-ПЭ) — появился позже. В 1986 году в Научном центре

акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН родился первый ребенок "из пробирки". В настоящее время родилось более 1500 таких детей.

Экстракорпоральное оплодотворение и искусственная инсеминация в лечении бесплодия обоснованы и целесообразны, и при соблюдении определенных условий состояние здоровья детей не вызывает опасений. В то же время каждый из методов искусственного оплодотворения, безусловно, увеличивает риск перинатальной патологии и неврологических расстройств, но степень риска, его причины и возможности снижения различны и зависят от способов коррекции бесплодия.

Для профилактики осложнений после ЭКО создана единая система медицинского контроля от момента наступления беременности в течение всего гестационного периода, своевременная коррекция нарушений, адекватные сроки и тактика родоразрешения, реанимация и интенсивная терапия новорожденных, учитывающая объективное состояние центральной нервной системы.

В случае искусственной инсеминации первоочередными являются — снижение возраста беременных женщин, сокращение длительности бесплодного периода, генетический контроль за спермой донора, контроль за состоянием плода.

Опыт показывает, что даже в очень сложных ситуациях, когда степень риска велика, родившийся ребенок может не иметь существенных отклонений в состоянии здоровья. Следовательно, тот редкий шанс, на который рассчитывает женщина, страдающая бесплодием, существует. Можно ли лишать ее этого шанса? Видимо, в подобных ситуациях целесообразно придерживаться рекомендаций, которые эксперты ВОЗ дают супругам, имеющим в роду тяжелые наследственные болезни. Врач информирует их о положении дел, а решение принимают сами родители. В большинстве случаев усилия врачей и матерей оправданы.

Согласно международным нормам, каждый человек обладает правом иметь детей, быть здоровым и самостоятельно принимать решения по этим вопросам. При контакте пациента с врачом, при проведении консультаций и диагностики реализация этих прав зачастую ставит медиков перед необходимостью решать целый комплекс достаточно противоречивых морально-этических проблем.

В практической медицине сейчас широко используются **методы искусственного оплодотворения**, конечная цель которых — лечение бесплодия и мужского, и женского. Они базируются на трех подходах. Первый — искусственная инсеминация женщины спермой мужа или донора. Затем, экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки *in vitro*, полученной от женщины после гормональной стимуляции с последующим переносом (трансплантацией) развивающегося эмбриона в матку матери. И, наконец, вынашивание эмбриона (плода) так называемой "суррогатной матерью".

Однако, несмотря на все успехи, использование репродуктивных технологий, особенно в медицине, воспринимается неоднозначно как исследователями, так и общественностью.

Морально-этические вопросы концентрируются, в основном, вокруг следующих проблем: статус эмбриона человека, срок развития эмбриона, начиная с которого он может рассматриваться как личность, правомочность манипуляций с половыми клетками и с эмбрионами человека, как с медицинскими, так и с исследовательскими целями, правомочность замораживания эмбрионов и половых клеток человека и использование их для реципиентов, права и обязанности доноров половых клеток, психологическое состояние пациентов — участников процедуры искусственного оплодотворения, сложности суррогатного материнства, правомочность выбора пола плода. Искусственная инсеминация обсуждается значительно реже. Однако и здесь далеко не все вопросы еще решены. В нашей стране до сих пор отсутствуют механизмы этического и юридического контроля за деятельностью медиков и биологов, работающих в экспериментальной медицине. Некоторые надежды вызывает деятельность под эгидой Академии наук Российского национального комитета по биоэтике. Перед ним стоит серьезная задача —

формирование биоэтики как социального института, так как, согласно требованиям ВОЗ, этические соображения должны обязательно учитываться в политике и практике здравоохранения всех государств — членов ВОЗ.

Клонирование человека.

На сегодняшний день вопрос о том, будет ли нашей нацией в результате общественного обсуждения разрешено или запрещено использование технологии клонирования для получения потомства, остается открытым. В этом отношении время является нашим союзником, поскольку оно позволит собрать новые данные в результате экспериментов на животных, что даст основания для оценки безопасности и эффективности применения этой процедуры для людей, а также более полно обсудить на общенациональном уровне этические и социальные проблемы.

Существующая сегодня научная информация по этому вопросу свидетельствует о том, что сейчас использование этой техники по отношению к людям небезопасно. Более того, помимо соображений безопасности выявлено множество других серьезных этических проблем, связанных с использованием этой технологии, требующих для своего разрешения более широкого и тщательного предварительного общественного обсуждения. Необходимо разработать соответствующие директивы, которые позволят предотвратить злоупотребления, в то же время сделав максимально доступными выгоды клонирования. Эти директивы должны в как можно большей степени уважать автономию и выбор каждого отдельного человека. Необходимо предпринять все меры, чтобы сохранить свободу и неприкосновенность научных исследований. Утверждается, что природа человека уникальна и священна. Научные достижения, которые вызывают возможный риск изменения этой "природы", встречают гневный протест.

Моральные проблемы, порождаемые клонированием, не являются более крупными и более глубокими, чем вопросы, с которыми люди уже сталкивались по поводу таких технологий, как ядерная энергия, рекомбинация ДНК и компьютерное шифрование. Они просто новые. К сожалению, в России подобных структур и механизмов пока не создано, и это очень серьезно ограничивает возможности защиты прав и достоинства человека как перед лицом новых биомедицинских технологий, так и при его контактах со службами здравоохранения.

Современная биомедицина непрестанно расширяет технологические возможности контроля и вмешательства в естественные процессы зарождения, протекания и окончания человеческой жизни. Стали обыденной практикой различные методы искусственной репродукции человека, замены износившихся или поврежденных органов и тканей, нейтрализации действия вредоносных или замещения поврежденных генов, продления жизни и воздействия на процесс умирания и многое другое.

Во всех подобных случаях мы сталкиваемся с пограничными ситуациями, когда трудно сказать, имеем ли мы дело уже (или еще) с живым человеческим существом или только с агрегатом клеток, тканей и органов. Пределы нашего вмешательства в жизненные процессы и функции определяются не только расширяющимися научно-техническими возможностями, но и нашими представлениями о том, что есть человек, а следовательно, и о том, какие действия и процедуры по отношению к нему допустимы, а какие — неприемлемы. Но именно перспектива клонирования человека со всей очевидностью демонстрирует необходимость юридически, а значит, четко и однозначно определить такие понятия, как "человек" и "человеческое существо".

§ 4.1.3. Этика биомедицинского эксперимента и евгеника

Усиливающаяся конкурентная гонка в области биомедицинских технологий и фармацевтических исследований делает поистине беспрецедентным спрос на проведение экспериментов и, соответственно, на испытуемых. В нашей стране эта гонка не сопровождается хоть сколько-нибудь сопоставимым по темпам развитием этического

контроля за экспериментами. В результате не так уж редко оказывается, что благо и интересы испытуемых отступают на задний план.

Проведение подобных испытаний в мире регламентируется весьма строгими нормами так называемой "Качественной клинической практики" (GCP). Соблюдение этих норм, однако, требует немалых специальных усилий, например, по информированию пациентов, а также и высоких материальных затрат. Стремление сэкономить время и деньги и побуждает некоторые недобросовестные зарубежные фирмы проводить испытания новых препаратов в России, где требования GCP известны далеко не всем и, увы, не являются общеобязательными.

История проведения медицинских исследований на людях насчитывает не одно столетие и в истории этой есть "светлые" и "темные" страницы. Одной из темных страниц являются эксперименты, проводившиеся врачами над заключенными в нацистских концлагерях. Откровенно бесчеловечный характер этих экспериментов не только заставил содрогнуться судей, проводивших процесс над этими врачами, но и заставил задуматься о непростых проблемах, связанных с проведением исследований на людях вообще, о том, что проведение подобных исследований необходимо ограничить определенными рамками. В ходе упомянутого процесса был разработан документ, получивший название "Нюрнбергского кодекса" (1948 г.) и содержащий перечень "базовых принципов", руководство которыми делало проведение научных исследований и экспериментов на людях приемлемым с этической точки зрения; "Кодекс" явился, по существу, первым международным документом такого рода. Принципы, изложенные в нем, представляли собой нормы морали. Положения "Кодекса" содержат перечень основных, базовых этических принципов проведения медицинских исследований на людях: добровольное согласие испытуемого; информированность о целях, последствиях эксперимента; научная обоснованность эксперимента; защита испытуемых от даже отдаленной возможности ранения, инвалидности или смерти; запрет на проведение экспериментов, предлагающих смертельный исход для испытуемых; прекращение проведения эксперимента по желанию испытуемого и по решению исследователя.

Дискуссии вокруг этических проблем, связанных с проведением исследований на человеке, нашли свое отражение в тексте нового международного документа, принятого Генеральной Ассамблеей Всемирной медицинской ассоциации и получившего название "Хельсинской декларации" (1964 г.). Принципы, изложенные в "Декларации", носят рекомендательный характер.

Самым последним примером здесь является "Конвенция о правах человека и биомедицине", принятая Комитетом Министров Совета Европы в ноябре 1996 г.

Содержание "Конвенции" кратко можно сформулировать в виде следующих тезисов:

1. Использование достижений современной медицинской науки в интересах и на благо отдельного человека, в первую очередь, а затем уже в интересах общества и науки.
2. Медицинские вмешательства могут проводиться только с согласия лиц, по отношению к которым они проводятся. При этом должны быть защищены права и интересы лиц, не способных или не могущих дать согласие самостоятельно.
3. Необходимо соблюдать принцип неприкосновенности частной жизни, а также соблюдать право человека знать информацию о состоянии своего здоровья.
4. Запрещается любая форма дискриминации по генетическим характеристикам того или иного человека. Тестирование, позволяющее получить информацию о том, является ли данный человек носителем того или иного наследственного заболевания, должно проводиться исключительно в терапевтических целях. Запрещается вмешательство в геном того или иного человека с целью изменения генома его потомков. Запрещается осуществлять выбор пола будущего ребенка за исключением случаев, когда речь идет об избежании заболевания серьезной болезнью, сцепленной с полом.

5. Необходимо уважать право ученых на проведение научных исследований, однако последние должны осуществляться с соблюдением положений настоящей "Конвенции" и других правовых документов. Запрещается создание эмбрионов человека в исследовательских целях.

6. Забор органов и тканей у живого донора с целью их дальнейшей трансплантации может осуществляться только с его согласия и исключительно в терапевтических целях. Само по себе тело человека, а также отдельные его части не должны служить источником финансовой выгоды.

7. Каждое из государств, подписавших "Конвенцию", обязуется предпринять необходимые шаги по совершенствованию внутреннего законодательства, предусмотреть более строгие меры, направленные на защиту человека.

8. Стороны должны заботиться о том, чтобы фундаментальные проблемы, связанные с прогрессом в области биологии и медицины были подвергнуты широкому общественному обсуждению и стали предметом надлежащих консультаций.

В сегодняшней прессе появляется все больше материалов, посвященных названным проблемам, все большее число профессиональных медиков обращается к анализу так называемой "этической составляющей" их деятельности, о чем, в частности, свидетельствует растущее количество этических комитетов, организуемых в различных медицинских учреждениях, растет число профессиональных объединений, ассоциаций медиков, принимающих кодексы профессиональной этики. Все эти процессы можно только приветствовать и высказать надежду на то, что усилия, направленные на привлечение внимания политиков, медицинских администраторов и законодателей к тому, что проблема соблюдения прав человека имеет самое непосредственное отношение к сфере медицинской науки и практики, будут не напрасны.

Евгеника возникла на основе эволюционной теории или как социальная форма ее выражения. Главная аксиома евгеники — человек является лишь одним из представителей животного царства. Евгеники считают, что современная физиология не находит существенных различий между жизненными процессами, происходящими в человеке и в животных. Евгеника изучает наследственность отдельных признаков, отличающих людей друг от друга. В начале XX в. возникает мысль о возможности рационализировать размножение человека с целью предохранения человеческого рода от возможности вырождения и путем отбора наиболее ценных производителей улучшить человеческую природу так же, как улучшаются путем искусственного отбора породы домашних животных и культурных растений. Ф. Гальтон в начале XX в. дал этой новой прикладной науке название «евгеника». Гальтон пишет:

Евгеника есть наука о здоровье, изучающая, какие факторы улучшают и какие ухудшают душевные и физические качества потомства.

Евгеника сразу вошла в практику врачей самых разных специальностей. Во многих европейских странах тогда уже проводились в жизнь или серьезно обсуждались практические мероприятия по стерилизации олигофренов или психически больных путем хирургических операций, которые при этом не влияли ни на здоровье, ни даже на половую жизнь стерилизованных. С другой стороны, тогда велась широкая пропаганда за усиленную размножаемость особенно ценных и здоровых личностей (как тут не вспомнить «банк спермы нобелевских лауреатов» 80-х!). Евгеники полагали, что задача улучшения человеческой породы является самой ценной мечтой человечества, и решить ее могут только биологи. Здесь нужно назвать еще одно имя — Эмиль Золя. Его 20-томник «Ругон-Маккары» предвосхитил научно-практические выкладки евгеников.

Евгеника как медицинская дисциплина, четко ориентированная на улучшение общественного здоровья, есть спонтанное проявление необходимости социальной медицины (можно сказать и так: евгеника — спонтанная форма социальной медицины, ибо сводить евгенику к генетике далеко не верно). Гитлер сделал евгенику частью своей идеологии. «Дегенерат» как медицинский термин Гитлером был превращен в

идеологический жупел и экстраполирован на целые народы (евреев, славян, цыган и др.). Под предлогом «улучшения здоровья нации», конечно же, только немецкой, он пытался уничтожить целые народы или сделать их, как «биологически неполноценных», рабами. Таким образом он запятнал достойную дальнейших научно-практических разработок евгенику. В наше время в связи со становлением и развитием социальной медицины наука вновь повернулась к евгенике.

§ 4.1.4. Этико-психологический анализ самоубийств и эвтаназии

На земном пути каждого человека судьба расставила препятствия, иногда — очень серьезные, сопоставимые с мощностью самого индивидуального жизненного потока. Последствия от столкновения с ними могут быть разными: от полного разрушения жизни и гибели человека до полного же разрушения препятствия, если жизненные ресурсы достаточны и вовремя мобилизованы.

Если эту схему наполнить реальным психологическим содержанием, то перед нами развернется драматическая картина человеческих судеб. Абстрактные "препятствия" примут вид утрат, разочарований, обид, измен, просчетов, конфликтов, различных по силе, по субъективной значимости для человека, по внезапности, продолжительности и повторяемости. А "отклонения" окажутся многообразными деформациями поведения, в том числе и самой трагичной — добровольным уходом из жизни. От других вариантов "отклоняющегося поведения" самоубийство отличается тем, что этот акт направляется представлениями о смерти. Истинное самоубийство предполагает жестокий поединок жизни и смерти, в котором терпит поражение все, что удерживало человека на этом свете.

Загадку самоубийства пытаются разгадать с разных сторон: с позиций социологии и психологии, культурологии и антропологии, психиатрии и биологии. В каждой из них самоубийство находит свою проекцию и через нее раскрывает частичку своей тайны.

Основания для этико-психологического анализа:

1. Если человек решает лишить себя жизни — это означает, что в его сознании претерпела серьезные изменения фундаментальная этическая категория — "смысл жизни". Человек решается на самоубийство, когда под влиянием тех или иных обстоятельств его существование утрачивает смысл.

2. Утрата смысла жизни — это необходимое, но не достаточное условие суицидального поведения. Нужна еще переоценка смерти. Смерть должна приобрести нравственный смысл — только тогда представление о ней может превратиться в цель деятельности.

3. У всех многообразных событий и конфликтов, приводящих к самоубийству, есть один общий этический аспект: на уровне морального сознания все они апеллируют к нравственным ценностям: именно в этом качестве выступают все представления о счастье, добре, справедливости, долге, чести, достоинстве. Иными словами, "суицидогенные события" — это мощные удары по моральным ценностям личности.

4. Само суицидальное решение — это акт морального выбора. Отдавая предпочтение самоубийству, человек соотносит его мотив и результат, принимает на себя ответственность за самоуничтожение или перекладывает эту ответственность на других. Так или иначе, когда человек выбирает этот поступок, — он видит в самоубийстве, не просто действие, причиняющее смерть, но и определенный поступок, несущий положительный или отрицательный нравственный смысл и вызывающий определенное отношение людей, их оценки и мнения.

Следовательно, предметом этического анализа может служить и отношение общества к самоубийству, тесно связанное с теми же этическими категориями — смысл жизни, счастье, добро, долг и т.п., но выступающими уже как элемент не индивидуального, а общественного морального сознания.

Исходным в этико-психологическом анализе самоубийств следует считать категорию "жизненного смысла" — одну из наиболее общих, интегральных характеристик жизнепонимания и жизнеощущения личности.

Источники ощущения и осознания жизненного смысла:

а) конкретные моменты жизни — ситуации, действия человек соотносит в своем сознании с так называемыми "дальними целями", жизненными программами, формирующимися в сознании на ранних этапах развития личности и корректирующимися на всем протяжении жизненного пути; в результате складывается представление о степени самоактуализации личности;

б) существующее положение дел в жизненном пространстве личности соотносится с нравственными нормами и идеалами, в результате чего складывается представление о степени соответствия "должного" и "сущего";

в) личность соотносит свой жизненный путь с жизненными путями других людей и общества в целом, и в результате в той или иной степени ощущает сопричастность к их судьбам.

Несмотря на всю многомерность и широту категории смысла жизни, на ее интегральный характер и глубинную природу ее оснований — качественные и количественные характеристики смысложизненных представлений меняются от этапа к этапу индивидуального жизненного цикла. Наиболее чувствительны в этом плане юношеский и пожилой возрасты — в эти периоды человек особенно часто обращается к проблематике смысла жизни, пересматривает и формирует основания для его оценки. Это положение подтверждается статистикой суицидального поведения. "Пики" суицидальной активности приходятся на возраст от 18 до 29 лет ("пик молодости") и на возраст старше 45 лет ("пик инволюции"), причем в молодом возрасте преобладают суицидальные попытки, а в инволюционном — самоубийства.

В этическом аспекте кризисные состояния можно характеризовать как "перекрытие" источников жизненного смысла: блокаду жизненных целей, представление о невозможности самоактуализации, разрыв между "должным" и "сущим", между собственной и окружающей жизнью. Результирующая всех этих воздействий выражается в утрате жизненного смысла, интереса к жизни, перспективы, а следовательно, и стимулов к деятельности. Возникают феномены отчуждения и безнадежности. Появляется отрицательное эмоциональное отношение к жизни: от ощущения ее тягостности, мучительности до отвращения. Подобные состояния могут возникать как в итоге длительного ряда жизненных трудностей, так и под действием острых, одномоментных тяжелых психотравм.

Для появления суицидального поведения требуется не только негативное отношение к жизни, но и своеобразное позитивное ценностное отношение к смерти.

Главный механизм, специфичный для суицидального поведения и запускающий акт самоубийства — это инверсия (переворот) отношений к жизни и смерти. С этого момента начинается формирование цели самоубийства и разработка плана ее реализации.

Целью истинных самоубийств и покушений является лишение себя жизни. В качестве конечного результата предполагается смерть, хотя степень действительной желательности этого результата в разных случаях чрезвычайно различна, — отсюда и различия в условиях и способах суицидальных действий.

Так, самопорезы бритвой могут быть отнесены к числу истинных суицидальных попыток, если конечной целью была смерть от кровопотери; к разряду демонстративно-шантажных покушений, если целью было оказать давление на окружающих, получить ту или иную выгоду; к самоповреждениям — если цель ограничивалась желанием испытать физическую боль, как это бывает у психопатических личностей в моменты аффективных разрядов; к несчастным случаям — если, к примеру, по бредовым соображениям самопорезы преследовали цель "выпустить из крови бесов".

Даже при истинных самоубийствах их непосредственная цель — прекращение жизни — в большинстве случаев не совпадает с мотивами поведения самоубийц. Суицидальный акт является как бы средством, обслуживающим иной, вышестоящий мотив, причем не смертельный, а вполне жизненный.

Можно представить пять основных типов личностного смысла самоубийства: "протест", "призыв", "избегание", "самонаказание", "отказ".

Смысл суицидов "*протеста*" заключается в непримиримости, в желании наказать обидчиков, причинить им вред хотя бы фактом собственной смерти.

Суть суицидального поведения типа "*призыва*" в том, чтобы активизировать реакции окружающих, вызвать своей смертью их сочувствие, сострадание.

При суицидах "*избегания*" смысл заключается в устранении себя от непереносимой угрозы личностному или биологическому существованию.

"*Самонаказание*" можно определить как протест во внутреннем плане личности при своеобразной оппозиции двух "Я": "Я — судьи" и "Я — подсудимого".

Цель самоубийства и мотив поведения при суицидах "*отказа*" почти совпадают, а потому и смысл самоуничтожения можно характеризовать как "полную капитуляцию".

Моральный выбор и общественное сознание

В этическом аспекте решение о самоубийстве есть результат субъективного выбора, связанного с представлениями об ответственности за свой поступок. В зависимости от того, кому приписывает индивид ответственность за сложившуюся ситуацию, он и устанавливает ответственность за суицид. При позиции "протеста", "призыва" или "избегания" и соответствующих им типах суицидального поведения моральная ответственность за суицид адресуется ближнему или дальнему окружению; при позиции "самонаказания" ответственность принимается на себя; а при позиции отказа она приписывается "судьбе", "року", "устройству жизни".

Этический анализ дает возможность увидеть за фасадом конкретных событий и поступков моральный смысл конфликта, определить степень его влияния на жизнеощущение индивида, на его отношение к жизни и смерти, т.е. установить насколько данная ситуация стала кризисной и суицидоопасной. Становится возможным выявить "зоны сохранной моральной мотивации", выступающие в качестве антисуицидальных факторов. Таковыми могут быть у разных лиц чувства долга и ответственности, достоинство, гордость, совесть, стыдливость и др. Влияя на эти зоны, а также восстанавливая "пострадавшие" моральные структуры, удается купировать суицидальные переживания, снять позитивное ценностное отношение к смерти, повысить ценность жизни, вернуть утраченный жизненный смысл. На следующих этапах реабилитации решаются задачи гармонизации и укрепления структур сознания, т.е. формирования устойчивой жизненной позиции. Данный подход можно назвать нравственно-ценностной переориентацией личности. Его преимущества заключаются в непосредственном воздействии на нравственно-смысловую сферу личности, деформации которой разделяют ответственность за кризисные состояния и суицидальное поведение.

Право на жизнь.

Право на жизнь имеет несколько аспектов, в том числе право на сохранение жизни и право на распоряжение жизнью. Право на распоряжение жизнью проявляется как возможность подвергать себя значительному риску и возможность решать вопрос о прекращении жизни.

Человек может преждевременно прекратить свою жизнь самоубийством. По данным ВОЗ в мире ежегодно совершается более 500 тыс. самоубийств и примерно 7 млн попыток. Долгие годы укоренялось убеждение, что кончают с собой лишь психически больные. На самом деле они составляют всего 25-27%, еще 19% — алкоголики, а остальная, подавляющая часть — лица, которые никогда не лечились у психиатров и никогда не обнаруживали каких-либо поведенческих особенностей, позволяющих отнести их к категории больных.

В медицинской и философской литературе обсуждается вопрос о праве на смерть применительно к *эвтаназии*. Различают "активную (позитивную)" эвтаназию, когда используют средства, ускоряющие наступление смерти (передозировка снотворного, смертельная инъекция и др.), и "пассивную (негативную)", которая означает отказ от мер, способствующих поддержанию жизни. Оба эти вида эвтаназии касаются исключительно больного и возможны только по его просьбе.

Сегодня часть российских медицинских работников и философов отвергают эвтаназию и расценивают ее как врачебную капитуляцию, предупреждают о возможности ошибки в прогнозе состояния больного и возможности злоупотребления эвтаназией со стороны врача или других лиц, считают, что если общество когда-нибудь придет к необходимости решать проблему смерти не только естественным путем, то этим должны заниматься люди не врачебной профессии.

Сторонники эвтаназии считают ее допустимой в исключительных случаях при наличии: сознательной и настойчивой просьбы больного; невозможности облегчить страдания больного известными средствами; несомненных доказательств невозможности спасения жизни, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; предварительного уведомления органа прокуратуры. В законе должна быть разрешена и активная и пассивная эвтаназия. В качестве морального обоснования эвтаназии можно указать на то, что несомненной ценностью является реальное благополучие человека. Не каждый имеет силы лежать парализованным, не обходиться ни дня без посторонней помощи, испытывать постоянные боли. Не у всех одинаковое представление о качестве жизни.

Применительно к пассивной эвтаназии надо добавить, что пациент вправе требовать оказания ему квалифицированной медицинской помощи, но и вправе отказаться от нее (чувствует себя плохо, но в поликлинику не идет; лежит в больнице, но против операции).

Обязанность же лечебного учреждения по оказанию медицинской помощи не абстрактна, а возникает перед конкретным пациентом в определенном объеме и только после того, когда пациент выразит свое желание получить помощь.

Отдельно стоит вопрос об эвтаназии применительно к несовершеннолетнему больному. Будет ли иметь юридическое значение требование (согласие) несовершеннолетнего на эвтаназию? По действующему законодательству (Ст. 13,14 "Гражданского кодекса") дети до 15 лет обладают элементами дееспособности, приобретают основные права и обязанности не самостоятельно, а через своих законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов), несовершеннолетние от 15 до 18 лет действуют самостоятельно, но с согласия родителей, усыновителей или попечителей.

Общие правила гражданского законодательства об осуществлении прав несовершеннолетних не могут быть механически перенесены на вопросы эвтаназии. Видимо, в акт об эвтаназии должны быть включены специальные положения, касающиеся несовершеннолетних. Это объясняется тем, что если при осуществлении других прав и обязанностей детей их родители поступают неправомерно, то существуют определенные гарантии для защиты интересов детей (например, признание сделки по отчуждению имущества несовершеннолетнего недействительной, лишение родительских прав за жестокое обращение с детьми и др.). Если бы родители реализовали право на эвтаназию в отношении своего ребенка, и их действия в дальнейшем были бы признаны незаконными, то никакие последующие меры не восстановят жизнь ребенка.

Можно предложить следующее решение вопроса об эвтаназии несовершеннолетних. В возрасте от 15 до 18 лет несовершеннолетний самостоятельно решает вопрос о прекращении своей жизни с учетом общих критериев, которые действуют в отношении взрослых пациентов. Субъекты, санкционирующие законность эвтаназии (коллегия врачей, прокуратура), вправе отложить решение этого вопроса до достижения больным 18-летнего возраста.

В возрасте до 15 лет вопрос о прекращении жизни не должен ставиться, поскольку малолетний не вполне понимает значение своих действий и (или) не может руководить ими.

Следует продумать вопрос, кто осуществляет меры по эвтаназии. Заслуживает внимания предложение, что такие меры будут принимать не сами врачи, а другие лица.

Введение эвтаназии не должно сопровождаться значительными злоупотреблениями, поскольку эвтаназия необходимо не просто провозгласить, но и обеспечить дополнительными обязанностями государства, его органов, должностных лиц (предоставить пациенту истинную информацию о его заболевании, организовать обязательную предварительную консультацию пациента с психотерапевтом, гарантировать безболезненность кончины, обеспечить присутствие работников прокуратуры, родственников и др.).

Зафиксировано три существенных момента для понимания рационального самоубийства: а) физическое и психическое состояние, позволяющее принимать рациональные решения; б) обладание необходимой для этого информацией и в) критическое обоснование решения. Следует отметить также и то, что речь шла и будет идти лишь о таком самоубийстве, которое мотивируется исключительно перспективой близкой и мучительной смерти; при этом лицо, принимающее решение, уверено в точности диагноза и прогноза.

Может ли самоубийство быть рациональным? Существует один аргумент, в принципе отрицающий такую возможность. Согласно этому аргументу, человек, пытающийся совершить самоубийство, всегда психически болен либо находится в состоянии депрессии или кризиса. Следовательно, при этом нарушается одно из условий рациональности суицидного решения и поступка.

Утверждается также, что доводы, которые такой человек выдвигает для обоснования своего решения, являются не более чем рационализациями, продиктованными его патологическим состоянием. Так, согласно результатам одного исследования, частота самоубийств среди тех, у кого обнаружен СПИД, в 66 раз выше, чем у населения в среднем. Казалось бы, в этом случае можно ожидать рациональных решений, однако СПИД связан с такими расстройствами центральной нервной системы, которые ставят под вопрос возможность рационального выбора. По словам доктора Ричарда Гласса, "с клинической точки зрения, тщательное обследование самоубийств, даже у терминально больных пациентов, почти всегда показывает, что самоубийство произошло под влиянием психического расстройства, а не рационального выбора... Я считаю, что врачи должны и дальше видеть в самоубийстве больных СПИДом неблагоприятный исход болезни, которую необходимо диагностировать, лечить и предотвращать".

§ 4.1.5. Проблема хосписа

Первый хоспис в нашей стране появился в 1990 г. в Санкт-Петербурге (Ленинграде). Сейчас там открыты три хосписа, еще два находятся в стадии организации. Открывается хоспис и в Москве, впрочем, в городе уже функционируют по крайней мере пять лечебных учреждений, специализирующихся на помощи умирающим. Подобные учреждения есть и во многих других городах России. Все пять лет существования хосписного движения не прекращаются споры — оправданы ли столь высокие затраты на помощь умирающим, когда общеизвестно бедственное положение в здравоохранении.

Возникновение хосписного движения напрямую связано с гуманистическими традициями, которые обращают особое внимание на старение и смерть. Два главных события в жизни человека — рождение и смерть, — перед которыми все равны. Отношение к ним — критерий гуманности общества. Начало развития хосписного движения в мире — это неизбежный результат раздумий о духовном, естественное

стремление изменить мир к лучшему, покаяться. И возвращаются старые истины, люди, умирающие долго, становятся добрее, сама жизнь к концу становится духовно богаче, ярче. А если страдания, боль разделяются с кем-то, то рождается духовная неповторимая близость. Кто-то мудро сказал, что смерть — главный экзамен человека. К такому экзамену наше общество оказалось неподготовленным. Оно утрачивает духовность, в нем начинает преобладать стремление к материальному обогащению при резком обнищании духа. У нас все больше прав и все меньше обязанностей. Уходят любовь, забота о других, искренность в отношениях, честность, достоинство. Жить становится холодно и одиноко. Общество живет по принципу: нужно жить сегодня, не думать ни о чем неприятном и уж, конечно, не допускать мысли о смерти...

О хосписах и шире — о движении помощи умирающим — можно говорить как о своеобразном цивилизационном факторе в современном мире.

Во-первых, право пациента на избавление от боли, на достойную смерть — это одно из гражданских прав личности, имеющее такую же универсальную ценность для современного общества, как и все другие неотъемлемые, неотчуждаемые права человека.

Во-вторых, создание хосписов в России может иметь особый смысл, ибо у нас уровень боли, испытываемой пациентами в больницах, достиг невыносимых пределов.

В-третьих, хосписы в определенном смысле могут сыграть роль своего рода "социального лекарства" для нашего общества в целом, ведь их строительство, а тем более каждодневная деятельность, невозможны в виде только казенных учреждений. Во многом успех хосписного дела зависит от того, сможем ли мы расчистить социальные завалы и дать выход родникам милосердия. При этом могут гармонично сочетаться цели хосписного, религиозного и других общественных движений.

В-четвертых, исключительно благотворное влияние хосписы окажут на всю остальную нашу медицину, не только делая достоянием всех медиков особое искусство ухода, технологии помощи тяжелобольным (в том числе — умирающим), но и реабилитируя в наш век высокотехничной, крайне специализированной медицины этическую ценность древней медицинской заповеди: "Salus aegroti suprema lex" ("Благо больного превыше всего"). Благодаря деятельности хосписов стало общепризнанным фактом, что в "просто больницах" основная масса врачей недооценивает значение проблемы "чужой боли". И как следствие, большая часть из них не владеет многими современными достижениями медицины, применение которых в состоянии лечить и предупреждать боль. Распространение информации о том, как можно избавить пациента от боли, уже более 10 лет считается в мире одним из приоритетных направлений деятельности служб здравоохранения. Реализация права на владение такой информацией пациентами, и в особенности их близкими, есть еще один признак цивилизованности общества.

В последние 100-150 лет общественное здравоохранение и медицинская технология все больше вытесняют смерть и мысли о смерти из центра общественного внимания. Сегодня в западных странах в 70-80% случаев смерть происходит в больнице. Что касается больных раком, то, например, известно, что в Финляндии 90% из них умирает в больницах. В то же время опросы как здоровых, так и смертельно больных людей показали, что большинство из них хотело бы умереть дома. Хосписы сглаживают это противоречие не только тем, что в них созданы условия для пребывания рядом с умирающим его близких, но также и тем, что "философия хосписного дела" не оставляет без внимания феномен человеческого горя. Оказание психологической поддержки, помощи родным и близким умирающего человека — важный аспект деятельности и специалистов и добровольцев в хосписах.

Благотворительность и меценатство всегда были на Руси проявлением высокой культуры купцов, банкиров, промышленников. И теперь связи с общественностью, работа с прессой помогут обрести утраченное и выжить хосписам на местах. Воплощение идеи духовного возрождения общества достигается только конкретными, реальными, добрыми

делами. Одним из таких конкретных дел и является хосписное движение. При этом надо подчеркнуть одно очень интересное и замечательное обстоятельство из жизни нашего общества, не вполне нами понятое и оцененное. Сама идея хосписа находит необычайно широкий отклик в сердцах самых разных людей. Это просто самостоятельный какой-то феномен. Значит, хосписы нужны не только терминальным больным, но и нашему больному обществу. Хосписное движение поможет возрождению России, восстановит достойное отношение к жизни и смерти. Это возможно лишь при одном условии, если мы начнем преодолевать тенденцию отрицания, игнорирования смерти, а вслед за этим — тенденцию вытеснения, подавления чувства горя, связанного со смертью.

Итак, если подвести краткий итог, можно тезисно сформулировать основные принципы хосписного движения:

- За смерть нельзя платить.
- Хоспис — дом жизни, а не смерти.
- Контроль за симптомами позволяет качественно улучшить жизнь больного.
- Смерть, как и рождение — естественный процесс. Его нельзя ни торопить, ни тормозить. Хоспис является альтернативой эвтаназии.
- Хоспис — система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больному.
- Хоспис — не стены, а люди, сострадающие, любящие и заботливые.
- Хоспис — это мировоззрение гуманизма.

Глава 4.2. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан

§ 4.2.1. Медицинское право. Основные этапы становления и формирования в современных условиях развития российского общества

Значительные изменения в XX столетии произошли в таких важных сферах как медицинская наука и здравоохранение, медицинское право и этические традиции.

В медицинской науке XX век связывается с углублением понимания сущности здоровья и болезни, успехами биологии, микробиологии, вирусологии, иммунологии, изучения нервной и эндокринной регуляции, наследственности и генетики. Достижения научно-технической революции привели к перевооружению медицинской науки и практики принципиально новыми методами изучения, диагностики и лечения заболеваний, особенно в методологии исследования всех медико-биологических проблем. В организации здравоохранения главным стало признание здоровья социальным правом человека; осознание социальной системности здравоохранения и его разномасштабных проблем; кардинальные реформы в управлении и самоуправлении этой системой; развитие международного сотрудничества в этой области.

Важными этапами реформирования здравоохранения стали 1918, 1948, 1978 и 2000 годы.

1918 год — провозглашение в Советской России права народа на охрану здоровья и ответственности государства за его обеспечение.

1948 год — национализация медицинских учреждений и создание национальной (государственной) службы здравоохранения в Великобритании, создание в рамках ООН Экономического и социального совета (ЭКОСОС), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда (ЮНИСЕФ).

В 60-е и 70-е годы стали подписываться межправительственные соглашения по здравоохранению между странами, даже с весьма далекими политическими системами. Результаты международного сотрудничества оказались очевидными — ликвидация оспы, успехи борьбы с эпидемиями, понимание опасности и озабоченность промышленным загрязнением окружающей среды и в целом судьбой биосферы, демографическими

проблемами и трудностями обеспечения продуктами питания, выявление глобальных проблем в разных сферах жизни человека, в том числе в здравоохранении и медицине. Одной из новых и крайне опасных проблем такого рода стало появление СПИДа.

В СССР, при действительно эффективных основах и принципах государственной системы здравоохранения, испытывались все большие трудности в связи с недостаточностью бюджетных ассигнований, отставанием в обеспечении лекарствами и современным техническим оснащением, низкой оплатой труда врачей и других работников здравоохранения, задержками в освоении достижений медицинской науки. И хотя в ведущих медицинских центрах помощь оказывалась на достаточно высоком уровне, нарастающий разрыв между потребностями здравоохранения и его техническими возможностями, особенно на периферии, стал ощущаться все более остро.

1978 год — Международная конференция ВОЗ и ЮНИСЕФ в Алма-Ате (6-12 сентября 1978г.) с участием 134 стран и представителей 67 международных организаций. В итоге была принята Алма-Атинская Декларация и 22 рекомендации. В Декларации было провозглашено "достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни", и что главным инструментом для этого является развитие национальных систем здравоохранения, главной функцией, центральным звеном которых является первичная медико-санитарная помощь.

Выводы и решения Алма-Атинской конференции были подтверждены Всемирной Ассамблеей здравоохранения, а затем и Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 году, а также в других международных и межгосударственных решениях и декларациях. Они стали важнейшим поворотным пунктом в развитии и реформах всего здравоохранения в мире.

К началу 80-х годов сложившаяся система здравоохранения, по существу, исчерпала свои возможности по части совершенствования в рамках существующих норм и правил. Замедлились и приостановились темпы оздоровления демографической ситуации и улучшения состояния здоровья населения, что характеризовалось как объективными, так и субъективными факторами: недовольство населения качеством, условиями и доступностью медицинской помощи, не заинтересованность низкооплачиваемых медработников в качественном оказании медицинской помощи, не соответствие санитарным нормам больничных учреждений и т.д.

Попытки изменить положение дел привели к середине 80-х годов к разработке так называемого "нового хозяйственного механизма" в здравоохранении и проведению эксперимента по отработке моделей в ряде регионов.

Отправной точкой реформирования системы здравоохранения послужил принятый в 1991 году закон "О медицинском страховании граждан в РСФСР", в соответствии с которым в стране за короткий срок была создана инфраструктура Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, сформирована нормативная база, отработан порядок взаимоотношений систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС). Введение ОМС создало прецедент более успешной реализации конституционных гарантий населения в обеспечении бесплатной медицинской помощью.

Важнейшим правовым актом, оказавшим революционное влияние на дальнейшее формирование системы здравоохранения, стали принятые в 1993 году "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан". Впервые в нашей стране правовые нормы охраны здоровья граждан охватили не только систему здравоохранения, но и широкий круг общественных отношений, были определены основные принципы охраны здоровья граждан, организации и управления здравоохранением, права граждан при оказании им медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и другие аспекты.

Положительным моментом в правовом обеспечении систем здравоохранения и ОМС явилась разработка и утверждение в 1998 году "Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью", включающей в себя Базовую программу ОМС.

В 1992 году Минздравом России был издан приказ №237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)". Практически с этого момента началась целенаправленная работа по реформированию амбулаторно-поликлинической системы.

В нашей стране основной принцип скорой помощи — доставка врача к пациенту. В результате, повышается затратность оказания скорой помощи, неэффективно используются врачебные кадры, а увеличение сроков доставки пациента в медицинское учреждение снижает возможности сохранения его жизни, здоровья и трудоспособности. Кроме того, специализированные врачебные бригады используются неэффективно, простаивая большую часть времени или выполняя непрофильные вызовы. В связи с чем, Минздрав России в 1999 году утвердил приказ "О совершенствовании скорой медицинской помощи населению России", которым определены основные положения об организации деятельности учреждений и подразделений скорой медицинской помощи и ее персонала.

Прошедшее десятилетие характеризуется не только явлениями системного кризиса, приведшего к росту стрессогеннообусловленной патологии, но и смягчением подходов к диагностике и лечению психически больных граждан и повышением защиты их прав. В рамках реализации этих задач в 1992 году был принят Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

С целью совершенствования экспертизы временной нетрудоспособности с учетом происходящих в стране и отрасли изменений в 1994 году Минздравом и Фондом социального страхования Российской Федерации утверждена Инструкция "О порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность".

В целях совершенствования системы организации и повышения качества медицинской помощи в соответствии с задачами, поставленными ВОЗ, за прошедший период времени в отрасли проведена значительная работа по формированию системы управления качеством медицинской помощи. В соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в РФ для обеспечения качества медицинской помощи и безопасности при ее оказании необходимо принятие мер по стандартизации в отрасли и осуществлению государственного контроля путем лицензирования и сертификации медицинских учреждений и специалистов, услуг и продукции.

В 1997 году коллегией Минздрава России, Госстандарта России и Советом исполнительных директоров территориальных фондов ОМС утверждены "Основные положения стандартизации в здравоохранении". Основными направлениями стандартизации являются: стандартизация в области медицинских услуг, формирование требований к условиям оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения, профессиональной деятельности, информационного обеспечения.

Одним из важнейших документов, разработанных с участием Минздрава России, является Федеральный закон "О лекарственных средствах", принятый в 1998 году. Причиной разработки этого закона явились изменения, произошедшие в системе производства и оборота лекарственных средств. Главной задачей формируемой системы является защита потребителей от негативных последствий применения лекарств, что может быть связано с недостаточной изученностью их на этапе разрешения и внедрения в практику, с выпуском предприятиями или ввозом в страну недоброкачественной продукции, нарушением условий их хранения и реализации.

Одним из важнейших аспектов охраны здоровья населения является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия страны. В 1991 году в стране был принят закон РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". Для решения

поставленных задач, в условиях происходящих экономических и социальных преобразований, началось реформирование госсанэпидслужбы, утверждена Концепция ее развития, федеральная целевая Программа развития Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации на 199-1995 годы.

Формирование единого правового пространства системы здравоохранения как этапа правового развития отрасли можно считать завершенным. Вместе с тем в настоящее время сохраняют актуальность целый ряд вопросов, направленных на регулирование развивающихся качественно новых общественных отношений в здравоохранении. Предпосылками дальнейшего развития являются, с одной стороны, реформа здравоохранения и переосмысление роли и места медицины в жизни общества, с другой — правовая реформа, нацеленная на создание в России правового государства.

Современный период жизнедеятельности российского общества характеризуется мощным развитием права и правопедения. Происходит становление новых и развитие уже сформировавшихся правовых отраслей и институтов, переоценка и смена правовых ориентиров. Повышение социально-правового значения отдельных отраслей права предопределено возрастанием социальной значимости регулируемых данными отраслями общественных отношений.

§ 4.2.2. Охрана здоровья граждан в российском законодательстве

Конституция Российской Федерации

Статья 2. Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства.

Статья 7. В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей.

Статья 41. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Статья 45. Государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

Статья 46. Каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод.

Статья 52. Права потерпевших от преступлений и злоупотреблений властью охраняются законом. Государство обеспечивает потерпевшим доступ к правосудию и компенсацию причиненного ущерба.

Статья 53. Каждый имеет право на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями органов государственной власти или их должностных лиц.

"Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (от 22 июля 1993 г. № 5487-1)

Руководствуясь Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, признавая основополагающую роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества и подтверждая ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья, Верховный Совет Российской Федерации принимает Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Охрана здоровья граждан (раздел 1, статья 1)

Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека,

поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией РФ и иными законодательными актами республик в составе РФ, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основные принципы охраны здоровья граждан (раздел 1, статья 2)

1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

3) доступность медико-социальной помощи;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Права граждан в области охраны здоровья (раздел 4)

Статья 17. Граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии и других обстоятельств.

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

Гражданам РФ, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 19. Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется местной администрацией через СМИ или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, установленном Правительством РФ.

Статья 20. При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными, инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданами обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью (утверждена Постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998г. №1096)

Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Гражданам РФ в рамках Программы бесплатно предоставляются:

1) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

2) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, как в поликлинике, так и на дому;

3) стационарная помощь.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, ежегодно утверждаемых Минздравом РФ.

Условия и порядок предоставления медицинской помощи населению определяются Минздравом РФ по согласованию с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

§ 4.2.3. Системы здравоохранения, действующие в РФ. Медицинское страхование

Государственная система здравоохранения (раздел 1, статья 12)

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора РФ, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики РФ, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских аппаратов и медицинской техники.

Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ.

Муниципальная система здравоохранения (раздел 1, статья 13)

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством

оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Частная система здравоохранения (раздел 1, статья 14)

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства РФ.

Базовая программа обязательного медицинского страхования

В рамках базовой программы предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях, за исключением венерических заболеваний, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, болезнях глаза, уха, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи, костно-мышечного аппарата, травмах, отравлениях, а также при некоторых врожденных аномалиях и деформациях у взрослых.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами обязательного медицинского страхования.

На основе базовой программы органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают программы обязательного медицинского страхования, объем предоставляемой медицинской помощи по которым не может быть меньше объема, установленного базовой программой.

Медицинское страхование (закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991г. №1499-1)

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования — гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством РФ.

Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- наименование сторон;
- сроки действия договора;
- численность застрахованных;
- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования, получает страховой медицинский полис.

Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории РФ, а также на территории других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Права граждан РФ в системе медицинского страхования

Граждане имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории РФ;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
- возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Защиту интересов граждан осуществляют Советы Министров РФ и республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации.

На территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений Российской Федерации со странами пребывания граждан.

§ 4.2.4. Стратегия ВОЗ в охране здоровья граждан

В реформах здравоохранения проявилась определенная историческая логика, и их важнейшими этапами стали 1918, 1948, 1978 и 2000 годы.

1918 год

Провозглашение в Советской России (1918 г.) права народа на охрану здоровья и ответственности государства за его обеспечение, объединение "всего медико-санитарного дела" в руках Наркомздрава (первого в мире министерства здравоохранения), использование для решения медико-социальных проблем всей политической силы государства, выработка новых принципов организации здравоохранения.

1948 год

Национализация медицинских учреждений и создание национальной (государственной) службы здравоохранения в Великобритании, создание в рамках ООН Экономического и социального совета (ЭКОСОС), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда (ЮНИСЕФ).

1978 год

В 1973 г. в Всемирной организации здравоохранения была высказана идея о "первичной медико-санитарной помощи", которая понималась как "зона первого контакта между человеком (семьей, общиной) и национальными системами здравоохранения", как их "неотъемлемая часть", "главная функция" и "центральное звено". Концепция была обсуждена на Международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ в Алма-Ате (6-12 сентября 1978 г.) с участием делегаций 134 стран и представителей 67 международных организаций. В итоге были приняты Алма-Атинская Декларация и 22 рекомендации. В Декларации было провозглашено, что самой важной задачей правительств, международных организаций и всей мировой общественности является "достижение всеми народами мира к 2000 году такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни". И главным инструментом для этого является развитие национальных систем здравоохранения, главной функцией, центральным звеном которых является первичная медико-санитарная помощь. В рекомендациях эти положения были развернуты подробнее.

Выводы и решения Алма-Атинской конференции были подтверждены Всемирной Ассамблеей здравоохранения, а затем и Генеральной Ассамблеей ООН в 1979 г., а также в других международных и межгосударственных решениях и декларациях.

2000 год

Мировое сообщество выдвигает новые задачи:

- устойчивого развития общества в гармонии с природой,
- формирования гуманистической парадигмы,
- защиты и обеспечения прав человека и народов во всем мире,
- достижения в XXI веке "Здоровья для всех".

ВОЗ сформулировала в рамках программы "Здоровье для всех в XXI столетии" 10 главных целей (глобальных задач):

1. Усиление справедливости в отношении здоровья.
2. Улучшение возможностей для выживания и повышения качества жизни.
3. Обращение вспять глобальных тенденций в отношении пяти основных пандемий (инфекционных болезней, неинфекционных заболеваний, травматизма и насилия, алкоголизма и наркоманий, табакокурения).
4. Полная или частичная ликвидация определенных болезней (полиомиелит и др.).
5. Улучшение доступа к водоснабжению, санитарии, пищевым продуктам и жилью.
6. Содействие здоровому и противодействие нездоровому образу жизни.
7. Улучшение доступа к комплексной, качественной медико-санитарной помощи.
8. Поддержка научных исследований в области здравоохранения.
9. Внедрение глобальных и национальных систем медицинской информации и эпидемиологического надзора.

10. Разработка, осуществление и мониторинг политики достижения "Здоровье для всех" в странах.

Идея и стратегия "Здоровье для всех" еще раз подтверждает неотъемлемое право человека на здоровье, ответственность человека и всего общества за реальное обеспечение этого права, системное развитие здравоохранения в общенациональном плане и в ведомственном плане, развитие сотрудничества в формировании глобальной системы здравоохранения, а также мониторинг продвижения к этой перспективной цели.

Это стало возможным благодаря первопроходческому опыту СССР и других социалистических стран. Многие положения повторяются из наших основ организации здравоохранения.

Глобальная политика достижения здоровья для всех на двадцать первое столетие должна осуществляться посредством проведения соответствующей региональной и национальной стратегий. Для нашей страны, тяготеющей к Европейскому Региону, — именно европейский опыт по разработке и реализации единой стратегии по "достижению здоровья для всех в Европейском Регионе" представляет наибольший интерес.

Откликом на запросы XXI века, сформулированными во Всемирной декларации по здравоохранению, является принятие новой Европейской стратегии по достижению здоровья для всех — "Здоровье — 21". Пересматривая и совершенствуя прежние 38 региональных задач по достижению здоровья для всех в свете прошлого опыта и новых задач, в рамках "Здоровье — 21" ставятся и определяются 21 задача на 21 столетие.

А. Принципы и подходы:

1. Солидарность государств-членов ЕРБ в интересах здравоохранения.
2. Равноправие различных групп внутри стран в охране здоровья.
- Б. Направленность на все население и основные опасности:
3. Здоровое начало жизни.
4. Здоровье молодежи.
5. Сохранение здоровья в пожилом возрасте.
6. Улучшение психического здоровья.
7. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний.
8. Сокращение распространенности неинфекционных заболеваний.
9. Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев.

В. Профилактика и здоровый образ жизни:

10. Здоровая и безопасная физическая среда.
11. Более здоровый образ жизни.
12. Уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, вызывающими зависимость средствами и табаком.

13. Условия здоровой среды.

14. Многосекторальные обязательства в отношении здоровья.

Г. Изменение ориентации — направленность на конечный результат:

15. Интеграция здравоохранения.

16. Вопросы руководства и обеспечение качества медико-санитарной помощи.

Д. Ресурсы:

17. Финансирование служб здравоохранения и выделение ресурсов.

18. Развитие кадровых ресурсов здравоохранения.

19. Научные исследования и информация по вопросам здравоохранения.

20. Мобилизация партнеров в интересах здравоохранения.

21. Политика и стратегия по достижению здоровья для всех.

Ключевая цель политики "Здоровье — 21" в Европейском Регионе заключается в полной реализации всеми людьми их "потенциала здоровья".

Ключевая цель может быть достигнута путем:

- Обеспечения равенства в вопросах охраны за счет солидарности действий;

- Укрепления и охраны здоровья людей на протяжении всей их жизни;
- Снижения распространенности и уменьшения страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями.

Таким образом, в основе политики "Здоровье для всех" лежат три основополагающие ценности, являющиеся ее этической основой. Это:

1. Признание здоровья важнейшим правом человека.
2. Справедливость в вопросах здоровья и его охраны и действенная солидарность стран и групп населения внутри стран в этих вопросах.
3. Участие в здравоохранительной деятельности и ответственное отношение в ней всех слоев и секторов общества.

Россия и глобальная стратегия ВОЗ

Задачи национальной стратегии "Здоровье для всех Россиян" можно подразделить на три категории:

к первой категории относят две задачи, в которых рассматривается основополагающая ориентация политики достижения здоровья для всех, а именно: достижение справедливости и равенства в вопросах охраны здоровья и улучшение здоровья и качества жизни;

во вторую категорию входят задачи, в которых речь идет о здоровье отдельных групп населения — детях, молодежи и престарелых;

к третьей категории относятся задачи, в которых рассматриваются конкретные проблемы здравоохранения: онкологические и сердечно-сосудистые болезни, другие хронические заболевания, инфекционные болезни, несчастные случаи, проблемы охраны психического здоровья и самоубийства.

Конкретные проблемы здравоохранения

Задача 6. Улучшение психического здоровья

В России во второй половине 90-х годов услугами психиатров пользуются около 6 млн человек (42 из каждой 1000 населения). В течение года психические расстройства впервые диагностируются в среднем у 7 человек, и 8 из каждой 1000 населения госпитализируется по поводу психического заболевания. Впервые признается инвалидами в связи с психическим заболеванием 1 человек из 1000 населения.

"Цена" неудовлетворительного состояния психического здоровья очень высока. Десятую часть ожидаемой продолжительности жизни населения составляют потери, связанные с психическими заболеваниями, в том числе — 2 года — за счет преждевременной смерти и около 5 лет — за счет ухудшения качества жизни.

В России выделяются две конкретные группы территорий, принципиально отличающиеся с точки зрения состояния и тенденций психического здоровья, обусловленного им социально-демографическим ущербом и характера его социальной детерминации, а, следовательно, — путей сокращения:

- Первая группа включает преимущественно области Европейской части России;
- Вторая — территории Поволжья, области и края Северного Кавказа, Урала и Западной Сибири.

Психическое здоровье все более становится социально-экономическим феноменом, масштабы которого в решающей мере определяются экономическим неблагополучием, и сами, в свою очередь, порождают неблагополучие вследствие увеличения числа людей, нуждающихся в социальной защите и поддержке.

Общий вывод:

продолжительность и качество жизни населения в связи с состоянием его психического здоровья непосредственно зависит от выбора стратегий реформирования служб здравоохранения, в более широком плане — от стратегий реформирования общества, которые определяют "цену человека, его жизни и здоровья".

Задача 7. Сокращение распространенности инфекционных заболеваний

К 2020 г. должно произойти значительное сокращение распространенности инфекционных заболеваний за счет систематических программ по частичной и полной ликвидации, а также борьбы с инфекционными заболеваниями, представляющими проблему для общественного здравоохранения.

Трудный переходный период к новой модели общества, начавшийся в 90-е годы, отразился на характере инфекционной заболеваемости. В 1997 г. зарегистрировано 32,6 млн случаев инфекционных заболеваний. В 1996 г. по сравнению с 1990 г. смертность от инфекционных болезней в России увеличилась на 76%, заболеваемость туберкулезом на 60%, заболеваемость сифилисом в 48 раз. Особую проблему в России составляет СПИД. За последние годы возросло число вспышек острых кишечных инфекций и гепатита А водного характера. Оправдался прогноз эпидемиологов об увеличении заболеваемости геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) на территориях его природных очагов (Волго-Уральский регион). Для ряда регионов лесной зоны актуальна проблема клещевого весенне-летнего энцефалита. На протяжении последних лет ухудшается эпидемиологическая обстановка по заболеваемости малярией. Ежегодно прирост числа заболевших составляет 30-40%. Не меняется неблагоприятная ситуация с пораженностью населения гельминтозами, особенно дифиллоботриозом и описторхозом.

По сравнению со странами Северной Европы (Швеция, Норвегия, Финляндия) в 1998 г. смертность мужчин в России от инфекционных болезней была в 4 раза, а женщин — в 1,2 раза выше.

Общий вывод:

за последние годы эпидемиологическая ситуация в России резко ухудшилась, сравнение России с другими странами по смертности от инфекционных болезней указывает на более сложную санитарно-эпидемиологическую обстановку в нашей стране.

Задача 8. Сокращение распространенности неинфекционных болезней.

К 2020 г. заболеваемость, инвалидность и преждевременная смертность, связанные с основными хроническими болезнями, должны быть снижены.

Основными хроническими болезнями, которые определяют повышенную смертность Российского населения, являются болезни системы кровообращения. Уровень смертности от этого класса заболеваний в значительной степени определяется как факторами, воздействующими на население в целом (природно-климатические, экологические и социально-экономические), так и сложившимися привычками населения, культурно-этническими традициями и образом жизни.

Уровень смертности от болезней системы кровообращения для группы северных и северо-западных территорий России превосходит среднеевропейский в 8-9 раз.

Задача 9. Сокращение травматизма в результате актов насилия и несчастных случаев.

Травматизм является третьей по значимости причиной смерти и первой — среди причин, определяющих потери трудового потенциала населения страны. Растет число преступлений, террористических актов, посягательств на жизнь и здоровье граждан с применением огнестрельного оружия и взрывных устройств. Число пострадавших от пожаров растет в среднем на 9% в год. Ежедневно регистрируется более 500 ДТП, в которых погибает более 100 и получают ранения более 600 человек. До 60% всех погибших составляют лица в возрасте от 16 до 40 лет. Число погибших детей ежегодно увеличивается на 15%. Более 80% пострадавших детей становятся инвалидами.

Каждая причина смерти имеет свою "сферу наибольшего влияния" на возрастной шкале. Для несчастных случаев, отравлений и травм — это люди трудоспособного возраста. Именно в этом возрасте разница в смертности российского населения и населения развитых стран максимальна.

Таким образом, специфика смертности от травм и отравлений заключается практически в полной обусловленности ее социальными факторами.

Задачи для возрастных групп

Задача 3. Здоровое начало жизни.

К 2020 г. все новорожденные, дети младшего и школьного возраста в Регионе должны быть более здоровыми, что обеспечит им более здоровое начало жизни.

Врожденные аномалии у детей примерно на четверть обусловлены генетическими отклонениями и условиями среды, важным фактором становится злоупотребление матери алкоголем и наркотиками. После первого месяца жизни основной причиной смерти становится синдром внезапной смерти, связанный с курением, наркоманией, подростковым возрастом родильниц, инфекциями во второй половине беременности, отягощенностью этой патологией анамнеза матери, возрастает потенциальная опасность ВИЧ-инфекции и наркотической зависимости новорожденных.

Задача 4. Здоровье молодежи.

К 2020 г. молодежь в Регионе должна быть более здоровой и лучше подготовлена к тому, чтобы выполнять свои обязанности в обществе.

В подростковом возрасте закладывается отношение к питанию, физкультуре, курению, формируется здоровый образ жизни, сексуальное поведение и одновременно проявляются факторы риска хронических заболеваний старшего возраста. Резко изменяется структура угроз здоровью, включающих алкоголь и наркотики, гиподинамию, правонарушения, групповое насилие и нежелательную беременность.

Задача 5. Сохранение здоровья в пожилом возрасте.

К 2020 г. люди в возрасте старше 65 лет должны иметь возможность полностью реализовать имеющийся у них потенциал в отношении собственного здоровья и выполнять активную социальную роль в обществе.

Ключевой проблемой пожилых является их функциональная зависимость от посторонней помощи и тесно смыкающиеся с ней вопросы физической активности. С 1991 года по настоящее время число инвалидов выросло на 35,3%. "Привлекательность" инвалидности в России растет по мере того, как ухудшается уровень жизни населения и растет напряженность на рынке труда, вследствие чего пенсия по инвалидности и сопровождающие этот статус льготы становятся единственным источником средств существования для ранее социально адаптированных лиц со стойкими нарушениями в здоровье.

Ключевые ориентиры стратегии "Здоровье для всех"

Задача 1. Солидарность в интересах здравоохранения в Европейском Регионе.

К 2020 г. существующий в настоящее время разрыв в состоянии здоровья населения между государствами-членами Европейского Региона должен быть сокращен как минимум, на одну треть.

Эта задача — ключевой ориентир стратегии "Здоровья для всех".

Задача 2. Равенство в вопросах охраны здоровья.

К 2020 г. разрыв в уровне здоровья между социально-экономическими группами внутри стран должен быть сокращен по крайней мере на одну четверть во всех государствах-членах за счет значительного улучшения уровня здоровья групп населения, не получающих достаточного обслуживания.

Эта задача также является ключевым ориентиром стратегии "Здоровья для всех".

Для России актуальны все задачи по достижению здоровья для всех, сформулированные в Европейской стратегии ВОЗ как некие универсальные ориентиры.

Планируя столь масштабную работу, важно сформулировать основные принципы и условия, от соблюдения которых во многом будет зависеть ее эффективность. Одним из таких условий является соответствие идеологических принципов концепции "Здоровье для всех" методическим и организационным условиям ее разработки, реализации и мониторинга. Идея межсекторального подхода к проблемам здоровья населения требует создания адекватной организационной структуры — возможно в виде Национального института здоровья, **основными задачами которого могут быть:**

- разработка научно-обоснованной политики в сфере укрепления и охраны здоровья населения с учетом региональной специфики ситуации;
- разработка в соответствии с рекомендациями ВОЗ национальной программы "Здоровье для всех россиян", объединяющей усилия различных отраслей и ведомств по критерию здоровья;
- создание системы мониторинга здоровья населения;
- объективное информирование руководящих органов страны (Президент, Правительство, Парламент, Совет Безопасности, Главы администраций субъектов Российской Федерации) о состоянии, тенденциях и прогнозах здоровья населения, о необходимых мерах по улучшению ситуации.

Литература

Основная:

1. Черносивтов Е.В. Социальная медицина: Учебное пособие для студентов высш. учебн. заведений.-М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000.-304 с.
2. Черносивтов Е.В. Социальная медицина: Учебное пособие для вузов.- М.:ЮНИТИ-ДАНА, 2002.-254 с.
3. Краткая медицинская энциклопедия. В 2-х томах/ Под ред. Академика РАМН В.И. Покровского. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», «Крон-Пресс», 1994.-1152 с.
4. Баранов А.А., Цыбульская И.С., Альбицкий В.Ю. и др. Медико-демографические тенденции в современной России // Здоровье детей России. М., 1999. с.8-13.
5. Билич Г.Л., Назарова Л.В. Основы валеологии. СПб., «Водолей», 1998.-560 с.
6. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. М.; Эдиториал УРСС, 1998.-472 с.
7. Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.-М., 1992.
8. Словарь по социальной медицине, организации здравоохранения и медицинскому страхованию.- Ростов н\д: Кн. изд-во, 1995.
9. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни.-1995.-М., Медицина.
10. Российская энциклопедия социальной работы. 1995.

Дополнительная:

1. Герасименко Н.Ф. Кризис здоровья и здравоохранения как угроза национальной безопасности страны // Вест.Рос.Акад.мед.наук. 1998. №4. С.58-62
2. Игнатъев В.Н., Лопухин Ю.М., Юдин Б.Г. Конвенция Совета Европы по биоэтике / Биомедицинская этика. Под ред. В.И.Покровского. М.: Медицина, 1997, с.6-29.
3. Малеина Н.М. Человек и медицина в современном праве: теоретическое и практическое пособие. — М., 1995.
4. Меерсон Е.А., Карякина Т.Н. Экология семьи (социальный и медицинский аспекты репродуктивной функции): Учебное пособие. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 1998. — 44с.
5. Организация медицинской помощи детям подросткового возраста в современных условиях. Решение коллегии Минздрава РФ от 27.03.2001 // Официальные документы в образовании. — 2001. — №35. С.50-56.
6. Рожденные in vitro // Человек. 1995. №3, с.69-76.
7. Федеральная целевая программа "Безопасное материнство" (2001-2002 годы) // Официальные документы в образовании. — 2001. — №4. С.38-45.
8. Экологическая безопасность человека и концепция выживания / Под ред. А.Н.Агаджаняна, И.Н.Полунина, П.С.Турзина и др. Москва; Астрахань, 1998. 96с.
9. Этические и правовые проблемы клинических испытаний и научных экспериментов на человеке и животных (Материалы к конференции). М.: РНКБ РАН, 1994.
10. Андреевский О.Г., Нечаев В.В., Шаргородская В.А. Иммуитет и вопросы специфической профилактики инфекционных заболеваний. — Л., 1975.
11. Белозеров Е.С. и соавт. Иммунодефицитные состояния. // Алма-Ата. 1991.
12. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году: Государственный доклад. — М., 2001.
13. О состоянии окружающей среды Российской Федерации в 2000 году: Государственный доклад. — М., 2001.
14. Смирнов С.М., Тер-карапетян А.З. Эпидемиология и профилактика зоонозных инфекций. — М., 1975.
15. Евтухов Е.В. Медико-правовой справочник для населения.-Ростов н\д: Изд-во «Феникс», 2001.-512 с.
16. Конституция Российской Федерации.-М. 1992.

Глоссарий

Болезнь Альцгеймера — ранняя форма старческого слабоумия. Начинается в возрасте 45-55 лет с явлениями прогрессирующей амнезии, большим свойственны угрюмость, раздражённость или злобность.

Гаметы — половые клетки с гаплоидным набором хромосом, при оплодотворении происходит их слияние с образованием диплоидного (двойного) набора хромосом, активация яйцеклетки, т.е. стимуляция её к зародышевому развитию.

Гемофилия (греч. haima кровь + philia склонность) — наследственная болезнь, характеризующаяся повышенной кровоточивостью.

Гестационный период (лат. gestare — носить, быть беременной) — период беременности.

Девиантность — отклоняющееся от нормы поведение.

Делинквентность — преступное поведение.

Дифиллоботриозы — гельминтозы из группы цестодозов, возбудителями которых являются ленточные черви, относящиеся к роду *Diphilobothrium*.

Олигофрения (греч. oligos малый + phren ум; разум; син.: малоумие, психическое недоразвитие) — группа болезненных состояний, характеризующихся врождённым или возникшим в раннем детском возрасте (до 3 лет) недоразвитием психики с преобладанием интеллектуального дефекта, который в течение последующей жизни не нарастает. По степени недоразвития психики выделяют идиотию, имбецильность и дебильность.

Онтогенез (греч. on, ontos сущее + genesis зарождение, происхождение) — процесс индивидуального развития организма от момента его зарождения до смерти.

Описторхоз — гельминтоз из группы трематодозов, характеризующийся преимущественным поражением печени и поджелудочной железы.

Перверсия — извращение.

Реципиент — организм, в который осуществляют пересадку органов или тканей донора.

Симптом (греч. symptoma — признак) — признак патологического состояния или болезни.

Синдром (греч. syndrome — стечение, скопление) — устойчивая совокупность симптомов с единым происхождением.

Синдром Дауна — хромосомная болезнь, при которой отставание в умственном и физическом развитии сочетается со своеобразным внешним обликом и недостаточностью функций желёз внутренней секреции. Заболевание обусловлено трисомией по 21-й паре хромосом, т.е. вместо 2 имеются 3 хромосомы, относимые к этому типу.

Тератогенные факторы — факторы, приводящие к формированию пороков развития зародыша и плода.

Трансплантация — замещение повреждённых или отсутствующих тканей или органов собственными тканями либо тканями и органами, взятыми от другого организма.

Фенилкетонурия — тяжёлое наследственное заболевание, которое характеризуется главным образом поражением нервной системы.

Фрустрация — неудовлетворённость как личностно-значимое переживание.

Цитология (греч. cytus — клетка) — наука о клетках.