



# **СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ЛИЦ С ФИЗИЧЕСКИМИ И МЕНТАЛЬНЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ СРЕДСТВАМИ ОККУПАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Л. В. АВЧУХОВА**

*Кафедра философии и биоэтики  
с курсом психологии и социологии медицины*

В условиях развития общества повышенного риска из-за изменений естественной и искусственной среды обитания, технологического прогресса и социально-экологического фона прогнозируется дальнейшее увеличение числа инвалидов в мире, насчитывающего сегодня от 10—15% населения в различных странах.

Маргинализованное положение инвалидов и объективная потребность общества в их социальной интеграции являются проблемой, требующей разрешения. Реальность такова, что пессимистическое и дистанцированное отношение к инвалидам, способ организации общества и принятые в нем социальные нормы еще более сужают и без того ограниченные возможности лиц с физическими и ментальными проблемами. Это позволяет рассматривать инвалидность как глобальную социальную задачу, которая не может оставаться за пределами научного интереса. Необходима разработка и распространение современной концепции социальной интеграции инвалидов, предполагающей формирование новых социальных норм и институтов, способных обеспечить социально активную и достойную жизнь лицам с физическими и ментальными ограничениями.

Идею социальной интеграции инвалидов на словах поддерживает большинство, однако неоднозначность отношений здоровых и инвалидов в нашем обществе, недостаточность согласия, взаимопонимания и солидаризации интересов людей препятствуют тому, чтобы этот социальный процесс объективно оформился. Это влечет за собой целесообразность изучения инвалидности в категориальном поле социологии медицины на основе интерпретивной познавательной методологии с преимущественным использованием качественных социологических методов исследования.

В современных условиях научная мысль тесно связана с вопросами организации передовой инфраструктуры медико-социальной помощи, с практическими методами социальной поддерж-

ки и образовательными проблемами подготовки специалистов различного профиля для медико-социальной работы. Мы полагаем, что оккупационная терапия (ОТ) — это теоретическое и практическое основание интегрирования в общество людей с ограниченными возможностями. Внедрение теоретических основ ОТ в подготовку медиков, работающих с инвалидами, приведет к смещению мотивационных показателей социального действия профессионалов от крайних позиций партикуляризма и аскриптивности к умеренному универсализму и достиженчеству. Применение ОТ на практике расширит возможности участия медицины и других существующих социальных институтов в социализации инвалидов. Для инвалидов это означает возможность вырваться из рамок специфического маргинализованного социального статуса и расширить возможности выполнения утраченных функций и социальных ролей, а следовательно, повысить активность социального участия в жизни семьи и общества. Для общества в целом — это возможность практически решать вопросы организационного и культурного упорядочивания социальной интеграции, а значит, подняться на более высокую ступень социального развития.

Оккупационная терапия — наука о проблемах человека, она отличается от медицины тем, что рассматривает последствия заболеваний, нарушения функций и анатомические дефекты через призму их влияния на способности, возможности и условия выполнения значимых для индивида повседневных занятий и социальных ролей, что является неотъемлемым условием благополучия и поддержания качества жизни.

Оккупационная деятельность, являясь объектом исследования в оккупационной терапии, определяет фокус практического применения этой науки и придает ей уникальное социальное значение. Оккупационная терапия является новой реабилитационной профессией, направленной на помощь лицам, чья повседневная деятельность страдает вследствие травмы или последствий заболеваний, врожденных или приобретенных физических, психических или эмоциональных нарушений, либо вследствие старческих изменений. Практическая деятельность оккупационных терапевтов направлена на эффективную социализацию, ресоциализацию или медико-социальную реабилитацию лиц, которые по различным причинам не могут осуществлять уход за собой, выполнять повседневные занятия и проводить досуг. Традиционно одной из основных целей практики оккупационной терапии является уменьшение последствий нарушений, ограниче-

ний жизнедеятельности и степени социальной недостаточности лиц с физическими и ментальными проблемами через формирование навыков и условий максимально возможного самообслуживания, продуктивности и проведения доступного досуга (М. С. Bateson, 1989, В. R. Bondar, 1990).

Несмотря на определенные и очевидные попытки развития в нашем обществе условий для активного социального участия инвалидов в жизни, социальная интеграция, декларированная в законодательных и нормативных документах, тормозится на практике. Одним из препятствий на пути эффективной социальной интеграции является сложившийся в обществе аскриптивный и специфический социальный статус инвалидов, фиксирующий позицию их неполноценности. Этот статус, в который общество вытесняет инвалидов, первоначально индуцировал медико-патерналистскую модель отношения к инвалидности и соответствующие подходы к оказанию помощи инвалидам. К настоящему времени эта модель отношения и органочентрическое мышление врачей приобрели устойчивые формы и сегодня уже сами способствуют закреплению за инвалидами социальных ролей постоянно больных, опекаемых, требующих заботы и лечения. Условия жизни инвалидов способствуют десоциализации, а основные медико-социальные программы направлены на лечение, уход и опеку и, в целом, усугубляют зависимость инвалидов от общества, лишая их возможности выбора и реализации ими своих прав. Кроме того, положение усугубляется преобладанием у «здорового» окружения мотивационных показателей социального действия в отношении инвалидов, соответствующих крайним позициям партикуляризма, аскриптивности, специфичности функций и аффективности.

Настоящее время характеризуется движением от медицинского, патологического определения инвалидности к социальной модели, согласно которой инвалидность конструируется обществом и переживается человеком в конкретном физическом и социальном окружении. В противовес стратегиям поддержания статусных границ и воспроизводства социального неравенства развиваются стратегии создания условий и возможностей активного социального участия и достижения социального равенства в отношении лиц с физическими и ментальными проблемами. Эффективность этой стратегической линии может быть достигнута при условии реструктуризации имеющихся и формировании новых институциональных структур, видов профессиональной деятельности, предназначенных для поддержания повседневной де-

ятельности и вторичной социализации инвалидов. В связи с этим формирование единого реабилитационного пространства является сегодня объективной потребностью, требующей решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характера на качественно новом уровне — в рамках медико-социальной работы. Медико-социальную работу определяют как новый вид мультидисциплинарной деятельности медицинского, социального, психолого-педагогического и правового характера, ее целью является достижение максимально возможного уровня здоровья, независимого функционирования и адаптации лиц с физическими и ментальными ограничениями. Работа с таким контингентом одинаково тяжела и малопродуктивна для узких специалистов как учреждений социального обслуживания, так и для медицинских работников, поскольку те и другие неизбежно оказываются перед кругом проблем, выходящих за рамки их профессиональной компетенции, что резко снижает эффективность реабилитационных процессов.

Препятствия на пути оптимизации медико-социальной деятельности, направленной на предупреждение социальной недостаточности, обнаруживаются на мировоззренческом, теоретическом и практическом уровнях. К ним относится доминирование в убеждениях профессионалов медицинского и патологического понимания инвалидности, традиционно-априорный подход при реализации ими своей практической деятельности, а также дефицит соответствующих знаний и необходимых практических приемов для оценки, коррекции и формирования возможностей выполнения инвалидами расширенного набора социальных ролей.

Идеология нового времени переосмысливает концепции взаимодействия между людьми в обществе, вырабатывает новое видение проблем социальной поддержки и благотворительности, создавая предпосылки для достижения максимально возможной независимости лиц с ограниченными возможностями, социально приемлемого и реально возможного сочетания полноценного активного социального участия и заботы о них со стороны государственных и общественных институтов. Осмысление социальной сущности оккупациональной терапии обуславливает рациональное использование основ теории и практики ОТ в подготовке специалистов для работы в учреждениях медико-социального обслуживания, а также обеспечивает разработку тактических приемов, позволяющих решать ряд обозначенных выше проблем. ОТ является инструментарием поиска возможностей и создания условий для развития значимых и удовлетворяющих клиента навы-

ков самообслуживания, продуктивности и проведения досуга. Она направлена на расширение сфер деятельности лиц с физическими и ментальными ограничениями, на овладение инвалидами социального пространства за пределами специфического социального статуса.

В теории ОТ существует ее общая научная картина, складывающаяся на основе синтеза знаний других научных дисциплин. Используя знания смежных дисциплин, ОТ синтезирует их применительно к своему объекту — оккупациональной деятельности индивидов и вырабатывает собственные принципы, тактики и методы коррекции дисфункций в повседневной жизни индивидов. Эффективная оккупациональная деятельность индивидов является одновременно и целью ОТ и средством терапевтического вмешательства. Целесообразные, значимые и удовлетворяющие пациента повседневные занятия, необходимые для выполнения жизненных функций и социальных ролей, выбираются специалистом совместно с пациентом, в качестве средства для коррекции оккупациональных дисфункций. Используя специальные тактические приемы, субъекты действия совместно создают условия и возможности выполнения этих повседневных занятий. Компенсаторные приемы, альтернативные пути выполнения утраченных функций, различные приспособления и преобразование физической и социальной среды, окружающей пациента, позволяют активизировать жизнедеятельность человека с ограниченными возможностями, формировать максимально возможный баланс и независимость инвалидов в самообслуживании, продуктивности и досуге. Превращение индивида из объекта воздействия в субъект деятельности в процессе взаимодействия с оккупациональным терапевтом предполагает наделение его не только правом и возможностями более активного социального функционирования, но и обязанностями и ответственностью за повышение собственными силами качества жизни.

Во многих странах мира ОТ как вид профессиональной деятельности доказала свою адекватность задачам социального развития цивилизованного в отношении инвалидов общества. Россия сегодня впервые сталкивается с теми аспектами развития новых форм абилитации, адаптации и реабилитации, которые проявлялись в западных странах и подвергались там научной рефлексии на протяжении длительного времени. Поэтому зарубежный опыт и изучение деятельности института ОТ, его социологические ресурсы могут оказаться полезными и при становлении отечественной медико-социальной службы. Сам факт наличия или отсутст-

вия в обществе такой профессии, как ОТ, на наш взгляд, определяет, под каким углом зрения воспринимаются индивидами, государством и обществом в целом социальные проблемы, формируются ли ценности гражданского общества. Эта современная профессия и ее инновационная практика связаны с развитием новых социальных норм и ценностей, изменениями физического и социального окружения, реально обеспечивающими позитивные социальные изменения, направленные на активное социальное участие и интеграцию в общество лиц с ограниченными возможностями.

Через подготовку медицинского персонала со знанием основ ОТ и их практическую деятельность, ориентированную на создание условий для эффективной оккупациональной деятельности и выполнения сбалансированных, удовлетворяющих индивидов повседневных функций, можно реально расширить возможности медицины в формировании социальных ролей инвалидов, изменении их социального статуса, а следовательно, и в улучшении качества жизни лиц с ограниченными возможностями. Учитывая масштаб привлечения среднего медицинского персонала к медико-социальной работе, современное содержание сестринской практики и расширение компетенции медицинских сестер в соответствии с концепцией развития сестринского дела в России, использование модели подготовки социальных медицинских сестер на основе теории и практики ОТ является целесообразным и перспективным. Изучение ОТ обеспечивает развитие позитивного отношения к инвалидам, что приводит к становлению новых профессиональных ценностей, убеждений и норм поведения на рабочем месте. Это также влечет за собой следующие возможности: во-первых, понимание дискриминационности выражений, широко еще употребляемых в повседневном лексиконе, профессиональной терминологии, научной и политической экспертизах; во-вторых, смещение мотивационных показателей социального действия медицинского персонала в отношении инвалидности от крайних позиций партикуляризма и аскриптивности к умеренному универсализму и обоснованному достиженчеству. Складывающиеся на этой основе качественно новые взаимодействия специально подготовленного, медицинского персонала с инвалидами, расширяют возможности медицины в формировании социальных ролей инвалидов, участия ее во вторичной социализации и интеграции. Эти взаимообусловленные процессы позволяют расширять границы аскриптивного социального статуса, дают образцы эффективной ресоциализации или вторичной социализации ин-

валидов и влияют на позитивность общественного мнения в отношении инвалидности.

Предложенные в данной работе модели подготовки и практической деятельности социальных медицинских сестер со знанием основ ОТ предполагают комбинацию нового теоретического знания, принятия профессиональных ценностей и новых практических технологий медико-социальной поддержки. Важным представляется формирование когнитивной и поведенческой компетентности будущих специалистов в ситуационно обусловленных или индивидуально-вариативных обстоятельствах конкретных пациентов, а также партнерских отношений с клиентами и другими специалистами многопрофильных реабилитационных служб. Ориентация на эффективную оккупациональную деятельность индивидов совершенствует процесс адаптации лиц с ограниченными возможностями, создает условия для выполнения ими социальных ролей, выходящих за рамки привычного, закрепленного за инвалидами аскриптивного социального статуса, что в перспективе может реально изменить социальное положение инвалидов в обществе.

## **РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ВРАЧА**

**А. Л. КУЗЕВАНОВА**  
*Кафедра истории и культуры*

Проводимая в настоящее время реформа здравоохранения является важной составной частью широкой программы социально-экономических преобразований, происходящих в современной России. Эта реформа ставит перед органами здравоохранения всех уровней, перед всей медицинской общественностью задачу дальнейшего и коренного улучшения качества работы медицинских учреждений.

Конституция РФ (ст. 41), Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и закон «О медицинском страховании граждан в РФ» составляют правовую основу реформы здравоохранения. В этих документах провозглашается создание системы обязательного медицинского страхования, призванного обеспечить гражданам гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, и признается равноправие государственной, муниципаль-

ной и частной систем здравоохранения, благодаря чему частный сектор в медицине получил официальный статус.

Почти десять лет прошло с момента принятия этих законодательных актов. На сегодняшний день можно утверждать, что в стране создана система обязательного медицинского страхования, а подавляющее большинство населения застраховано и получает медицинскую помощь в рамках ОМС. Однако в современной системе здравоохранения существует масса проблем, которые ощущают и медработники, и пациенты. В первую очередь, следует отметить несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения. Особенно остро стоит вопрос о лекарственном обеспечении пациентов. Не секрет, что бюджетные и страховые взносы часто дополняются полуофициальной доплатой из кармана пациентов. Нерешенной остается и главная задача реформы — улучшение качества оказываемой медицинской помощи. Сложно протекают и процессы развития частного сектора в здравоохранении. Его развитие сдерживается низкой платежеспособностью пациентов, а действующая законодательная база не препятствует, но и не стимулирует развитие частного здравоохранения. Ограниченным остается и круг специальностей, вовлеченных в этот сектор медицины. Свою роль сыграли и стереотипы, сложившиеся в обществе: традиционно медицинская услуга не воспринимается как товар, а медицинская деятельность не рассматривается как деятельность по производству и реализации медицинских услуг.

Каким образом реформа повлияла на социально-профессиональный статус врачей? Хорошо известно, что чем многограннее личность врача, чем выше уровень его культуры, чем глубже профессиональные знания, оптимистичнее восприятие жизни, тем сильнее психотерапевтическое воздействие на больного в процессе лечения. Однако, чтобы взаимоотношения между врачом и пациентом перешли на качественно новую основу, позволяющую существенно влиять на эффективность профилактики и лечения, необходимо создать соответствующие условия, совершенствовать механизм стимулирования деятельности врача и самосохранительной поведенческой активности населения. Пока такие условия в полном объеме не созданы. Под воздействием быстро меняющейся социальной действительности, зарождающейся конкуренции в сфере здравоохранения происходит перелом в умах и настроениях медицинских работников, которые все отчетливее осознают необходимость развития у себя умений и навыков работы по-ново-

му, с более высокой степенью организованности и ответственности за качество оказания медицинской помощи и услуг. Начался процесс адаптации личностных возможностей врача к требованиям реформы здравоохранения. Активизируется инновационная активность медицинских работников, ибо внедрение новшеств в диагностику и лечение не только повышает результативность труда, но и дает определенные преимущества при подведении итогов работы, прохождении аттестации, присвоении квалификационной категории. Однако низкие темпы технического переоснащения медицинских учреждений и крайне слабая информационно-методическая обеспеченность негативно сказываются на психологическом настрое врачей, желании прилагать усилия к освоению нового, особенно когда отсутствуют положительные перспективы профессиональной деятельности и пассивна позиция руководителя учреждения.

Качество оказания медицинской помощи находится в прямой зависимости от социально-профессионального статуса врачей, доминирующих у них ценностных ориентаций и трудовой мотивации, степени удовлетворения потребностей.

Основным критерием оценки социального самочувствия и профессионального благополучия может служить удовлетворенность врачей трудом (в том числе его характером, условиями, оплатой, взаимоотношениями в коллективе). Следует иметь в виду, что удовлетворенность — процесс динамичный, находящийся в значительной степени под влиянием социально-экономических, демографических и других факторов. Концентрация внимания на параметре удовлетворенности трудом приобретает все большее социальное значение, так как пристальное изучение этого показателя позволяет отслеживать его основные составляющие на различных этапах реформы здравоохранения и выявлять факторы, воздействие на которые будет способствовать повышению эффективности труда медицинских работников.

На результативности медицинской помощи в ближайшее время неизбежно будут сказываться не оправдавшиеся пока ожидания большей части врачей в коренном улучшении условий работы, повышении адекватности оплаты труда, оптимизации условий для профессиональной самореализации и должностного роста. Как показало социологическое исследование, проведенное автором среди врачей Волгограда и Волжского, свою зарплату низкой считают 41,9% опрошенных, а 37,8% врачей назвали ее очень низкой. Отвечая на вопрос, какие практические проблемы здравоохранения вы считаете наиболее важными, на второе место

по значимости респонденты вынесли такую проблему, как необходимость повышения оплаты труда медработников.

Респондентам предлагалось определить возможности удовлетворения потребностей своей семьи. Ответы распределились следующим образом: 66,2% врачей отметили, что на ежедневные расходы денег хватает, но покупка одежды и товаров длительного пользования затруднительна, 27% опрошенных выбрали вариант «живем от зарплаты до зарплаты, часто приходится занимать», и только 6,8% респондентов ответили, что живут более-менее прилично.

Определенным показателем материального благополучия семьи являются расходы на питание. Чем больше эта сумма, тем ниже уровень жизни семьи, поскольку меньше остается денег на одежду и обувь, предметы обихода, досуг. По результатам анкетирования, у 78,4% респондентов большая часть дохода уходит именно на питание. Низкая заработная плата не позволяет врачам пользоваться услугами предприятий общественного питания: лишь 25,7% опрошенных регулярно посещают кафе, столовые, рестораны. Следует отметить и тот факт, что 24,3% врачей, оценивая качество своего питания, пришли к выводу, что оно оставляет желать лучшего. Плохая обеспеченность врачей личным автотранспортом (менее 1/3) также свидетельствует о низком уровне жизнеобеспечения этой профессиональной категории.

Специфика врачебной профессии и необходимость постоянного профессионального роста предполагают наличие в домашней библиотеке врача журналов по специальности. К сожалению, более половины врачей, участвовавших в опросе, не выписывают специальные издания, мотивируя это финансовыми проблемами.

Заслуживает внимания и тот факт, что 50% респондентов имеют подработку, причем подавляющее большинство врачей указывают в качестве главной причины необходимости подработок стремление улучшить материальное положение семьи.

Профессиональные и психологические нагрузки, связанные с переходом к страховой медицине, достаточно сильно, по мнению врачей, уменьшили возможность сохранять собственное здоровье, что также может иметь негативные последствия для решения проблемы качества медицинской помощи. Потерявшие привычную уверенность в завтрашнем дне и оказавшиеся в состоянии социально-психологического дискомфорта 33,8% врачей, участвовавших в опросе, смотрят в будущее с тревогой и страхом.

Влияние психологического компонента на качество оказания медицинской помощи наиболее ярко проявляется в характере

межличностных отношений в сфере здравоохранения. Интенсивность, направленность и глубина эмоциональных взаимодействий врача и пациента зачастую столь велики, что вызывают широкий спектр ответных реакций, способных существенно повлиять на точность и объем диагностических обследований, эффективность лечения, результативность профилактических мероприятий, поэтому от врача требуются достаточная выдержка и постоянный беспристрастный контроль за взаимоотношениями с пациентами с целью достижения наиболее целесообразного сотрудничества в процессе сохранения и укрепления здоровья населения.

Врачи готовы гарантировать населению не только соответствующую культуру обслуживания, но и достаточно высокий, на их взгляд, уровень профессионализма (45%), а также персональную ответственность за оказание медицинской помощи (72,1%), и все это несмотря на недостаточное внимание общества к проблемам и потребностям медицинских работников, стойко переносящих трудности переходного периода.

Профессиональная деятельность, протекающая под давлением разнообразных стрессовых факторов, дестабилизирует межличностные взаимоотношения врачей как с пациентами, так и с коллегами по работе.

Почти в 18% случаев отмечено возникновение конфликтных ситуаций на фоне увеличения уровня притязаний больных и недоверия к медицинскому персоналу. Более 27% опрошенных врачей не удовлетворены состоянием психологического климата в медицинских учреждениях, так как вынуждены работать в обстановке недоброжелательности, порожденной чаще всего проблемами материального характера.

Немаловажным фактором, оказывающим негативное влияние на профессиональное благополучие врачей, является организация труда. Заслуживает внимания тот факт, что 56,8% участвовавших в опросе не совсем удовлетворены организацией труда, а 17,6% респондентов признали ее неудовлетворительной. Высказывая свое мнение о рабочем месте, 47,3% врачей выбрали вариант ответа «оставляет желать лучшего». Почти 1/3 опрошенных указали, что им приходится часто и регулярно выполнять работу, не входящую в круг их обязанностей. При этом главными причинами такой ситуации были названы нехватка среднего и младшего медперсонала и недостаточная укомплектованность врачами. В связи с такой организацией труда вполне закономерно, на наш взгляд, явились результаты ответов на вопрос, соответствует ли

установленным нормам ваша нагрузка? Половина опрошенных отметили, что есть некоторая перегрузка, а 10,8% назвали перегрузку большой.

Для повышения степени удовлетворенности своим трудом важное значение имеет наличие условий для творческого роста и возможности профессионального самосовершенствования.

Оценивая возможности повышения своего профессионального мастерства, 37,8% опрошенных назвали их лишь средними. На вопрос: «В достаточной ли мере вы информируете о получении материалов по вашей специальности?», 45,9% врачей опять-таки назвали информацию средней. Настораживает тот факт, что 35,1% врачей имеют ограниченные возможности для осуществления новых идей, а 16,2% ответили, что таких возможностей нет.

Неудовлетворенность оплатой труда, не способной обеспечить медицинским работникам достойный уровень жизни, приводит к переоценке основных жизненных ценностей, закрепляет в сознании врачей установку на скорейшее достижение материального благополучия, побуждая одних специалистов к переходу в альтернативные коммерческие структуры, других — к трудовой пассивности и формальному выполнению обязанностей. В настоящее время 35% врачей осознают несоответствие имеющегося уровня оказания медицинской помощи потребностям общества. Почти половина опрошенных сталкивалась с ситуацией, при которой выполнение профессионального долга оказывалось невозможным из-за внешних обстоятельств, что в итоге отрицательно сказывалось на социальном самочувствии специалиста и отношении к престижу профессии. Возникновение подобных ситуаций обусловлено, прежде всего, слабой технической оснащенностью медицинских учреждений и недостатками в организации лекарственного обеспечения. Более 40% опрошенных указали, что назначение лекарственных препаратов поставлено в зависимости от их стоимости.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи проблем качества медицинской помощи и социально-профессионального статуса врачей и необходимости их комплексного решения в целях повышения социальной эффективности реформы здравоохранения. По результатам исследования можно сделать вывод о том, что в целях изменения сложившейся ситуации необходимы действенные меры государственных органов по повышению уровня жизни медицинских работников, по улучшению организации труда врачей и перевода на научную основу, а также меры по созданию необходимых условий

для творческого роста и профессионального самосовершенствования, по укреплению авторитета врачебной профессии в обществе.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКИ**

**Ж. С. МАРТИНСОН**  
*Кафедра иностранных языков*

Вторая половина XX в. привела к серьезным изменениям в развитии научного знания. Развитие тенденций ко все более узкой специализации наук или сужающихся полей исследования внутри классических наук, начавшееся еще в середине XIX в., продолжало углубляться. В то же время все больше проявлялась тенденция развития междисциплинарных исследований, база которых была заложена стремительным ростом и проникновением так называемых интеграционных наук (информатика, статистика и т. д.) не только в различные отрасли науки, но и производства. Параллельно с начавшейся сменой парадигмальных характеристик науки на наших глазах происходит смена цивилизационных параметров человеческого общества, переход от промышленной цивилизации к информационной. Нарастающие темпы изменений, затрагивающие все существенные составляющие общественной структуры, ставят в свою очередь принципиально новые задачи перед научным осмыслением действительности, приводят к появлению новых научных дисциплин.

Закономерным является тот факт, что новые науки появляются, в первую очередь, в наиболее развитых странах с их фундаментальной всеохватывающей научной инфраструктурой, а также в странах с наиболее динамично развивающейся экономикой.

Одной из таких новых наук является социология медицины, наука, соединяющая в себе методы исследований как гуманитарных, социально-экономических, так и естественнонаучных дисциплин.

Эта отрасль оформилась как наука только в 50-х гг. XX в. в США и некоторых европейских странах. Социология медицины выросла из быстро развивающегося направления медицины — социальной эпидемиологии. Уже тогда отмечалось, что социологи, занимающиеся проблемами медицины, в основном являлись эпидемиологами; в то же время теоретической базой социальных

исследований являлось развитие этики здравоохранения, которое, в свою очередь, привело к формированию биоэтики через интеграцию с научной этикой. Изучение причин заболеваний человека стало основой возникновения этих наук. Приблизительно в это же время происходит становление еще одной дисциплины, медицинской социологии, причины возникновения которой аналогичны названным. Правда, если социология медицины выросла на базе социологических наук и эпидемиологии, то медицинская социология в основном базировалась на необходимости для врачей различных специальностей корректировать врачебную помощь с учетом социологических данных и с учетом направления развития общества и изменения структуры заболеваний.

Практически образ жизни человека может напрямую воздействовать на организм или поставить его в такие условия существования, когда заболевание неизбежно. Социологические исследования в этой области создали принципиально иную классификацию болезней, в основу которой легли различные социальные проявления: социальное неравенство, этнические различия, религиозные традиции, сексуальные особенности и т. д. В основе этой классификации лежала попытка показать взаимосвязь социальной ситуации с развитием тех или иных заболеваний. Социология медицины в результате развивается по двум основным направлениям, где первое — это статистические исследования, выявляющие взаимосвязь между болезнью и демографическими факторами. Ясности о механизме внутренних взаимосвязей нет и на сегодняшний день. Некоторые попытки выявить эту внутреннюю взаимосвязь предпринимались в плане построения социальной теории уровня продолжительности жизни и смертности. Эта работа привела к углублению социально-демографических исследований, которые, в свою очередь, привели к некоторым практически значимым положительным результатам. В наиболее полном виде эти достижения проявились в конце XX в. в исследованиях таких ученых, как Каплан, Грэхем, Ридер, Кокерхем. Но уже в этот начальный период многие исследователи (например, Фрейдсон) отмечали такие существенные недостатки этого подхода, как узость методологической базы и преобладание чисто медицинских ценностей.

Вторым направлением развития этой науки в 50-х и 60-х гг. стало исследование социальных отношений больной—общество, врач—пациент, где основополагающим понятием стала предложенная Т. Парсонсом роль больного. Для Парсонса больной — это человек, признающий, что неспособен самостоятельно попра-



виться, но обязан это сделать и вынужден обращаться за помощью к профессионалам; а врач — это беспристрастный, как правило, беззаветно преданный своей профессии ученый. Болезнь Парсонс рассматривал как форму социального отклонения, а медицину — как социальный механизм, восстанавливающий социальное равновесие. Теория Парсонса предложила новаторский, систематический взгляд на болезнь и определила развитие социологии медицины в 50-е и 60-е гг. Так, Д. Меканик разработал теорию поведения относительно болезни, где рассматривались социокультурные составляющие феномена болезни. Социологи медицины того периода (например, Сондерс, Зухман, Зборовски) при изучении поведения пациентов и медиков выделяли социокультурные различия; показывая, что люди с различными социокультурными характеристиками по-разному воспринимают симптомы болезни, приписывают ей разные причины и по-разному ведут себя при обращении за медицинской помощью. Упоминания заслуживает и И. М. Розеншток, исследовавший, насколько поведение заболевшего человека определяется социокультурными факторами.

Таким образом, социальные эпидемиологи ставили перед собой задачу изменить поведение людей, обуславливающее их заболеваемость, путем ведения более правильного, здорового образа жизни. В то время как другие ученые, подчеркивавшие социальную и психологическую детерминированность поведения больных, стремились изменить взгляды людей в сторону более «правильного» использования медицинских услуг.

Однако как представители первого направления, так и второго не занимались систематизированно проблемами организации системы здравоохранения, которая, во-первых, делала медицину недоступной для ряда социальных групп, во-вторых, эти проблемы были в большей степени прерогативой практических работников в области организации здравоохранения, чем научных разработок. В 70-е гг., когда на первый план вышел вопрос доступности здравоохранения, социологов обвинили в том, что, увлекшись социокультурными детерминантами, они оставили в стороне финансовые барьеры и вопросы организации здравоохранения. Однако и в 70-е гг. оставалось мнение, что при реформировании системы здравоохранения необходимо принимать в расчет то, как люди определяют собственную болезнь и реагируют на нее.

Ранний период развития социологии медицины характеризуется описательностью, что неудивительно для молодой науки. Ее теоретическая база отличалась консерватизмом, позитивистским

взглядом на болезнь и общество. Большинство ученых проводили исследования, направленные на то, чтобы помочь врачам добиться от пациента полного послушания, и никому не приходило в голову критически взглянуть на саму медицину и ее представителей. Однако в конце 60-х годов появились работы в совершенно новом ключе. Такие исследователи, как Зола, Страус и Фрейдсон, первыми рассматривали различия и противоречия между профессиональным (медицинским) и непрофессиональным (с точки зрения больного) мировоззрением и то, каким образом эти противоречия реализуются в медицинских учреждениях.

По сути, Фрейдсон вышел на новое направление — критическую социологию медицины, которая утверждала, что пациент и поставщик медицинских услуг имеют непримиримо различные взгляды, обусловленные их социальным положением. Таким образом, темой исследования для многих ученых (Круг, Филд, Кастелер) стало установление противоречий между интересами пациентов и медиков. Работа Фрейдсона рассматривала эту профессию всего лишь как одну из многих, что позволило социологии медицины в дальнейшем уйти от моралистского, нормативного подхода, характерного для более раннего периода.

В 70-е гг. внимание ученых обратилось к больнице как площадке для исследований, что отражало организационные изменения в здравоохранении, когда больницы пришли на смену частной врачебной практике. Вначале темой исследований была внутренняя структура больницы, ее цели как учреждения, структура власти внутри медицинских учреждений, стратификация персонала, направления взаимосвязей и модели межличностного поведения. Здесь можно назвать такие имена, как Госс, Перроу, Коузер, Симан и Эванс, Бейтс и Уайт, Берковиц, Беннис. Задаваясь вопросом, каким образом структура больницы влияет на лечение пациента и его личные переживания, многие исследователи приходили к выводу, что эффективность медицинской помощи зависит, в первую очередь, от знаний и умений персонала, а не от формальной организации и социального контекста (Саймон, 1959). Подобный взгляд, однако, не выходил за рамки единичного учреждения и не рассматривал проблемы в более широком социальном контексте; это произошло позднее, с начала 80-х гг.

В 70-е гг., изучая, как общество потребляет медицинские услуги, исследователи отошли от социокультурных объяснений и говорили уже о финансовых барьерах и ограничениях, накладываемых самой системой здравоохранения. Теория финансовых

барьеров утверждает, что неимущие не могут себе позволить заплатить за необходимые медицинские услуги (Мей, Монтерио, Розеншток, Уон и Сойфер). Другие исследователи изучали характеристики медицинских учреждений, к которым имели доступ неимущие классы, и находили, что эти учреждения по природе своей не поощряют бедных пациентов прибегать к их помощи (Даттон, Уон и Грей).

В конце 70-х гг. появилось так называемое целостное направление. М. Голд считал, что в обществе, где присутствует неравенство в доходах и образовании, цель сделать медицину равно доступной для всех недостижима. Такой подход во многом совпадал с марксистским анализом ситуации, который рассматривал здоровье и здравоохранение в контексте социальных отношений. Эти взгляды не получили должного развития, но они стали важным направлением социологии медицины.

Несмотря на системный и целостный подход, используемый исследователями в 70-е и 80-е гг., если судить по публикациям в крупных социологических журналах, в социологии медицины отсутствовал последовательный анализ того, насколько политическое устройство, экономика и идеология общества влияют на политику в области здравоохранения, развитие медицинских учреждений и показатели здоровья населения. Большинство исследователей изучали эту взаимосвязь при помощи многомерного регрессивного метода. Теоретическая и социологическая база этих исследований была недостаточно определенной, и ученые приходили к непоследовательным, противоречивым выводам. В этой ситуации интерес многих социологов медицины привлекло изучение поведения потребителей медицинских услуг. Судя по публикациям в *Journal of Health and Social Behavior*, это направление стало в 70-е гг. наиболее популярным. Р. Андерсен предложил теорию, получившую повсеместное признание, которая рассматривала потребление медицинских услуг как функцию трех групп факторов: предрасполагающих факторов, разрешающих и необходимых потребностей. К первой группе относятся демографические показатели и система взглядов на здоровье, ко второй — доступность финансовых, страховых и медицинских ресурсов, к третьей — состояние здоровья на данный момент. Многие последующие работы оценивали относительную важность этих факторов при помощи многомерного регрессивного анализа. Такие ученые, как Берки, Ашкрафт, Кроненфелд, Сортелл, Тесслер, считали, что к переменным, влияющим на потребление медицинских услуг, относятся затраты, источники оплаты, уровень психологического

дискомфорта. Подобная модель, однако, не смогла дать удовлетворительного объяснения всех факторов действительности в исследуемой области. Критикуя это направление, Д. Меканик доказывал, что факторы, определяющие поведение пациента, — это часть динамического процесса, включающего реакцию на среду и обратную связь с ней; что поведение не поддается описанию с помощью методов статистического анализа. Попытка построить модель поведения потребителя медицинских услуг показывает, как, претендуя на строго научный метод, многие социологи медицины, злоупотребляя многомерным анализом, не смогли разработать теоретическую базу своей науки, которая бы объединила характеристики медицинских учреждений и индивидуальные действия пациентов и медиков.

Таким образом, научные интересы социологов медицины от социально-психологических факторов перешли на уровень анализа организаций: от микроуровня социальных отношений к более крупным социальным системам. Социология медицины представляет собой альтернативу медицинским взглядам, которые упрощенно, линейно трактуют болезнь и здоровье, концентрируясь только на биофизиологических явлениях. Социология медицины изучает медицину в социальном контексте, с критических позиций. Таковы, по нашему мнению, положительные итоги развития социологии медицины за последние полвека. Социология медицины, однако, остается сильно разветвленной, узко специализированной наукой, представители которой необоснованно считают, что им достаточно собирать данные о состоянии здоровья и строить многомерные модели. Многие работы лишены теоретической базы и не затрагивают глубоких социологических проблем, в результате чего объекты исследования (индивид и учреждение) рассматриваются как изолированные явления. Общее впечатление таково, что социология медицины не смогла пока в достаточной степени разработать основы для конструктивных изменений системы здравоохранения США, хотя определенные успехи в плане развития страховых параметров здравоохранения, изменения микроклимата как внутри медицинских коллективов, так и в отношениях с потребителями медицинских услуг, в развитии различных типов медицинских учреждений налицо.

В современной России развитие социологии медицины начинается только с середины 90-х гг., благодаря энтузиазму небольшой группы (в первую очередь В. И. Решетникова) как ученых-медиков, так и представителей различных гуманитарных дисциплин. Изучение опыта западных исследований, как нам представ-

ляется, является насущной необходимостью. Развитие социологии медицины в нашей стране имеет особую актуальность в связи с разрушением принципов советского здравоохранения, конфликтом конституционных принципов и реальной жизни, постоянным сокращением средней продолжительности жизни населения, ухудшением качества жизни россиян, плохо и неэффективно работающей системой медицинского страхования. На сегодняшний день нам представляется совершенно необходимым развитие как социологии медицины, так и медицинской социологии. При этом на первоначальном этапе в условиях нашей страны вряд ли обоснованным было бы разделение этих двух наук, которое привело бы к распылению и без того немногочисленной группы специалистов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Kaplan H.* Health, Disease, and the Social Structure // Handbook of Medical Sociology / ed. H. E. Freeman and S. Levine. 3rd ed., 46—68.
- Graham S.* Reeder I. G. Social Epidemiology of Chronic Diseases // Handbook of Medical Sociology / ed. H. E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder. 71—96. 3rd ed., Englewood Cliffs, N. Y.: Prentice-Hall, Inc., 1979.
- Reeder, L. G.* The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship. Journal of Health and Social Behavior 13 (1972). 406—412.
- Cockerham W. C.* Medical Sociology. 3rd ed., Englewood Cliffs, N. Y.: Prentice-Hall, Inc., 1986.
- Freidson E.* Profession of Medicine: A Study in the Sociology of Applied Knowledge. N-Y: Harper & Row, 1970a.
- Parsons T.* The Social System. N-Y: The Free Press, 1950.
- Mechanic D.* The Concept of Illness Behavior // Journal of Chronic Diseases. 15 (1962). 189—194.
- Saunders L.* Cultural Differences and Medical Care. N-Y: Russell Sage Foundation, 1954.
- Suchman E. A.* Sociomedical Variation among Ethnic Groups // American Journal of Sociology. 70 (1964). 319—331.
- Zborowski M.* Cultural Components in Responses to Pain // The Journal of Social Issues. 8 (4 1952). 16—30.
- Rosenstock I. M.* Why People Use Health Services. Milbank Memorial Fund Quarterly. 44 (1966). 94.
- Zola I. K.* Culture and Symptoms: An Analysis of Patients Presenting Complaints // American Sociological Review. 31 (1966). 615—630.
- Strauss A. L.* Medical Organization, Medical Care, and Lower-Income Groups. Social Science and Medicine. 3 (1969). 143—177.
- Freidson E.* Patients' Views of Medical Practice: A Study of Subscribers to a Prepaid Medical Plan in The Bronx. N-Y: Russell Sage, 1961.
- Field M. G.* The Doctor-Patient Relationship in the Perspective of «Fee-for-Service» and «Third-Party» Medicine // Journal of Health and Human Behavior 2 (1961): 252—262.

*Kasteler J., Kane R. L., Donna M.* Olsen, Constance Thetford. Issues Underlying Prevalence of «Doctor-Shopping» Behavior // Journal of Health and Social Behavior. 17 (1976). 328—338.

*Goss M. E. W.* Organizational Goals and the Quality of Medical Care // Journal of Health and Social Behavior. 11 (1970). 255—268.

*Bates, F. L., White R. F.* Differential Perceptions of Authority in Hospitals // Journal of Health and Human Behavior. 2 (1961). 262—267.

*Berkowitz N. H., Bennis W. G.* Interaction Patterns in Formal Service-oriented Organization // Administrative Science Quarterly. 6. 1961. 25—50.

*Monterio L. A.* Expense Is No Object ... Income and Physician Visits Reconsidered // Journal of Health and Social Behavior. 14 (1973). 99—115.

*Rosenstock I. M.* Prevention of Illness and Maintenance of Health // Poverty and Health: A Sociological Analysis / Ed. J. Kosa, I. K. Zola. Cambridge, MA.: Harvard University Press, 1975.

*Wan T. T. H., Soifer S. J.* Determinants of Physician Utilization: A Causal Analysis // Journal of Health and Social Behavior. 15. 1974. 100—108.

*Dutton D. B.* Explaining the Low Use of Health Service by the Poor: Costs, Attitudes, or Delivery System // American Sociological Review. 43 (1978). 348—368.

*Wan T. T. H., Gray L. C.* Differential Access to Preventive Services for Young Children in Low-Income Urban Areas // Journal of Health and Social Behavior. 19 (1978). 314—324.

*Gold M.* A Crisis of Identity: The Case of Medical Sociology // Journal of Health and Social Behavior. 18. 1977.

*Andersen R.* Behavioral Model of Families' Use of Health Service. Chicago: Center for Health Administration Studies, 1968.

*Kronenfeld J. J.* Provider Variables and the Utilization of Ambulatory Care Services // Journal of Health and Social Behavior. 19 (1978). 68—76.

*Tessler R., Mechanic D., Dimond M.* The Effect of Psychological Distress on Physician Utilization: A Prospective Study // Journal of Health and Social Behavior. 17 (1976). 353—364.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. ПРОБЛЕМА РАННЕЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ МОЛОДЕЖИ

Н. С. ПОНОМАРЕВА

Кафедра нормальной физиологии

Подростковый период жизни составляет переходный этап между детством с его полной зависимостью от старших и взрослым возрастом с его способностью к самостоятельной жизни. Подростковый возраст называют еще пубертатным периодом, так как он охватывает процесс полового созревания от его первых признаков до полного завершения [4]. Пубертатный период носит

крайне сложный, интегральный характер, определяясь как гормональной, так и коренной перестройкой психической сферы. Именно психика в подростковом периоде наиболее ранима. Это определяется переходным характером ее развития, а именно тем, что подросток внутренне уже не удовлетворяется пассивной ролью опекаемого ребенка, а внешнее окружение отрицает его право на принятие ответственных ролей взрослого, постоянно давая ему почувствовать как его социальную незрелость, так и экономическую зависимость. Все это обнажает и заостряет слабые стороны личности подростка, делая ее особенно уязвимой и податливой неблагоприятным влияниям среды [1].

В конце 50—60-х гг. XX в. в большинстве развитых стран врачам, социальным работникам и ученым пришлось особое внимание уделить психопатологии подросткового возраста в связи с ростом девиантного поведения подростков в ходе молодежных революций 60-х гг. По развитым капиталистическим странам прокатилась молодежная «контркультура», противопоставляющая себя миру взрослых и сопровождающаяся взрывным ростом подростковой наркомании. Во многих странах стали массовым явлением среди подростков: табакокурение, ранняя алкоголизация, побеги из дома, бродяжничество. Обострились проблемы ранней сексуальности, суицидального поведения, агрессивности и жестокости в подростковом возрасте. Что же послужило причиной перечисленных феноменов?

Обратившись к истории человечества, можно увидеть, что в эпоху застоя практически не было акцента на поведении подростков — они относительно легко включались в стабильную, регламентированную общественную жизнь. Но в периоды бурного развития, ломки привычного образа жизни этот процесс осуществлялся гораздо труднее — наступали времена, когда подрастающее поколение становилось социальной проблемой.

Середина XX в. явилась эпохой информационной революции, скачкообразно возросшего темпа жизни, ломки традиционных психологических стереотипов, а также развития широких международных коммуникаций. В связи с этим общество стало предъявлять к подрастающему поколению более высокие требования как в отношении профессиональной подготовки, так и процесса социальной адаптации в целом. Одновременно в развитых странах наблюдаются изменения в семейных отношениях. Сексуальная революция 60-х гг., материальная независимость женщин привели к увеличению числа гражданских браков, к стремительному росту числа разводов, которые стали восприниматься как обычная жи-

тейская проблема. Семья перестает быть ячейкой общества, ее место занимает отдельно взятая человеческая личность. Здесь нельзя не коснуться такой важной социально-гигиенической проблемы, как акселерация. Под акселерацией понимают ускорение роста и развития детей и подростков, а также абсолютное увеличение размеров тела взрослых.

Феномен акселерации проявляется в том, что по среднестатистическим показателям современные дети уже к моменту рождения имеют большую массу, раньше происходит «перекрещивание» величин окружности головы и груди, наблюдается более раннее прорезывание молочных и постоянных зубов, к концу ростового периода достигаются большие размеры тела при более ранней стабилизации роста и отмечается более раннее половое созревание. В подростковом возрасте наблюдается резкое повышение активности центрального звена эндокринной системы — гипоталамуса. Это приводит к резкой смене характера взаимодействия подкорковых структур и коры больших полушарий. В частности, наблюдается снижение всех форм внутреннего торможения; процессы возбуждения преобладают над процессами торможения. Снижается контроль коры над эмоциональными реакциями и основными психическими процессами (памятью, восприятием, вниманием). У подростков отмечается неустойчивость эмоциональных состояний; возникают признаки психической неуравновешенности, проявляющейся в конечном итоге личностными акцентуациями (склонность к негативным аффективным состояниям). Одновременно в данном возрасте стабилизируются черты характера, основные формы межличностного поведения, главными мотивационными линиями становятся самопознание, самовыражение, самоутверждение. Таким образом, ускорение физического развития непропорционально сочетается с детскими интересами и мотивами, незрелостью представлений. Возникает диспропорция между физическим и психическим развитием, а также социальным статусом.

Как правило, в период полового созревания поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода жизни реакциями эмансипации, группирования со сверстниками и формирующимся сексуальным влечением [4]. Реакция эмансипации проявляется стремлением освободиться из-под опеки, контроля, покровительства со стороны родных, родителей, воспитателей, учителей; от установленных ими порядков, правил, законов; от всего, что взрослыми уважается и ценится. В том случае, когда реакция эмансипации консолидируется с реакцией группи-

рования со сверстниками, поведение становится выражено анти-социальным. Это связано с тем, что значительную часть подростков привлекает именно то, что прежде не позволялось (появляется желание «вкусить запретные ранее плоды»). Однако главным побудительным мотивом и способствующим аддиктивному поведению фактором является не сама жажда новой информации, а влияние асоциальных компаний, где ею обмениваются. В этих компаниях и происходит приобщение к табакокурению, алкоголю и другим дурманящим веществам.

Говоря о табакокурении, следует отметить, что в настоящее время процесс становления курильщика начинается уже в детском возрасте. Первые попытки начать курить совершаются, как правило, тайком от взрослых, причем подавляющая часть детей и подростков начинает экспериментировать с курением в возрасте 8—13 лет [6]. Мотивами употребления табакокурения являются протест (бунтарство против установок родителей или общества), простое любопытство, а также стремление к отождествлению себя с определенной группой, удовлетворению потребности в самощенке; необходимость чувствовать себя более взрослым и современным человеком, стремление быть принятым в среде курящих друзей, боязнь отчуждения и неодобрения со стороны сверстников.

Табак является наиболее дешевым, доступным, а главное легальным наркотическим веществом. Тяжелые последствия его применения проявляются по прошествии более или менее длительного времени, что создает иллюзию безвредности. Вследствие увеличения числа выкуриваемых сигарет наблюдаются нарушения регуляции сосудистого тонуса и ряд других отклонений от нормального функционирования организма детей и подростков. Отметим, что в процессе привыкания к курению наблюдается нарастание тяжести изменений в организме курильщиков. Степень тяжести зависит от количества и качества выкуриваемых сигарет, длительности курения, его интенсивности, частоты затяжек, индивидуальных особенностей курильщика [5]. Именно в подростковом возрасте, когда идет формирование организма подростка, курение наносит огромный вред его здоровью. При неустойчивой нервной системе, еще не сформировавшихся жизненных позициях подросток под влиянием табакокурения и алкоголя становится более восприимчивым к воздействию примеров негативного поведения.

Как правило, курение среди подростков очень часто сочетается с употреблением алкогольных напитков. Важно учитывать возраст

первого приобщения к алкоголю, так как чем раньше произошло знакомство с алкоголем, тем выше риск, что к периоду юности подросток перешагнет «традиционную» форму употребления алкогольных напитков. Проведенные исследования показывают, что мальчики в четыре раза чаще пробуют спиртное в раннем возрасте, чем девочки. Процесс приобщения к алкоголю у девочек протекает медленнее.

Поводы первого приобщения к алкоголю очень разнообразны. Можно проследить поэтапное развитие мотивов употребления алкоголя в зависимости от возраста. До 11 лет первое знакомство с алкоголем происходит либо случайно, либо из любопытства, либо когда родители «лечат вином» ребенка (чаще всего этот мотив присущ мальчикам). В более старшем возрасте мотивами первого употребления алкоголя становятся традиционные поводы: «праздники», «семейное торжество», «дни рождения», «гости». С 14—15 лет появляются такие поводы, как «не отстать от друзей», «друзья уговорили», «за компанию», «для храбрости» [2]. Следует отметить, что мальчикам свойственны все эти группы мотивов первого знакомства с алкоголем. Для девочек же типична в основном вторая, «традиционная» группа мотивов. Таким образом, инициатива первого употребления алкоголя детьми чаще всего принадлежит родителям и ближайшим родственникам. В некоторых западных странах в сознании родителей доминирует идея о том, что привычка к хорошему вину является гарантией против алкоголизма (культурное винопитие). В России такой опыт воспитания не приемлем в связи с высоким уровнем алкоголизации взрослых и доступности алкогольных напитков для детей.

По мере взросления изменяются и мотивы употребления алкоголя. Если у мальчиков вначале основными мотивами являются желание казаться взрослее, быть сильным и храбрым, то при формировании подростковых групп появляются такие мотивы, как «на праздник», «с друзьями», «за компанию», а у части подростков «просто так с друзьями», «от нечего делать». У девочек единственно значимым поводом употребления алкоголя за период отрочества является употребление на праздники, семейные торжества. Плохое настроение служит чрезвычайно редким поводом для употребления алкоголя среди подростков. Практически никогда подростки не употребляют алкогольные напитки в одиночестве.

Алкоголь в современных условиях остается наиболее распространенным и излюбленным способом эйфоризации. В небольших дозах алкоголь повышает настроение, облегчает контакт с другими людьми, помогает преодолевать комплексы, что делает

его еще более привлекательным для подростка. На начальных стадиях опьянения наблюдается, прежде всего, возбуждающее влияние алкоголя, эйфория, повышение агрессивности и снижение половой сдержанности, что является ведущим фактором, провоцирующим раннюю сексуальность подростков.

В пубертатном периоде на фоне общей ранимости психики особой уязвимостью отличается сексуальная сфера подростка. В этом возрасте, как правило, происходит выбор объекта полового влечения с его индивидуальными особенностями, а именно половой принадлежностью, типом внешности, телосложением. В это же время происходит эволюция либидо от романтической стадии к эротической, а затем сексуальной. Причем каждая стадия имеет сходные этапы формирования: сначала вырабатывается установка (появление желания, проигрывание в фантазиях), а затем происходит ее закрепление в процессе контактов с лицами противоположного пола. В подростковом возрасте построение эталонного образа партнера свойственно как юношам, так и девушкам. И хотя образ идеального партнера первоначально направлен на внешние признаки и является совокупностью эротически значимых качеств, его формирование завершается появлением влюбленности в объект, похожий по нескольким признакам на образец идеала [1]. Для подростков-юношей характерно интенсивное влечение к противоположному полу. Нередко в юношеском возрасте переживают две-три влюбленности; при этом собственные переживания важнее, чем объект привязанности. Кроме того, часто наблюдаются переживания, свойственные только подростковому возрасту, — комплекс «гадкого утенка». Содержание этих переживаний включает недовольство пропорциями своего тела, недоразвитием мышц, формой носа и так далее. У подростков-девушек физиологические проявления пубертатного периода и последствия сексуальной активности часто ассоциируются с негативными эмоциональными переживаниями, что тормозит переход эротической стадии в сексуальную.

В пубертатном периоде подросток строго придерживается групповых стандартов в манере держаться, в прическе, одежде, и малейшее отклонение от них обостряет его чувство несостоятельности. Подростки, выбирая объект влюбленности, учитывают групповое мнение сверстников, так как популярность избранника повышает его собственный престиж. Большинство подростков-юношей наряду с выраженной влюбленностью к своей избраннице не исключают эротические контакты с менее привлекательной, но доступной девушкой.

Отметим, что в настоящее время во всем мире наблюдается значительное снижение возраста начала половой жизни [7]. В подростковой среде сексуальные отношения до брака стали нормой. Значительная часть подростков лояльно относится к случайному сексу и сексуальным отношениям помимо постоянного партнерства. Таким образом, указанные данные свидетельствуют о приемлемости либеральных сексуальных связей среди значительной группы подростков, а также приоритетности табакокурения и алкоголя среди них.

Факторы риска табакокурения, алкоголя и ранней сексуальности весьма многочисленны и разнообразны. Первой социальной средой для ребенка является его семья. Так как семья способствует усвоению ребенком основных правил и норм поведения, то несостоятельность и неблагополучие семьи обязательно отразится на становлении его личности. Следовательно, не случайно подростки, употребляющие табак и алкоголь, а также имеющие ранние половые связи, как правило, живут именно в таких семьях. Большинство детей впервые узнают о курении, вида, как курят их родители, и подражают им.

Употребление алкоголя родителями также оказывает чрезвычайно большое влияние на ребенка. Существующие в семье «питательные традиции» также становятся объектом наблюдения и подражания. Злоупотребление алкоголем родителями приводит, как правило, к хроническим конфликтам в семье, безнадзорности детей, снижению материальной обеспеченности семьи. Более половины подростков, часто употребляющих алкогольные напитки, табак, а также имеющих ранние сексуальные связи, были лишены внимания и контроля со стороны родителей. Конфликтные взаимоотношения между членами семьи, атмосфера постоянного психологического дискомфорта «выталкивает» подростков на улицу под влияние компании сверстников. Таким образом, семьи подростков, в которых часто употребляют алкоголь, в большинстве случаев оказываются не в состоянии выполнить свою прямую задачу — всесторонне воспитать детей.

Проведение свободного времени в компании друзей типично для подросткового возраста. Как правило, подростковые группы образуются стихийно, при этом подростков объединяет общность интересов, увлечений, единство взглядов. Подростки образуют замкнутые возрастные группировки, психологически изолированные от взрослых, главным образом, потому, что их очень волнуют вопросы, которые ни с кем, кроме сверстников, они не могут обсудить открыто. У детей этого возраста имеется много

специфических интересов, удовлетворить которые они в состоянии в основном только в непосредственном общении друг с другом, так как, по их мнению, для взрослых их дела могут оказаться неинтересными и не заслуживающими внимания. Среди этих вопросов и интересов немало таких, которые имеют большое значение для личностного развития детей данного возраста. Через общение со сверстниками подростки усваивают жизненные цели и ценности, нравственные идеалы, нормы и формы поведения, которые зачастую деформированы и далеки от истинных. Общение в этом возрасте является важнейшей школой самовоспитания, которому подростки уделяют большое внимание. При этом если подростковая группа не объединена какой-либо полезной деятельностью, а является объединением скучающих бездельников, то такая группа в значительной степени подвержена неблагоприятным влияниям и, как правило, именно она становится благодатной почвой для проявления асоциального поведения. В этом случае компания друзей служит для детей и подростков тем социальным коллективом, где и происходит его дальнейшее приобщение к табакокурению и алкоголю, что впоследствии провоцирует раннюю сексуальность. В условиях криминализации современного российского общества эти группы подростков нередко берутся под контроль криминальными группировками.

Многие подростки закуривают первую сигарету под влиянием своих сверстников. Давление сверстников постоянно подтверждается как фактор, предрасполагающий к курению. Отказ от курения может означать для подростка потерю друзей, которые курят, а следовательно, и отчуждение от остальных членов группы, превращение в объект насмешек. Важно знать, что подавляющая часть подростков независимо от своего опыта употребления алкоголя (полученного в родительском доме) чаще всего продолжает употреблять алкоголь в результате асоциального давления со стороны друзей.

Как правило, у детей и подростков, употребляющих табак и алкогольные напитки, наблюдается отсутствие стремления к получению знаний, незаинтересованность в продолжении обучения, частые пропуски занятий [2]. Появившееся «лишнее время» и большая часть подростков «группы риска» проводит примитивно и бесцельно: гуляют по улицам в компании сверстников, посещают кафе, бары, увлекаются азартными играми. Немаловажной причиной употребления подростками табака и алкоголя является отсутствие достоверных знаний о вредном их воздействии на растущий организм подростка. Большое влияние на развитие лич-

ности детей и подростков оказывают средства массовой информации, которые пропагандируют цели и ценности жизни, образцы поведения. Интересоваться газетами и журналами, предназначенными для взрослых, дети обычно начинают с подросткового возраста. Если данный процесс взрослыми не контролируется, то в результате у детей не формируется избирательность в чтении, без которой трудно ориентироваться в огромном потоке информации. Важно не ограничивать обращение подростка к современным источникам массовой информации и культуры, а способствовать формированию определенного вкуса, социальной позиции и культуры, включая эстетическую.

«Молодое поколение — это надежда и будущее всей нации. Правильное развитие и воспитание детей — залог для роста и развития всей страны». Эти слова одного из основоположников научной педиатрии Н. П. Гундобина, сказанные в конце XIX в., звучат актуально и сегодня. Наблюдающийся рост алкоголизма, табакокурения, наркомании, токсикомании в детском возрасте, беспризорности, правонарушений несовершеннолетних, жестокости подростков и даже малолетних детей в своей среде, фактов аборт и беременности несовершеннолетних, юного материнства, детско-подростковой проституции и других явлений современного кризиса, влияющих на состояние здоровья и развитие подрастающего поколения, требуют экстренного внимания общества.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т.* Сексопатология: Справочник. / Под ред. Г. С. Васильченко М.: Медицина, 1990. 628 с.
2. *Копыт Н. Я., Скворцова Е. С.* Алкоголь и подростки. М.: Медицина, 1985. 85 с.
3. *Личко А. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология: Руководство. Л.: Медицина, 1991. 410 с.
4. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей). Л.: Медицина, 1985. 562 с.
5. *Легальные и нелегальные наркотики: Российско-германское учебное пособие* в 2 ч. / Под ред. В. А. Ананьева. Ч. 2. СПб: ИМАТОН, 1996. 56 с.
6. *Вартанян Ф. Е., Ген Цин Жу, Рожецкая С. В.* Курение и здоровье населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2002. № 3. С. 32—34.
7. *Денисенко М. Б., Далла Зуанна Ж.-П.* Сексуальное поведение российской молодежи // Социология молодежи. 2001. № 2. С. 83—87.
8. *Сухарев А. Г.* Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария. 2000. № 3. С. 43—44.
9. *Чичерин Л. П., Коновалов О. Е., Бузик О. Ж.* Актуальные проблемы оказания медико-психологической помощи детям // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 1. С. 29—33.

## **ПРОБЛЕМЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ**

**Е. Ю. ВЕРЕСКУН**

*Кафедра истории и культурологии*

Проблемы социализации сегодня в России стоят особенно остро, так как мы можем говорить о девиации самого общества, в котором не только и не столько законодательство (хотя и оно тоже), сколько мораль, нравственная и духовная жизнь все в большей степени оказываются в плену одной страсти — наживы. Весь уклад жизни страны направлен не на стремление создавать своим трудом что бы то ни было, а стремление присвоить произведенное, созданное другими, что самым естественным образом привело страну к социальному расслоению, росту криминала, коррумпированности, алкоголизму, наркомании. Своеобразная девиантная социализация затронула и затрагивает практически все слои общества, но в первую очередь тех, кто любит считать себя «элитой».

В любом обществе существуют социальные нормы (писаные и неписаные), по которым это общество живет. Отклонение или несоблюдение этих норм является социальным отклонением или девиацией. В России за последние 10—12 лет нормальные социальные нормы, пожалуй, дольше других сохранялись в собственно социальных сферах: образовании и здравоохранении, т. е. в сферах с самым низким в стране жизненным уровнем. В последние годы эти сферы испытывают негативное воздействие общества в целом. Это и провальное медицинское страхование, которое не обеспечивает как элементарных потребностей здравоохранения, так и не дает пациенту права выбора врача. Развитие частных лечебных учреждений не сняло напряжения в этой области, более того нередко их практика наносит вред здоровью пациента. Развитие платных услуг в муниципальных и федеральных лечебных учреждениях позволило лишь отчасти обеспечить выживание лечебно-профилактических учреждений, но сделало многие виды медицинского обслуживания недоступным большинству населения страны. Начинаясь по примеру промышленности приватизация ЛПУ совершенно очевидно приведет к тем же итогам. Девиантность, воспринимаемая как социальная норма в социальных сферах, особенно опасна, так как она ведет к росту эпидемий, безграмотности, низкому уровню профессионализма во всех сфе-

рах, а значит, и к неизбежности техногенных катастроф, свидетелями нарастания которых мы сегодня являемся.

Девиантное поведение, понимаемое как нарушение социальных норм, приобрело в последние годы массовый характер и ставит эту проблему в центр внимания социологов, медиков, работников правоохранительных органов. Размытость нынешних внедряемых свыше современными реформаторами норм, их неубедительность делает проблему определения девиации чрезвычайно сложной.

Крах СССР и упадок России привел страну к тому, что были потеряны существовавшие ранее жизненный уклад и привычная система ценностей, разрушены одни нормы и не созданы даже на уровне теории другие. Произошло разрушение привычного, стабильного, хотя и застойного строя и вторжение нового и неопределенного будущего. Его признаки налицо: расслоение общества на богатых и бедных (особенно бросается в глаза низкий, подчас нищенский уровень большей части населения, и в первую очередь молодежи), а также, как это ни парадоксально для XXI века, увеличился разрыв между грамотными и «неграмотными»; продолжают расти инфляция и коррупция. Своеобразная атипичная рыночная экономика напоминает базар, на котором все продается и покупается, торговля рабочей силой и телом является рядовым событием. Попытки имитации, навязанные масс-медиа, образца страны-лидера — США, заимствуя все — от экономического устройства до свободы как образа жизни — вызвали «вседозволенность» поведения и разрушение понимаемых привычных для нас представлений. Сейчас уже можно говорить о том, что Россия находится в состоянии «шока», результатами которого явились рост алкоголизма и наркомании (в том числе как бегство от напряжений повседневного мира), увлечение психотропными препаратами, бродяжничество, распространение «продажной любви», взрыв насилия и правонарушений (по принципу: «нажива добывается любым путем»), распад семей и конфликт поколений.

В этой ситуации естественно, что самой незащищенной и восприимчивой к нынешним изменениям в обществе оказалась молодежь. Средства массовой информации и бульварная литература пропагандируют презрение к ценности человеческой жизни, склонность к применению насилия, стремление к получению сексуального или наркотического наслаждения, а также необязательность и недолговечность в межличностных отношениях дружбы и любви.



Неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье, которая также переживает кризис в рамках системного кризиса общества, ведет к росту психических и соматических отклонений у молодежи. Наряду с навязываемым презрением к любому производительному труду («работают лохи»), это ведет к проблемам в овладении знаниями и нежеланию овладеть какой-либо профессией, к неумению строить взаимоотношения с окружающими и возникающим на этой основе конфликтам, которые нередко становятся как причинами уголовных преступлений, так и самоубийств.

У большинства молодых людей нет или очень слабо развито чувство ответственности за свою жизнь. Кроме того, они не умеют и не хотят решать свои проблемы, поэтому и прибегают к различным формам отклонения в поведении, чтобы спрятаться от всего, что их напрягает в жизни: от родительских нотаций, невыученных уроков, конфликтов со сверстниками. В принципе, это те же самые кризисные ситуации, в которые попадает любой взрослый человек, но последний знает, как себя спасти, у него есть своя система мер выхода из кризиса, помощь друзей и родственников, хотя с проблемами, связанными с системным кризисом в стране, справляются далеко не все. Молодые люди таким опытом еще не обладают. Они еще не знакомы с утешительной философией взрослых: все проблемы рано или поздно решаются, время лечит любые раны, смысл жизни заключается прежде всего в том, чтобы жить. Именно в этом возрасте происходит определение своего места в жизни и активное становление перспективного плана, формирование установки на сознательное построение собственной жизни, постепенное вхождение в ее различные области и включение в разнообразные практические сферы жизнедеятельности.

Молодежь в возрасте от 16 до 20 лет — это в основном школьники старших классов и студенты средних специальных или высших учебных заведений, которые являются группой, в большой мере подверженной влиянию окружающей неблагоприятной макро- и микросреды.

Социальный статус большинства современной молодежи 16—17 лет соответствует по физическому и половому развитию 19—20-летним в 20—30-х гг. (Личко А. Е., 1977). Акселерированная нынешняя молодежь представляет собой группу повышенного риска, т. к., во-первых, сказываются внутренние трудности переходного возраста, начиная с психогормональных процессов и кончая перестройкой Я-концепции; во-вторых, превалирует погра-

ничность и неопределенность социального положения юношества; в-третьих, мешают противоречия, обусловленные перестройкой механизмов социального контроля, когда детские формы контроля, основанные на соблюдении внешних норм и послушания взрослым, уже не действуют, а взрослые способы, предполагающие сознательную дисциплину и самоконтроль, еще не сложились или не окрепли.

До 18—19 лет у большинства молодых людей ограничены возможности самостоятельного заработка денег; среднее и высшее образование теперь завершается на 1—2 года позже; регламентируемые взрослыми отношения отстают у акселераторов от уровня их физического развития. Поведение некоторых из них характеризуется инфантильностью. Эта диспропорция, отмеченная еще И. И. Мечниковым (1903) как характерная для развития цивилизации, ставит сложные проблемы перед молодежью, родителями и воспитателями.

Родители нередко оберегают своего ребенка от реалий современной жизни вплоть до совершеннолетия, а часто даже до того момента, когда он получает профессию и вступает в самостоятельную жизнь. Защищенный надежной родительской опекой, молодой человек зачастую перекладывает на них все свои проблемы и заботы. Они же, в свою очередь, пытаются дать ему хорошее образование (в том числе и на коммерческой основе), накормить, одеть, обеспечить летний отдых и т. д., т. е. берут на себя удовлетворение всех потребностей повзрослевшего ребенка, в то же время сводя его обязанности перед семьей к минимуму. Сам же молодой человек нередко занимает свой досуг суррогатом развлечений: алкоголь, табак, наркотики, добрачные половые отношения. Следствием такого поведения зачастую бывает либо венерическое заболевание, либо незапланированная беременность, а может, даже и пристрастие к наркотикам, в результате чего родители «спонсируют» лечение от заболевания (или аборт) или же сажают себе на шею еще одного иждивенца, ожидая при этом прибавления в семействе.

Раннее вступление молодежи в самостоятельную жизнь способствует снижению подобной инфантильности. Молодой человек, занятый делом, особенно любимым, не будет соблазнен вредными привычками, не прельстится «дешевой» уличной компанией. Он будет нести ответственность за свою жизнь и семью наравне с родителями.

С другой стороны, начало подработок в подростковом возрасте (15—16 лет) зачастую связано с тем, что занятие, приносящее

деньги, найдено неофициальным путем и нередко связано с нарушениями не только моральных, но и законодательных норм.

Экономическое неблагополучие большинства наших соотечественников осложняет ситуацию тем, что основным уделом взрослых в настоящее время стало зарабатывание денег, которых средней российской семье катастрофически не хватает. Подавляющее большинство родителей работает более восьми часов и зачастую в двух-трех местах. Кроме того, выявлено, что мать (жена), которая, по мысли ряда специалистов, должна играть роль психолога, налаживающего внутрисемейные отношения, смягчающего микроклимат семьи, нередко является единственным работником в семье и в последние годы все хуже выполняет эту важнейшую функцию, что также оказывает разрушающее воздействие в отношении полноценного воспитания детей. Нередко это приводит к тому, что в семьях отсутствует взаимное уважение и доверие, эмоциональность и теплота.

Если же родители проживают в гражданском браке, построенном обычно на экономической нищете и жилищных проблемах, которые люди в нашей стране решить не могут, ни о каком гармоничном развитии личности молодого гражданина не может быть и речи. Сожительство такого рода, чаще всего, бывает недолговечным, основанным не на взаимной помощи и поддержке, а на совпадении каких-либо отдельных интересов. Нередко таким «притягивающим» моментом бывает совместное распитие спиртных напитков. Достаточно и одного родителя, употребляющего алкоголь, чтобы привести семью к обнищанию, разрушению ее устоев (если таковые были), отчуждению родственников и старых друзей. Результаты действия «тандема» родителей-алкоголиков мы наблюдаем в наших детских домах, потребность в которых все время растет.

У молодежи, как правило, нет страха перед смертью, наркотиками, алкоголем, СПИДом и др. Феномен созревающего сознания в том, что молодой человек любопытен и бесстрашен. Именно с этим связано все большее распространение половой распущенности, детской проституции, извращений. В стране среди молодежи растет число алкоголиков, наркоманов. На общем фоне роста различных форм девиантного поведения имеет место тенденция «омолаживания» преступности. По данным С. Л. Сибирякова, в последние годы среди несовершеннолетних правонарушителей увеличилась доля школьников, в связи с этим возрастает вероятность рецидивов: двое из трех подростков после возвращения из мест заключения, как правило, вскоре вновь преступают закон.

За последние 5 лет, по сводкам УВД Волгоградской области, число преступлений, связанных с наркотиками, выросло более чем в 2,5 раза.

Медицинская статистика показывает, что за период с 1987 по 1997 г. подростковая смертность вследствие употребления наркотиков увеличилась в 42 раза! По Волгоградской области число больных, состоящих на учете, за десять лет увеличилось в 9 раз, а среди подростков и молодежи — в 20 раз.

Чрезвычайно возросло количество «инъекционных» наркоманов, что ведет к повышению риска инфицирования ВИЧ-инфекцией. По данным СПИД-центра, за последние 2,5 года количество ВИЧ-инфицированных лиц составило почти 2500 человек, что в 10 раз превышает аналогичный показатель за предыдущие 13 лет. Более половины из них — парентеральные наркоманы. Большая выявляемость ВИЧ-инфицированных наблюдается также среди больных венерическими заболеваниями.

Мы провели серию социологических исследований с целью выяснения характеристик девиантного поведения среди молодежи, избравшей своей будущей профессией медсестринскую деятельность. Исследования были проведены среди студентов первых двух курсов волгоградского медицинского колледжа № 1 на основе сплошной выборки — 762 человека. В качестве контрольной группы мы обследовали школьников выпускных классов Дзержинского, Краснооктябрьского и Центрального районов школ Волгограда — 750 человек.

Анализ проведенного нами социологического исследования среди молодежи 16—20 лет показывает, что их отношение к различным формам девиаций неоднозначно. Считают нормальным табакокурение — 16,2 % школьников и 9,4 % студентов медицинских колледжей, употребление алкоголя соответственно 18,7 и 4,2%; употребление наркотиков или токсинов — 4,8 и 1,1%. По мнению опрошенных, 10,4% родителей не осуждают детей за употребление спиртных напитков, 17,8% — за курение, 2,1 % — употребление наркотиков и токсинов.

Никогда не пробовали спиртные напитки всего 19,6% школьников и 17,8 % опрошенных студентов (из них 15,7% девушек и 26,3% юношей). (Неужели мальчики меньше пьют?) Достаточно часто спиртные напитки употребляют соответственно 72 и 67,3%, а принимают их 1—2 раза в неделю 5 и 4,2%. Никогда не курили 31 и 35,7%. Самый частый указанный возраст начала курения — 14—15 лет (31,5%).

На вопрос о том, есть ли знакомые, употребляющие наркотические вещества, положительно ответили 7,4 % школьников и 5,2% студентов и только 70,5 % твердо ответили «нет». Из опрошенных пробовали наркотики 4,8 % школьников и 3,1 % будущих медиков (из них девушек — 1,3 %, юношей — 10,5 %), по причине любопытства — 2,1 % (юноши), за компанию — 1,3 % (девушки). Опросы показали практически одинаковые позиции по данному параметру в школах и колледже. Осознают вред, наносимый наркотиками, 89 и 94,7% опрошенных. Затруднились с ответом 12% выпускников школ и 2,1% студенток (девушки). По приведенным данным, фактически каждый десятый из всех опрошенных рискует стать хроническим алкоголиком или наркоманом.

Таким образом, проведенные исследования показывают неблагоприятное положение не только в средних школах, но и среди той категории молодежи, которая решила посвятить себя медицине, то есть профессии, в которой наличие девиантных привычек недопустимо с точки зрения профессиональной этики и особенно опасно в социальном плане. В данной статье у нас нет возможности остановиться подробнее на этом аспекте, отметим только общее падение этических требований к профессии медицинских работников всех уровней. Сегодня ни у кого не вызывает возмущения не только курение медицинских работников, но и алкоголизм, проявляющийся, в том числе, и на рабочем месте.

В основе же всех отклонений поведения молодых людей лежит неразвитость социально-культурных потребностей, бедность духовного мира, отчуждение. Молодежная девиация есть слепок с социальных отношений в обществе. Разрешая конфликтные ситуации, кто-то забывается с бутылкой, кто-то — в наркотическом сне, а кто послабее — сводит счеты с жизнью.

Осознание неизбежности отклонений в поведении части молодежи не исключает необходимости постоянной борьбы общества с различными формами социальной патологии. Для этого необходимо использовать всю совокупность средств и методов воздействия общества на нежелательные (отклоняющиеся) формы поведения с целью предотвращения их появления.

В Волгограде существует ряд организаций и социальных служб, занимающихся проблемами девиаций в молодежной среде.

Преподаватели медицинского колледжа № 1 принимают участие в подготовке волонтеров, выступающих за здоровый образ жизни. Выходя в школы, средние специальные учебные заведения с беседами, игровыми методиками по профилактике наркомании, курения, алкоголизма, СПИДа, венерических болезней, мы таким

образом вносим посильный вклад в борьбу с медицинскими аспектами девиантных форм поведения. В то же время мы прекрасно понимаем недостаточность наших усилий, нужны серьезные не только законодательные, федеральные и местные программы, нужна четкая перспектива развития общества в целом, изменение морально-нравственного климата в стране.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Сибиряков С. Л.* Предупреждение девиантного поведения молодежи. Волгоград: ВЮИ МВД России, 1998. С. 156.
- Навроцкий А. Л., Панкратов В. Г.* Профилактика венерических заболеваний среди молодежи. Минск: Изд-во Университэцкае, 1997. С. 96.
- Некоторые аспекты наркомании и токсикомании среди молодежи и подростков.* Информационный бюллетень № 7 / Комитет по делам молодежи Администрации Волгоградской области; Волгоградский институт молодежной политики и социальной работы. 1997. С. 49.
- Кондрашенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков. Минск: Беларусь, 1988. С. 207.
- Проблемы профилактики СПИДа, наркомании и алкоголизма: Сб. информационно-методических материалов / Волгоградский областной центр медицинской профилактики.* 2000. С. 56.
- Березина Е. А.* Поколение Маугли. // Московский комсомолец. 1999. 31 мая. С. 3.
- Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985. С. 416.
- Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей. Л.: Медицина, 1986. С. 336.
- Сибиряков С. Л.* Допреступные и криминальные отклонения в поведении подростков: «Бермудский треугольник» XXI века. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2001. С. 174.
- Целуйко В. М.* Современная семья: социально-психологические и этические проблемы. Волгоград: ГУУ ВИМПСР, 2001. С. 236.
- Скворцов Е. С.* Подростки и психоактивные вещества // Медицинская помощь. 2002. № 1. С. 9.

## КОММУНИКАТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СИТУАЦИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ

**В. В. ЖУРА**

*Кафедра иностранных языков*

В современной лингвистике речевую деятельность принято рассматривать как результат взаимодействия различных ипостасей осуществляющего ее индивида, таких как *Я* физическое, *Я* интеллектуальное, *Я* социальное, *Я* психологическое, *Я* речемыслительное [1]. В частности, в социолингвистических исследованиях

речь, производимую *homo loquens*, изучают в рамках социального контекста. Такой подход является, по нашему мнению, закономерным, так как вербальная коммуникация является одной из разновидностей социального интерактивного поведения индивидов, наряду с невербальной, реализуемой при помощи мимики, движений рук и тела, определенного положения собеседников в пространстве, направления их взглядов и т. п.

Изучение социальной обусловленности речевой деятельности коммуникантов представляет интерес, прежде всего, в двух аспектах. С одной стороны, речь индивида, соотносимая с определенным типом коммуникативного поведения, позволяет установить место данного индивида в рассматриваемом социуме, то есть его положение в социальной иерархии. С другой, коммуникативная деятельность индивида определяется и регулируется канонами той социокультурной общности (или даже той социальной группы), к которой он принадлежит. Изучение социального контекста осуществления речевой деятельности важно также для адекватной оценки ее результатов, а именно того, насколько полно реализованы цели, преследуемые в ходе вербальной коммуникации.

Лингвистов давно интересует вопрос о том, какие факторы приводят к **коммуникативному успеху** или, наоборот, к **провалу**. Одна из попыток разработать принципы коммуникативного сотрудничества привела к появлению «принципов кооперации» Г. Грайса. Эти **принципы** представляют собой стратегии речевого поведения, которые нацелены на достижение **коммуникативного успеха**, а именно:

1. Твое высказывание должно содержать не меньше информации, чем требуется; твое высказывание не должно содержать больше информации, чем требуется.

2. Старайся, чтобы твое высказывание было истинным.

3. Не отклоняйся от темы.

4. Выражайся ясно [2].

При подобном подходе к проблеме определения принципов коммуникативного сотрудничества в центре внимания оказывается лишь содержательный аспект коммуникации. При этом описанные выше стратегии устанавливают нормы идеального речевого поведения в идеальной коммуникативной ситуации.

В настоящее время при определении успешности коммуникативного поведения субъекта речевой деятельности во внимание принимают не только содержательный аспект коммуникации, но и прочие условия ее осуществления. Наряду с изучением норм, регулирующих количество того, что может быть сказано (продол-

жительность звучания речи), и содержание того, о чем говорится (информативность сообщения), особое значение придается и принципам, ограничивающим число коммуникантов, одновременно произносящих речевые отрезки во время разговора, а также количество коммуникативных помех (перерывов в разговоре вследствие того, что говорящий переключается на другие виды деятельности или на общение с другими людьми) [3, с. 117—118].

Таким образом, содержание коммуникации во многом определяется условиями ее осуществления, так как коммуникативная ситуация представляет собой многомерное образование. В ней принято выделять следующие компоненты: 1) говорящий (адресант); 2) слушающий (адресат); 3) отношения между говорящим и слушающим; 4) тональность общения (официальная — нейтральная — дружеская); 5) цель; 6) средство общения (язык или его подсистема — диалект, стиль, а также параязыковые средства — жесты, мимика); 7) способ общения (устный / письменный, контактный / дистантный); 8) место общения [4, с. 61].

Майкл Хэллидей выделяет следующие параметры коммуникации: **поле**, которое включает цель и предмет коммуникативной деятельности; **режим/способ**, то есть способ, при помощи которого осуществляется коммуникация (устная/письменная коммуникация), и **тональность**, устанавливающая характер отношений между коммуникантами [5].

Мы полагаем, что успешность коммуникативного взаимодействия, то есть реализация целей, преследуемых в ходе вербальной коммуникации, в значительной мере определяется характером отношений между ее участниками, а значит, и тональностью общения. Тональность общения зависит, на наш взгляд, от положения партнеров по коммуникации в социальной иерархии, то есть от того, каково их соотносительное положение по социальному статусу. При этом, вступая в коммуникацию, «говорящие не только отчетливо ощущают различия между официальным, нейтральным и дружеским (фамильярным) общением, но и заранее знают, какая тональность соответствует тем или иным коммуникативным ситуациям» [4, с. 64]. Таким образом, тональность общения, определяемая также целями и характером вербальной коммуникации, может быть заданной *a priori* константой.

Характер коммуникативного взаимодействия и тональность общения могут быть описаны, на наш взгляд, при помощи широко используемой западными лингвистами теории **силы и солидарности**. **Сила** и **солидарность** — это стратегии речевого поведения, которые детерминированы экстралингвистическими фак-

торами коммуникативной ситуации. Первая стратегия **сила** (*power*) применяется в ситуациях статусного неравенства коммуникантом, чей социальный статус значительно выше, чем статус его партнера по общению. Подобная линия речевого поведения отражается и на характере структурирования речевых отрезков (мена коммуникативных ролей), и на выборе обоими коммуникантами речевых актов определенного рода, и на модальности транслируемых сообщений. Ярким примером различия участников коммуникации по социальному статусу являются ситуации общения начальника с подчиненным, родителя с ребенком, учителя с учеником, врача с пациентом. Зачастую именно в таких ситуациях находит свое вербальное выражение «демонстрация силы».

**Солидарность** (*solidarity*), в понимании Р. А. Хадсона, зависит от социальной дистанции между участниками общения, а именно от того, насколько они схожи по своим социальным характеристикам (религии, половому признаку, возрасту, расе, роду занятий, интересам и т. п.), насколько они готовы к душевным, откровенным разговорам [3, с. 122]. Эта стратегия речевого поведения используется, как правило, коммуникантами с одинаковым социальным статусом, а также прочими схожими социальными и личностно-психологическими параметрами.

Таким образом, можно считать **силу** и **солидарность** стратегиями коммуникативного взаимодействия или сотрудничества, как вербального, так и невербального.

Изучение социальных контекстов осуществления вербального взаимодействия свидетельствует о том, что не существует однозначной корреляции между статусом коммуникантов и применением ими определенных стратегий демонстрации **силы** или **солидарности**. Например, проявление **силы** в речи говорящего может наблюдаться и в тех случаях, когда он обладает одинаковым статусом со слушающим. И наоборот, демонстрация **солидарности** может стать целью говорящего, который стоит гораздо выше на социальной лестнице, чем слушающий. Сказанное свидетельствует о том, что линия речевого поведения, то есть **тональность** коммуникативного акта, может быть задана *a priori*, в связи с тем, что участники коммуникации занимают определенную нишу в социокультурном пространстве. Тем не менее цели, преследуемые коммуникантами, могут накладывать отпечаток на «тональность» и видоизменять ее. В таких случаях выбор стратегии речевого поведения, определяющей характер вербальной интеракции, будет зависеть не от социального, а коммуникативного статуса ее участников.

Рассмотрим подобное речевое поведение, представленное во фрагменте из романа Р. Уоррена «Вся королевская рать». В приведенном ниже эпизоде один из персонажей романа Вилли Старк, баллотирующийся на выборах на один из крупных политических постов, выступая перед собравшимися бедняками, посредством своей речи пытается «слиться с толпой». Данная прагматическая цель достигается одновременно на трех уровнях: **когнитивном** — путем выражения пресуппозиции следующего типа: все политики преследуют свои цели и хотят добиться выгоды только для себя; **лингвистическом** (вербальном) — путем имитации речи своих избирателей (разговорная лексика, грубые выражения, нарушения грамматики); **эмоциональном** — путем использования эмоционально окрашенной лексики и синтаксиса (повторы, параллельные конструкции, незаконченные предложения):

*But Solomon might have added just one little item. He might have just made hid list complete, and added, that the politician never stops saying. Gimme!\* If they had politicians back in those days, they said, Gimme, just like all of us politicians do. Gimme, gimme, my name's Jimmie. But I'm not a politician today. I'm taking the day off. I'm not even going to ask you to vote for me. To tell the God's unvarnished and unbuckled truth, I don't have to ask you. Not today. I still got quite a little hitch up there in the big house with the white columns two stories high on the front porch and peach ice cream for breakfast. Not that a passel of those statesmen wouldn't like to throw me out. You know- ...it's funny how I just can't make friends with some folks. No matter how hard I try. I been just as polite. I said, Please. But please didn't do any good. But it looks they got to put up with me a spell longer. And you have. Before you get shet of me. So you better just grin and bear it. It's not any worse'n boils. Now, is it?" [6].*

Таким образом, в реальной коммуникации можно говорить о том, что статусные и прочие отношения ее участников наряду с другими важнейшими аспектами коммуникативной ситуации (целями, местом и др.) могут приводить к использованию ими различных стратегий коммуникативного взаимодействия (**сила**, **солидарность**). В ряде случаев можно говорить о комбинировании различных приемов и тактик коммуникативного поведения в рамках стратегии, которая будет именоваться нами как стратегия **переключения кода** (примером подобного коммуникативного по-

\* Gimme-give me.

ведения служит поведение В. Старка в приведенном выше примере из романа Р. Уоррена «Вся королевская рать»\*.

Изучение описанных выше стратегий коммуникативного взаимодействия приобретает особую актуальность при осуществлении коммуникации в социально неоднородной среде. Социологи отмечают, что при этом происходит «своеобразное взаимное приспособление участников коммуникативной ситуации», что находит отражение в наборе используемых коммуникантами языковых средств, в применении соответствующих данной ситуации правил их использования и тактик речевого общения, а также привлечении невербальных компонентов общения таких, как жесты, мимика, телодвижения [4, с. 155—156].

Предлагается различать коммуникацию со *своим* и с *чужим*, в зависимости от места, занимаемого партнерами по общению в социальной и возрастной иерархии. При этом «при общении с *чужим* происходит селекция языковых средств — путем переключения на стилистически более официальный регистр, самоограничений языкового репертуара». Примером подобного речевого поведения служит общение врача с рабочим, при котором последний избегает ненормативной лексики, характерной для его речевого поведения в своей социальной среде, а также отказывается от использования индивидуальных черт (слова и выражения, которые человек любит употреблять в общении с *домашними*) — стратегия *переключения кода* [4, с. 155—156].

Интересным представляется также коммуникативная роль врача в подобном диалоге. Речевое поведение врача может конструироваться, по нашему мнению, на основе двух описанных ранее стратегий коммуникативного взаимодействия, а именно стратегии *силы* и стратегии *солидарности* в зависимости от актуальных значений перечисленных выше параметров коммуникативной ситуации.

Рассмотрим, какие лингвистические маркеры получает использование данных стратегий в ситуациях профессионального общения врача и пациента. Наиболее ярко, на наш взгляд, это проявляется на лексическом уровне. В разговоре с пациентом врач использует профессиональную терминологию для презентации картины течения заболевания. Тем не менее, используя непонятные пациенту медицинские термины, врач зачастую нарушает принципы простоты и информативности сообщения, что

\* В работах Blom & Gumper, 1971; Denison, 1971; Parkin, 1977 «переключение кода» обозначало использование говорящим различных разновидностей языка в зависимости от ситуации.

осуществляется намеренно с целью: 1) демонстрации собственной компетентности и самоидентификации с той социальной группой, к которой он принадлежит; 2) уменьшения негативного эффекта, оказываемого на пациента сообщением о диагнозе/характере его заболевания. Подобная самоидентификация может, на наш взгляд, рассматриваться как проявление стратегии *силы*, так как использование не вполне понятной пациенту лексики увеличивает социальную и интерактивную дистанцию между врачом и больным, одновременно повышая коммуникативный статус первого (вследствие его обладания более высокой лингвистической и экзистенциальной компетенцией).

С другой стороны, на лексическом уровне можно обнаружить и маркеры стратегии *солидарности*. Примером тому может служить использование личных местоимений, в частности, инклюзивное использование местоимения *мы*, как, например, в следующем диалоге:

*We're going to put a little needle in your back. We'll inject some fluid in, put you onto the table there and take some X-ray pictures. These will help us to know exactly where the trouble is.*

Подобное использование местоимения *we* (мы) позволяет врачу сократить «интерактивную дистанцию» между ним и пациентом, сделав последнего активным участником происходящих событий.

Одним из наиболее заметных проявлений коммуникативного взаимодействия является мена коммуникативных ролей (*turn-taking*). Известно, что в большинстве случаев в ходе вербального общения коммуниканты попеременно выступают то в роли говорящего, то в роли слушающего. Таким образом, коммуникацию можно представить в виде последовательности речевых отрезков, произносимых различными говорящими. То, каким образом осуществляется мена коммуникативных ролей (в какой последовательности, насколько регулярно, каким образом говорящий сигнализирует о передаче своей коммуникативной роли и т. п.), также может свидетельствовать об использовании коммуникантами таких стратегий, как *сила* и *солидарность*. Анализ ситуаций профессионального общения врача и пациента показал, что в сфере мены коммуникативных ролей коммуникативным лидером является врач. На это указывает и большая продолжительность создаваемых им речевых отрезков, и большая самостоятельность/активность при передаче коммуникативной роли (большее количество вопросительных предложений, сигнализирующих о переуступке роли говорящего), и большая настойчивость при получении роли говорящего (перебивание, «вклинивание» в реплики

пациента). Все эти лингвистические маркеры также свидетельствуют об широко распространенном использовании стратегии **силы**.

Итак, профессиональная коммуникация, в которой участвуют врач и пациент, представляет собой общение в социально неоднородной среде, что и определяет особые стратегии коммуникативного взаимодействия. В рамках подобной коммуникации можно выделить три основные стратегии: стратегию силы, стратегию **солидарности** и стратегию **переключения кода**. Коммуникативная роль врача реализуется на основании применения первой или второй стратегий либо их комбинирования в зависимости от различных параметров коммуникативной ситуации. Определение/установление корреляций между актуальными значениями параметров коммуникативной ситуации и особенностями речевого поведения ее участников (стратегиями коммуникативного взаимодействия) и станет целью нашего дальнейшего исследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Тарасова И. П.* Структура смысла и структура личности коммуниканта // Вопросы языкознания. 1992. № 4. С. 103—105.
2. *Грайс Г. П.* Логика и речевое общение // Новое в зарубежной лингвистике, Вып. 16. М., 1985. С. 222—223.
3. *Hudson R. A.* Sociolinguistics / Cambridge University Press. Cambridge, 1991. P. 117—118, 122.
4. *Беликов В. И., Крысин Л. П.* Социолингвистика: Учебник для вузов. М.: Рос. гос. гуманитар. ун-т, 2001. С. 61, 64, 155—156.
5. *Halliday M.* Language as Social Semiotic. London: Arnold, 1978. P. 33.
6. *Warren R. P.* All the King's Men. M.: Progress Publishers, 1979. P. 29.

## ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ОРТОДОКСОВ К ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**С. И. НОВИКОВ, Н. Н. СЕДОВА, Л. В. ТКАЧЕНКО, С. В. ЛЕВКИН**  
*Волгоградский государственный медицинский университет  
Больница медотдела ГУВД Волгограда*

В настоящее время весьма актуальной для повышения качества жизни и уровня медицинской помощи населению является проблема использования методов традиционной медицины. Заинтересованность в этих методах проявляют как врачи, так и паци-

енты. Причин такого интереса можно назвать, по крайней мере, три. Первая — повышение стоимости лечения в системе ортодоксальной медицины, особенно повышение стоимости лекарств. Вторая — несовершенство лекарственного рынка, который зачастую предлагает малоэффективные препараты, обилие которых ставит пациента в тупик. Третья — противоречия реформы здравоохранения, которые отражаются на пациентах снижением качества медицинского обслуживания. Это причины, которые имеют непосредственное отношение к развитию медицины как социального института.

Есть, однако, в отношении к традиционной медицине интеракционистский компонент, представленный немедицинскими смыслами: 1) особенности психологического восприятия методов традиционной медицины (элемент мистики, консерватизм); 2) ценностное отношение к ней как национально определенному культурному комплексу; 3) дифференцированное отношение, обусловленное персонифицированным ролевым набором. Все эти отношения, главным образом, и определяют статус традиционной медицины в обществе. Поэтому споры о том, нужна она или нет, ограничивать ее применение или нет, преследовать социальных субъектов традиционной медицины или просто контролировать их деятельность — все эти споры могут вестись только на основе того допущения, что существует устойчивая социальная потребность населения в услугах традиционной медицины.

Однако экспликация социального контекста ее существования ставит другой вопрос: в какой степени врач зависит от потребностей пациентов в оказании услуг традиционной медицины? Может ли он корректировать эти потребности? Существуют ли среди пациентов группы с «акцентуацией на традиционную медицину»?

В конечном счете, проблема состоит в том, как медицинскими методами корректировать социальный интерес к традиционной медицине таким образом, чтобы снизить число возможных рисков. Однако решение этой проблемы в общетеоретическом плане малоэффективно. Дело в том, что в ней, как и в ортодоксальной медицине, очень высока степень индивидуализации, поэтому рассматривать особенности социального заказа на услуги традиционной медицины можно только для конкретных сфер медицинской деятельности и для конкретных групп населения.

Особый интерес в связи с этим представляет та область медицины, которая сама «задает» строго определенный контингент пациентов. Мы имеем в виду акушерство и гинекологию. С другой

стороны, именно этот контингент, как показывают исследования, проявляет наибольшую вариативность в выборе методов и средств лечения. И наконец, здоровье женщины всегда было, есть и будет центральной проблемой любой национальной системы здравоохранения, поскольку от ее решения зависит, будет ли данная нация существовать.

Следовательно, социальные установки на услуги традиционной медицины в акушерско-гинекологической практике должны стать предметом пристального внимания и исследования на междисциплинарном уровне.

Нами проведено проспективное анкетирование врачей акушеров-гинекологов, работающих в условиях женских консультаций и гинекологических стационаров Волгограда на предмет их отношения к проблемам традиционной медицины. В опросе приняли участие 37 человек. Средний возраст респондентов был равен  $48,1 \pm 2,1$  лет. Врачей поликлинической службы из них было 68% (25), врачей стационара 32% (12). Врачи имели стаж работы: до 5 лет — 9 (24%) человек, 6—10 — 7 (19%), 11—20 лет — 6 (16%), 21—40 лет — 10 (27%), свыше 40 лет — 5 (14%). Имели высшую квалификационную категорию 6 (16%), первую — 18 (49%), вторую — 8 (21%), 5 (14%) — не имели никакой категории. На вопрос: «Как вы относитесь к методам традиционной медицины?» — все без исключения ответили, что верят в нее. В своей практике традиционные методы применяют 18 (49%) человек. Такой процент связан с тем, что врачи понятие «традиционные методы» отождествляют с единственной фитотерапией, хотя она и входит в их перечень. Сами доктора лечились традиционными методами в 41%, и при этом все отмечали эффективность лечения. Но не рекомендуют своим пациентам использовать традиционные методики лишь 8% (3), это в основном врачи-гинекологи стационара. Тем не менее они не утверждают, что методы традиционной медицины «мешают» в оздоровлении пациенток, а относят себя к категории респондентов, которые отметили, что эти методы «не мешают», и их число составило 24% (9). С тем, что традиционные методы «помогают» в лечении больных, согласны 76% (28). С утверждением, что «будущее медицины в интеграции ортодоксальной и традиционной», согласны 95% (37) и лишь 5% (2) видят приоритет в будущем ортодоксальной медицины.

На вопрос о том, что мешает врачам-ортодоксам шире применять методы традиционной медицины, 75% указали на недостаток знаний, 19% выразили опасение, что применение этих методов не будет одобрено руководством здравоохранения, 6% во-

обще не хотят применять данные методы. Более категорично настроены против применения традиционных методов оперирующие гинекологи.

Таким образом, в методы традиционной медицины верят все ортодоксальные медики. Половина из опрошенных рекомендуют их в своей лечебной практике. Большинство из них сами испытывали их эффективное действие на себе. Более категорично настроены против применения традиционных методов врачи-гинекологи (хирурги) стационара. Подавляющее большинство врачей считает, что эти методы только помогают в профессиональной деятельности, и видят будущее врачебной науки в симбиозе традиционной и ортодоксальной медицины.

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ О ПРАВОСОЗНАНИИ ВРАЧЕЙ, ПАЦИЕНТОВ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Т. В. ОВСЯННИКОВА**  
*Научная библиотека ВолГМУ*

Право, в объективном смысле, есть система юридических норм, выраженных в нормативных актах (законах).

Выступая как важное и необходимое орудие государственного управления, как форма реализации политики государства, право одновременно является важным показателем положения личности в обществе и государстве. Права, свободы и обязанности человека и гражданина, составляющие правовой статус личности, — важная составная часть права, весьма существенная для оценки развитости и демократичности данной правовой системы. С наличием права в обществе неразрывно связана особая форма общественного сознания — правосознание.

Правосознание, согласно трактовке Юридического энциклопедического словаря, — совокупность взглядов, идей, выражающих отношение людей, социальных групп классов к праву, законности, правосудию, их представление о том, что является правомерным или неправомерным. Правосознание включает знание действующего права, его основных принципов и требований. Существенное влияние на правосознание оказывают другие формы общественного сознания, прежде всего политическое сознание и мораль, а также общественная психология, исторические tradi-



ции, сложившийся образ жизни и т. д. Наличествующая в данном обществе правовая система в свою очередь выступает в качестве одного из важнейших факторов, воздействующих на правосознание. Наконец, функционирование права, его применение и соблюдение зависят от уровня правосознания [1].

В данном тексте речь пойдет только о специфической стороне правосознания: о степени информированности в вопросах права медицинских работников, пациентов и студентов-медиков. Это актуально в связи с усилением правовой регламентации медицинской деятельности, вызванной рядом причин. Основными из них являются: а) интенсивный прогресс ряда направлений медицинской науки и смена приоритетов в вопросах регламентации оказания медицинской помощи населению; б) признанное в международном масштабе право человека на получение медицинской помощи (право на здоровье); в) расширение практики установленных законом и неправомерных форм взимания оплаты за медицинские услуги и, как следствие этого, эрозия нравственности у части медицинских работников.

В нашей стране право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции РФ. Наряду с этим существует множество других нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере медицины и здравоохранения. Чтобы убедиться в этом, достаточно просмотреть 12-е номера журнала «Здравоохранение» (раздел «Здравоохранение и право»), где публикуются нормативно-правовые документы, изданные за тот или иной год. Овладение этим массивом едва ли по силам лечащему врачу. Разумеется, не все документы из этого массива адресованы непосредственно врачам, но их обилие и потребность расширять поле деятельности для специалиста-юриста в области медицины и здравоохранения. Вместе с тем публикуемые нормативные акты конечно же не исчерпывают многообразие ситуаций и разнообразие медицинских действий в сфере отношений медицинских работников и пациентов, часто требующих индивидуального подхода.

Вторая проблема связана с тем, что законодатель исходит из презумпции (предположения) знания законов всеми гражданами России, в том числе и медицинскими работниками. Однако в действительности правовая культура россиян оставляет желать лучшего. Об этом свидетельствуют социологические исследования о знании законов врачами и пациентами.

Так, по данным Н. Н. Бондаренко (проводившего анонимное анкетирование методом случайной выборки в Нижнем Новгоро-

де, где было опрошено 360 врачей-стоматологов и 360 пациентов стоматологических учреждений), около 43% врачей-стоматологов обладают достаточным знанием нормативно-правовых документов, регламентирующих их профессиональную деятельность. Однако менее 2% считают эти знания достаточными, а почти 97% испытывают потребность в изучении правовых аспектов своей деятельности. Уровень правовой грамотности опрошенных пациентов составляет менее 43% [2].

Согласно выводу И. Б. Назаровой, основанному на социологическом опросе в Республике Татарстан с целью определения правовой и биоэтической ситуации в здравоохранении республики (в котором приняло участие 830 респондентов, из них 448 пациентов клиник, 382 врача поликлиник и стационаров), врачи в целом лучше знакомы с законодательными актами, информированы о правах пациентов полнее, чем сами пациенты, что объясняется как их чисто профессиональным интересом, так и высоким образовательным уровнем. Медики знакомы, прежде всего, с законодательством, которое непосредственно касается сферы здравоохранения, здоровья, медицины. Среди пациентов такими знаниями обладают в основном люди старшей возрастной группы со «стажем» лечения [3].

Парадоксальным фактом выглядит то, что а) врачи (45,4%) информированы о правах пациентов полнее, чем сами пациенты (14,9%), б) врачи лучше ориентируются в правах пациентов, нежели в своих собственных. С правами медицинских работников, по данным И. Б. Назаровой, знакома пятая часть специалистов. Самый высокий уровень осведомленности врачи показали в отношении уголовной ответственности медицинского работника. В уголовном законодательстве ориентируются более половины профессионалов. Однако и этот уровень нельзя назвать высоким.

Следует обратить внимание на то, что И. Б. Назаровой было предпринято социологическое исследование для определения правовой и биоэтической ситуации в здравоохранительной сфере Татарстана. Сегодня медицинским работникам, пациентам, юристам приходится решать ряд сложных вопросов на стыке юриспруденции, врачебной этики и биоэтики, между которыми существует неразрывная связь. Биоэтика может служить одним из ярких примеров взаимодействия права и науки, правового и научного дискурса, правовой системы и философии. Однако, по данным И. Б. Назаровой, только 23,6% специалистов считают, что имеют достаточные знания по биоэтике. Исходя из этого, считаем необ-

ходимым порекомендовать читателям избранные лекции д. м. н., профессора В. В. Власова «Основы современной биоэтики» (Саратов, 1998), книгу академика РАМН В. И. Петрова и д. ф. н., профессора Н. Н. Седовой «Практическая биоэтика: этические комитеты в России» (М., 2002), посвященную проблеме практического применения принципов и норм биоэтики в работе медицинских учреждений (в том числе и за рубежом).

Правам человека при получении медицинской помощи посвящено чрезвычайно информативное по содержанию справочное издание «Ваши права при получении медицинской помощи» (Саратов, 1997), подготовленное коллективом авторов (отв. редактор В. В. Власов). В мае 1998 г. В. В. Власов с соавторами изучали уровень знания о правах человека среди студентов 3–4-го курсов Саратовского медицинского университета. Студенты-медики представляют особый интерес, поскольку медицинская профессиональная мораль предусматривает особое отношение к праву (в частности, к праву на жизнь) — безусловное действие только в интересах сохранения жизни. Было проинтервьюировано 255 студентов университета. Для них приоритетными оказались право на жизнь, свободу и безопасность, бесплатное образование и другие фундаментальные права, относящиеся к индивидуальной безопасности и благополучию, на последнем месте относящиеся к социальной и политической активности. Однако не все студенты поставили право на жизнь на первое место, частота отнесения оказалась ниже ожидаемого на 40–75%. И это тем более удивительно, что медики в соответствии с вековыми представлениями должны ставить жизнь человека на первое место безусловно. Поразительно и то, что многие выражали удивление, узнав, что предоставленные им права и свободы входят во «Всеобщую декларацию прав человека», Конституцию РФ [4].

Примерно такая же картина предстала в рамках нашего исследования. В декабре 2002 — апреле 2003 г. было проведено анонимное анкетирование студентов (669 человек) с 3-го по 6-й курс лечебного факультета ВолГМУ с целью выявления: 1) степени их информированности об общей законодательной базе; 2) их представления о роли норм права в деятельности врача. В результате выяснилось, что студенты 3-го курса (25%) знакомы с Основным законом нашего государства — Конституцией и с Декларацией прав человека. Уровень знаний студентов 4, 5, 6-го курсов также невысок, наиболее подготовленными в этом вопросе оказались пятикурсники (27,8%), зато 13,2% студентов-шестикурсников

верно указали статью Конституции, в которой закреплено право граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь. Основные знания о Конституции большинство из них (61%) вынесли из средней школы, 16% — получили в вузе. Однако на вопрос, приходилось ли вам самим читать Конституцию РФ и Декларацию прав человека, почти половина (51%) опрошенных ответила отрицательно. Примечательно то, что к ответу на этот вопрос студенты 6-го курса подходят более объективно. Например, если на 3-м курсе положительно ответили на вопрос — 25%, то на 6-м курсе — 20,6%. О правах пациентов имеют некоторое представление 61% опрошенных. Эти знания получены от преподавателей университета. К 6-му курсу менее категоричным становится и ответ на вопрос, считаете ли вы себя достаточно компетентными, чтобы судить о нарушениях прав человека в сфере медицины? На 3-м курсе положительно ответили на этот вопрос — 14%, на 4-м курсе — 14%, на 5-м курсе — 16,5%, на 6-м курсе — 11,5%. Полагаем, что это является следствием увеличения объема специальных знаний, в том числе и по правовым вопросам. В целом 86% студентов не считают себя достаточно компетентными, чтобы судить о нарушениях прав человека в сфере медицины.

Относительно норм права в деятельности врача студенты анкетированных курсов лечебного факультета высказали следующие соображения. 52,8% опрошенных не сомневаются в том, что в своей деятельности врач должен руководствоваться и правовыми нормами. Однако определенного знания о том, нормами какого права (из предложенных: уголовного, гражданского, медицинского, административного) он должен руководствоваться при решении конкретных вопросов, у них, естественно, нет. Так, на вопрос, нормами какого права наказуется неоказание медицинской помощи (если она была жизненно необходима) при отсутствии страхового полиса у пациента, получены следующие ответы: 1) гражданского (8%); 2) уголовного (80,5%).

20% опрошенных придерживаются мнения, что в своей деятельности врач должен руководствоваться правовыми нормами и они являются основополагающими, тогда как 7,6% отдают приоритет врачебной этике и медицинской деонтологии (наибольшее предпочтение этике и деонтологии отдает 3-й курс — 11,5%). При опросе аспирантов и преподавателей (31 человек) 66,9% считают, что правовыми нормами врач должен руководствоваться, для 25% они являются основополагающими, а о медицинской этике и деонтологии никто из них даже не упомянул.

79,1% студентов приоритетными качествами врача признали профессионализм (компетентность, мастерство) и человечность (гуманизм, милосердие), однако 19,1 % отдали предпочтение одному профессионализму. На вопрос о том, в какой из существующих в нашей стране систем здравоохранения вы предпочли бы работать после окончания вуза, студенты 6-го курса дали следующие ответы: в государственной (бюджетно-страховой) — 16,4%, в частной — 23,2%, 53,7% — хотели бы совмещать работу в государственной системе с частной, а 3,3% выразили желание работать за границей. В связи с этим интересен и тот факт, что при поступлении в медицинский вуз 33% опрошенных руководствовались соображениями престижности профессии медика, 30,6% — желанием оказывать конкретную помощь людям; материальные соображения привлекали — 11,5% респондентов. Однако к концу обучения, как видно, решающую роль стал играть фактор достойной оплаты своего труда, хотя общие гуманистические ориентации сохранились.

В итоге можно сказать, что уровень правовой грамотности врачей, пациентов, студентов медицинских вузов не очень высок, но врачи лучше других категорий знакомы с законодательными актами, что, возможно, объясняется тем, что в ходе своей профессиональной деятельности им приходится постоянно сталкиваться с подобными вопросами и разрешать их, занимаясь правовым самообразованием.

Приоритет не изменился: нравственные нормы, врачебная этика и медицинская деонтология по-прежнему определяют деятельность врача, гуманистическую по определению. Об этом свидетельствуют и наш опрос, и исследование В. В. Власова. Но расширяется поле правовой регламентации этой деятельности (в особенности в сфере взаимоотношения врача и пациента, исследователя и лиц, вовлеченных в эксперимент и т. д.). Наблюдаются более тесные, чем прежде, переплетения правовых и этических норм при решении ряда сложных проблем человеческого бытия и, следовательно, выходящих за пределы только медицинской науки и практики, в сферу психологии, философии, экономики и политики.

Не вызывает сомнения необходимость формирования правового мышления у будущих врачей как носителей высокой культуры и как основы профессиональных правонарушений среди медицинских работников. В связи с этим представляет интерес статья А. А. Мохова «К вопросу о формировании правового мышления медицинских работников и преподавания правоведения в

медицинских вузах» [5]. Автор предлагает внедрить трехуровневое обучение медицинских работников по дисциплине «юриспруденция». Суть его в следующем: на младших курсах (4—6-й семестры) студенты изучают дисциплину под условным названием «Правоведение», которая включает в себя основы теории права и государства, знакомство с отраслями права и законодательства, изучение отдельных законодательных актов. На старших курсах (9—11-й семестры) студенты изучают дисциплину под названием «Правовое регулирование медицинской деятельности (медицинское право)», которое включает в себя ряд тем практической направленности: правовой статус ЛПУ; правовой статус врача, пациента; правовое регулирование отдельных видов медицинской деятельности, юридическая ответственность за профессиональные правонарушения медицинских работников. На ФУВ (третий уровень — постдипломное обучение) курсанты могли бы рассматривать «профильные» темы и решать практические задачи, возникающие в практической деятельности врача-хирурга, врача-стоматолога и т. д.

Предложенный вариант, безусловно, актуален: студенты осознают необходимость правовой культуры и в вузах уже преподают правоведение. Вместе с тем злободневность **формирования установок** на знание и соблюдение законов будущими медиками требует более эффективно использовать уже сложившуюся структуру преподавания как специальных, так и гуманитарных дисциплин [6]. В самом деле: в нашем вузе на 1-м курсе изучают историю и психологию, где есть немало тем, имеющих прямое и опосредованное отношение к проблемам правовой культуры; на 2-м курсе — философию (где в разделе «Духовная жизнь общества» говорится о правосознании). Со 2-го курса студентов начинают знакомить с медицинской деонтологией, которая имеет особое значение для формирования мотиваций к восприятию правил и норм, в том числе юридических. На 3-м курсе преподают биоэтику, в которой этические вопросы тесно переплетаются с правовыми и философскими; на 4-м курсе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения студентам читают лекции об «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан»; «О медицинском страховании»; о юридических аспектах врачебной деятельности и других проблемах. На 5-м курсе изучается правоведение (юридические основы деятельности врача, медицинское право). Основная цель этого курса, по замыслу авторов, — дать будущим специалистам системы здравоохранения оптимальный объем правовых знаний, позволяющий аргументиро-

## ЛИТЕРАТУРА

ванно принимать правомерные решения при осуществлении профессиональной правовой деятельности, формировать у них правосознание и уважение к Закону. Цель и содержание данного курса интегрируется в учебном процессе с целью и содержанием таких предметов, как философия, психология, политология, биоэтика, история медицины и культурология, социальная медицина, экономика и организация здравоохранения, судебная медицина, а также практически со всеми клиническими и гигиеническими дисциплинами. Это предопределяет, в конечном итоге, целесообразность и необходимость разработки сквозной программы юридического образования врача [7], что подтверждает нашу точку зрения.

Содержательным дополнением к данному курсу является монография А. А. Мохова «Теоретические проблемы медицинского права России» (Волгоград, 2002). В работе на основании анализа и обобщения действующего законодательства, регулирующего различные правоотношения в здравоохранении, а также взглядов и положений, содержащихся в правовой науке, исследуется вопрос об объеме, содержании и системе медицинского права. В другой его монографии «Использование медицинских знаний в гражданском судопроизводстве России: опыт комплексного исследования» (Волгоград, 2003) рассматриваются вопросы взаимного влияния достижений медицинской науки и техники на российское право и законодательство с учетом имеющихся традиций и современных тенденций развития науки и практики.

В заключение нельзя не сказать о библиотеке ВолГМУ. В последнее время в некоторых вузовских библиотеках страны, в частности университетских, создаются центры правовой информации, которые нацелены на информационное обслуживание студентов и преподавателей. При Тверском государственном университете уже три года работает такой центр по правам человека, организованный Советом Европы. На наш взгляд, при научной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета необходимо создать центр правовой информации, предоставляющий студентам и преподавателям свободный доступ к официальной правовой информации. В центре должны быть сосредоточены правовые ресурсы как на традиционных носителях (печатные издания), так и на электронных. Использование справочно-правовых систем «Консультант плюс», «Гарант» обеспечит оперативность получения информации, возможность поиска конкретных нормативных актов или подборки документов по интересующей тематике.

1. *Юридический* энциклопедический словарь. М., 1987. С. 359. (Более подробно об этом см.: М. Б. Смоленский. Методологические аспекты изучения правовой культуры // Известия высш. учеб. заведений. № 1. С. 71—74.
2. *Бондаренко Н. Н.* Гражданско-правовые аспекты деонтологической ответственности врачей-стоматологов // Здравоохранение. 2001. № 8. С. 165—172.
3. *Назарова И. Б.* Врачи и пациенты: знание закона и отношение к нему // Здравоохранение. 1999. № 9. С. 169—182.
4. *Власов В. В. и др.* Право на жизнь в предпочтениях граждан // Социс. 1999. № 7. С. 58—62.
5. *Мохов А. А.* К вопросу о формировании правового мышления медицинских работников и преподавания правоведения в медицинских вузах // Гуманитарное образование и медицина: Сб. науч. тр.: Т. 57, вып. 2. Волгоград: ГУ «Издатель». 2001. С. 180—185.
6. *Седова Н. Н., Петров А. В.* Проблема изучения прав человека в современной высшей школе // Учебно-воспитательный процесс: традиции, проблемы, перспективы: Материалы межвуз. и межрегион. науч.-практ. конференции «Проблемы совершенствования уч.-восп. процесса в условиях обновления российского законодательства и исполнение опыта 200-летия деятельности МВД России». Волгоград: ВА МВД России. 2003. С. 81—93.
7. *Правоведение: Юридические основы деятельности врача.* Медицинское право: Программа для студентов высших медицинских заведений / Под ред. проф. Ю. Д. Сергеева. 2000. 23 с.

## КОНФЛИКТ СОЦИАЛЬНЫХ РОЛЕЙ В КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА

**М. Е. ВОЛЧАНСКИЙ, А. В. ГУКАСЯН, О. В. КОТОВСКАЯ**  
*Кафедра философии и биоэтики  
с курсом психологии и социологии медицины*

В современном мире рынок лекарств огромен. И каждый препарат имеет содержательную историю, в создание которой включалось много людей: исследователи, заказчики-спонсоры, испытуемые, врачи, фармацевты — продавцы, адвизоры. Это только основные группы участников процесса создания лекарств. Социологической конфликт возможен на любом уровне в этой иерархии. Но особенно он опасен в сфере испытания лекарственных препаратов. Слишком велик здесь риск для испытуемого, чтобы он мог быть подвергнут еще и «побочным эффектам» от происходящих в данной сфере ролевых конфликтов.

Эти вопросы, так или иначе, всегда включались в описания социальных ролей в медицине и фармации, но в разные времена требования выражались по-разному.

При ранних попытках защитить человеческие особи при испытаниях новых средств и методов лечения внимание фокусировалось на оценке степени риска и вероятной пользы. Как это было принято ранее, большая часть этики Гиппократов сосредоточивалась на том, чтобы принести пользу пациентам и защитить их от повреждений, первостепенное внимание исследователей было направлено на изучение вероятного риска. Их мало волновали права лиц, вовлеченных в исследование, сопряженное с малым риском или вовсе без него. В них, например, игнорировалась вероятная пристрастность исследовательской программы, рассчитанной исключительно на пациентов с низким доходом, до тех пор, пока они не подвергаются серьезному риску. При этих исследованиях не возникал вопрос о том, дали бы пациенты свое осознанное согласие на участие в эксперименте, если бы знали о том, что подвергнутся серьезному риску повреждений. И напротив, последние кодексы, включая законодательства разных стран, уделяли внимание хотя бы некоторым проблемам соблюдения прав субъектов эксперимента, а также простой гарантии безопасности участников исследования. Например, «Кодекс этики фармацевтов» американской ассоциации фармацевтов не относится непосредственно к исследованиям, где объектами являются люди, но он делает акцент на уважение автономии пациента, его чувство собственного достоинства, а также на необходимость принести пользу пациенту. Сюда относятся вопросы порядочности, а также конфиденциальности, плагиата и мошенничества.

Старые, традиционные кодексы более ограничены и сфокусированы лишь на пользе и вреде для объектов изучения. Оценка пользы и вреда, определение, как должен соотноситься риск с пользой в проекции на общество, все это было главной задачей в годы возникновения и формирования экспериментальных исследований с участием человека. Соответственно требования к социальным ролям были менее категоричными, чем в современном здравоохранении. Рассмотрим первый случай. Этот пример на определение соотношения риска и пользы раскрывает некоторые из проблем, связанных с подобной оценкой.

*«Есть две основные причины, почему так редко появляются новые антипсихотические лекарства, — отметил выступающий — профессор Х. — Одна из них — стигмат, который и по сей день связывают с психическим заболеванием. А другая причина состоит в том, что люди, которым могут помочь эти лекарства, не в состоянии ходатайствовать о разработке новых агентов. Они должны полагаться на усилия нескольких адвокатских групп, заинтересован-*

*ных вопросами психического здоровья, и исследователей в области биоэтики и медицинской социологии». Профессор Х. выступал перед слушателями курсов постдипломного образования психиатров и клинических фармацевтов. К медицинскому и фармацевтическому персоналу клиники, где проходило обучение, обратились с предложением принять участие во второй фазе клинического исследования атипичного антипсихотического агента АП-1.*

*АП-1 был не только нетипичен по своему действию, но также и в побочных эффектах. Несмотря на то, что он был многообещающим в случае пациентов с высокой сопротивляемостью лечению, был вероятен побочный эффект с летальным исходом: апластическая анемия. Помимо этого у некоторых пациентов развился тик или небольшой тремор вокруг глаз и в углах рта, который не поддавался лечению традиционными препаратами, используемыми для устранения других неврологических реакций. Более того, эти нервно-мышечные побочные эффекты не исчезали полностью, после того как курс лечения АП-1 был прерван, хотя они и ослабевали.*

*Однако, — продолжал профессор, — необходимо сопоставить вред и пользу, которую может принести АП-1. Основная группа пациентов, которые не поддаются лечению традиционными препаратами и всевозможными видами психологической и социальной терапии, которую может обеспечить ваш прекрасный институт, нуждаются в дополнительной помощи. Качество их жизнедеятельности, в лучшем случае, носит маргинальный характер. Можно легко предположить, что хроническое психическое заболевание является «опасным для жизни», т. к. уровень самоубийств среди страдающих трудноизлечимой шизофренией составляет 15—20%. Нет надобности напоминать вам о чувстве фрустрации и разочарования, которое испытывают ваши пациенты, потому что вы, кажется, не в состоянии сделать их лучше, сделать их равноправными членами общества. Кажется, что АП-1 может сделать это и даже больше. АП-1 позволяет пациенту получить пользу от различных видов терапии, которые вы предлагаете, чтобы помочь ему вернуться к жизни за стенами клиники. Давайте посмотрим правде в глаза, никто, имея выбор, не пожелал бы жить в клинике, даже в такой замечательной, как ваша».*

*Фармацевт Т., слушательница курсов, согласилась, что это был бы большой прогресс, если бы кто-либо из ее пациентов с хроническим психическим заболеванием смог вернуться к сознательной жизни. Однако она была сильно озабочена риском для пациентов. Насколько сознательной будет жизнь, если у человека разовьется апластическая анемия? Как пациенты будут справляться с посто-*

янным тиком и тремором? Она знала, что данная клиника никогда не возьмется за клинические испытания препаратов без согласования с федеральными постановлениями, касающимися защиты прав людей — участников эксперимента, включая определение оправданности риска предполагаемой пользой. Т. считала, что оценка риска и пользы в случае с АП-1 была особенно сложна, т. к. все традиционные виды терапии были уже испытаны и признаны явно недостаточными в данной группе пациентов. Вероятно, АП-1 был единственной надеждой для людей, с наиболее серьезными симптомами и неподдающихся лечению.

**Комментарий.** Проблемы, с которыми столкнулась клинический фармацевт из центра психического здоровья, во многом типичны для клинических исследований. Вначале может показаться, что эти вопросы не имеют большой этической ценности и значимости. Однако, по крайней мере, три из них следует принять во внимание: 1) могут ли пациенты медицинских учреждений для психически больных давать свое согласие на участие в данных исследованиях; 2) является ли адекватное согласие единственной возникающей моральной проблемой; 3) как оценить потенциальную пользу и риск подобных экспериментальных видов терапии.

По первому вопросу существуют определенные нормативные документы и, хотя этот вопрос постоянно возникает, врачи и фармацевты в своих действиях следуют законам, а не предположениям о том, что эти законы неверны.

Второй вопрос, разрешает ли сложившуюся ситуацию полученное законное согласие пациентов или их представителей? Постановления Минздрава РФ предписывают органам здравоохранения при рассмотрении проектов обсудить не менее семи различных критериев, по которым следует изучить протоколы исследований, но лишь два из них касаются вопросов согласия. В постановлениях подчеркивается необходимость определить, будет ли спрашиваться согласие и будет ли это должным образом зафиксировано в документах; несколько принципов указываются как обязательные, например, оценка сохранения конфиденциальности (о которой мы уже говорили), беспристрастности при отборе участников эксперимента. Три из представленных критериев, однако, касаются риска и пользы, которые принесет исследование. Комиссия по рассмотрению проектов должна определить, что, во-первых, риск для пациентов минимизирован; во-вторых, этот риск оправдан ожидаемой от лекарства пользой и возможностью получения данных относительно результата исследования; в-тре-

тых, коллегия также должна установить, что приняты необходимые меры, позволяющие отследить данные и обеспечить безопасность людей, участвующих в эксперименте. Смысл состоит в том, что проект исследования может получить безоговорочное одобрение и все же быть отвергнутым при проверке, если не соблюдены некоторые условия.

Определение вероятного риска и пользы — сложная задача. Конечно, природа эксперимента такова, что никто не знает точно, какими будут результаты. Если бы мы могли это знать, то исследования были бы излишни. Все специалисты, ответственные за решение о проведении упомянутого в примере исследования, могут дать свои оценки, основанные на имеющейся информации. В этом случае желанная польза весьма существенна. Лекарство послужит, по крайней мере, для начала в качестве антипсихотического агента последней надеждой для группы людей, которые обречены на длительную госпитализацию. А это потенциально становится существенной пользой. Но и побочные эффекты также потенциально существенны. Апластическая анемия является серьезной проблемой наряду с побочными эффектами нервно-мышечного характера. И тот факт, что они могут выйти из-под контроля даже когда курс лечения АП-1 прерван, вызывает определенные опасения.

Некоторые частные случаи возникновения данных проблем — это один аспект, а определение их серьезности — другой. Как можно оценить, насколько это ужасно страдать от тика и тремора? Как можно оценить, насколько ужасной будет смерть для этих пациентов? Мы предполагаем, что смерть станет чудовищным исходом, но есть люди, которые склоняются к мысли, что некоторые состояния хуже смерти. Для них угроза жизни как побочный эффект для неизлечимого пациента, вероятно, вовсе не является самым плохим исходом.

Для того чтобы сделать адекватную оценку, фармацевту из нашего примера необходимо осознание того, насколько значимой будет польза, если эксперимент будет удачным. В этом случае предполагается, что положительный эффект лекарства побеждает психоз, создает возможности для дополнительной терапии и потенциальной деинституционализации. Многие посчитают, что это очень важный положительный эффект, но как может фармацевт знать, насколько он важен для ее пациентов? В некоторых оценках пациент может рассматриваться как независимая переменная. Он или она могут иметь ценности и предпочтения, о которых нужно знать, чтобы решить, насколько велики польза и вред.

Причем разные пациенты по-разному идут на компромисс. Некоторые люди предпочитают не рисковать. Именно они должны отказаться от участия в эксперименте, если их об этом попросят. Другие могут посчитать риск достаточно оправданным, чтобы начать использование этого экспериментального агента без испытаний. Это пациенты, чью позицию можно назвать позицией индифферентности, или равновесия. Исходя из того, что они могут знать на данный момент, они безразличны к экспериментальному агенту и стандартному лечению (которое в данном случае может стать продолжением госпитализации и лечения менее эффективными антипсихотическими препаратами). Именно при подобных обстоятельствах большинство психиатров считают приемлемым рискованный клинический эксперимент. Для пациента нет различия между стандартным лечением и экспериментальным.

Пациентам, придерживающимся позиции индифферентности, нужно представлять себе как некоторые потенциальные недостатки экспериментального препарата, так и некоторые преимущества. Кажется, что именно так обстоит дело с АП-1. Однако нам необходимо решить, должно ли мнение пациента (или представителя пациента) быть решающим. Есть ли случаи, когда исследователи, члены фармкомитета и этического комитета, работники клиники считают применение экспериментального агента столь рискованным, что исследование должно быть запрещено, даже если пациент или его представитель желают испытать его после четкого разъяснения потенциальной опасности? Возможно, именно в этом состоит одна из проблем нашего фармацевта. Служит ли возможность летального исхода и серьезных неврологических побочных эффектов достаточным основанием для запрета эксперимента сотрудниками учреждения? Если нет, то существуют ли подобные проекты? В случаях, когда руководство запрещает эксперимент, не скрывая это от пациентов, которые хотят его проведения и дают согласие на участие в нем, не будет ли запрет явной чрезмерной опекой? Если это так, то имеет ли право на существование подобная забота?

Могут сложиться ситуации, когда некоторые пациенты хотят испробовать экспериментальный препарат, даже если исследователи или само руководство клиники находят, что риск слишком велик. Существует ли вариант, когда фармацевт или другие исследователи могут утверждать, что они лично не хотят стать добровольцами, но тем не менее пациентам необходимо дать шанс, при условии, что их согласие дано без принуждения и при

полной информированности? Что может произойти, когда позиция информированности руководства клиники будет отличаться от позиции потенциальных участников эксперимента?

**Вывод.** Конфликт социальных ролей врача, фармацевта и пациента. Но в отличие от первого случая пациенты полностью информированы, поскольку речь идет не о лечении, а о клинических испытаниях. Однако решение принимает пациент, даже с учетом непонимания им медицинских проблем. Здесь решение принимается не на основе специального профессионального знания, а на основе индивидуальной оценки. Следовательно, границы профессиональной роли фармацевта определяются только полнотой информации, которую он предоставляет пациенту.

Люди, по большому счету, автономны, у них есть нервные и духовные резервы наравне с адекватными знаниями, однако их все же ограничивают внешние силы. Автономность — необходимое условие усвоения и проигрывания социальных ролей. Но это заставляет также ограничивать рамки собственной роли ради нарушения автономности другого лица. Люди, входящие в состав специальных учреждений, иногда еще называемых «тотальными», например тюрьмы, школы-интернаты или армия, испытывают серьезное влияние на свой выбор, в том числе и физической силы. Интересно наблюдать за людьми, когда их автономия нарушается под действием предложений, от которых им сложно отказаться.

К примеру, если заключенному под стражу по обвинению в сексуальном правонарушении предложить освобождение в обмен на его согласие на имплантацию в его тело длительно действующего гормона, он способен выбирать: согласиться или отказаться? Если он согласится, потому ли это, что предложение было сделано во время отбывания им наказания или потому, что предложение кажется столь привлекательным в сравнении с имеющейся альтернативой?

Нижеприведенный пример иллюстрирует влияние внешних факторов, нарушающих автономию, на проблему уважения автономии в контексте конфликта социальных ролей.

*Как и многие другие тюрьмы, Бутырская была переполнена. Камеры первоначально планировались для содержания одного заключенного, однако во всех камерах содержались по несколько человек. Едва ли в таких условиях заключенные могли бы свободно перемещаться по комнате. Переполнение также ограничило количество времени, которое заключенные могли пребывать вне стен камеры.*

*Приговоренный к двум годам тюрьмы Н., 21 года, худощавого телосложения. Это был его первый срок. После обеда он должен был*

прибыть в медицинский пункт тюрьмы. Н. поприветствовали двое исследователей-фармакологов.

Один из них объяснил причину их встречи: «Мы общаемся со всеми заключенными 18—30 лет, не принимающими никаких лекарств и не имеющими никаких опасных для жизни недугов за исключением повышенного артериального давления. Вы попали в эту категорию. Обычно повышенное давление не приносит неудобств за исключением ограничения потребности соли и физических нагрузок. Мы хотели бы, чтобы вы поняли, что вы не больны, однако содержание в нынешних условиях может привести к хронизации заболевания. Если вы примете решение не участвовать в исследовании, вы будете получать весь комплекс медицинской помощи, которую мы вам обязаны как заключенному предоставить».

Другой добавил: «Мы хотели бы получить ваше согласие на участие в испытаниях эффективности ранней лекарственной терапии при контроле развития гипертензии. Мы хотим контролировать все нюансы, поэтому участники эксперимента будут поселены в отдельные помещения отдельно от других заключенных. В случае вашего согласия вы будете жить в отдельной камере с телевизором и большей индивидуальной свободой, чем вы имели ранее. Участники эксперимента будут получать специальную диету с низким содержанием соли и жиров, а также будут выполнять серии упражнений на тюремном дворе 2 раза в день. Если вы согласитесь участвовать в эксперименте, мы определим вас или в исследуемую группу, которая будет получать лекарства, или в контрольную группу, которая получать лекарства не будет. В любом случае вы будете жить в специальных условиях, принимать специальную диету и выполнять специальные упражнения. Вся эта информация еще более детально прописана в форме информированного согласия, которую вы должны подписать для включения в эксперимент.

Пожалуйста, прочтите и обдумайте все условия перед ответом. Вы можете в любой момент отозвать свое согласие и не продолжать участвовать в исследовании без последствий для вашего дальнейшего содержания».

Последующие 30 минут они объясняли заключенному все детали протокола исследования и возможный ущерб. По возвращении в камеру заключенный оказался между своим общим недоверием к медицине, с одной стороны, и возможностью выбраться из переполненного камерного блока, в котором он жил, — с другой. Он также понимал, что участие в эксперименте положительным образом скажется на его личном деле. Тем не менее он не был в восторге от принятия лекарств, тем более если ему этого не нужно, к тому же,

если он не болен. Но, с другой стороны, возможность выходить на улицу 2 раза в день была чрезвычайно для него соблазнительной. Он взвесил все «за» и «против» и решил подписать соглашение на участие в исследовании.

**Комментарий.** Перед нами вопрос, является ли данный заключенный полностью свободным в выборе, согласится ли участвовать в эксперименте или же откажется от него? Нет основания утверждать, что у индивида отсутствуют способности понять и обдумать представленную информацию. Он обладает всеми характеристиками, присущими свободной личности. Проблема в том, являются ли факторы и условия среды, в которой он пребывает, настолько воздействующими, что его выбор перестает быть свободным?

В данном случае очевидно, что он никогда бы не согласился участвовать в эксперименте, если бы не находился в заключении. Он не любит принимать лекарства, особенно если он не болен, ведь, очевидно, что у него нет симптомов, которые беспокоили бы его. Становится понятно, что единственной причиной, почему он согласился, является его заключение.

Но оказывает ли заключение внешнее воздействие на его поведение, что делает его выбор недобровольным? Испытуемый был поставлен перед выбором: вернуться к прежней жизни в переполненных камерах или переместиться в новую, более комфортабельную обстановку, но принимать лекарства, которые он принимать не хотел. Не является ли это неприемлемое в иных жизненных условиях предложение непреодолимо привлекательным? Например, если человеку, умирающему от рака, сказать, что единственным шансом спастись является согласие на отвратительно неприятную химиотерапию. Вероятно, эти химические операции настолько же непривлекательны для человека, страдающего от рака, насколько и лекарства от гипертонии непривлекательны для заключенного Н. Таким образом, предложение оказывается непреодолимо привлекательным в сравнении с альтернативой смерти. Если кто-либо попытается запретить предложение из-за его привлекательности, мы имеем право протестовать именно потому, что предложение привлекательно. Люди должны иметь привлекательные возможности в выборе, даже если этот выбор строго ограничен.

Какая разница между заключенными и больным раком? Выбор заключенного искусственно ограничен содержанием за решеткой. Теперь давайте представим, что Н. не без оснований заключен под стражу. Должен ли он иметь ограниченный выбор, скажем, видов работ, даже если его окружающий мир искусственно огра-



ничен? Если так, должны ли его ограничивать в выборе условий работы в случае, если он станет испытуемым, даже несмотря на то, что предложение чрезвычайно привлекательно?

На наш взгляд, более корректно проводить исследование, если бы условия жизни были намного хуже, скажем, настолько же плохие, как если бы он не участвовал в эксперименте.

**Вывод.** То, что здесь представлен конфликт социальных ролей заключенного и испытуемого, очевидно, но он нас интересует только постольку, поскольку через его призму ярче виден конфликт исследователя и гражданина, который актуализируется для проводящих испытания фармакологов. Как граждане данного общества, они не могут нарушать автономию личности, применяя к осужденному метод «кнута и пряника». В этом смысле внешнее влияние очевидно. Но как исследователи они, наоборот, создают условия для испытуемого и тем самым проявляют уважение к его личности. Абстрактные требования к роли гражданина в этом случае просматриваются плохо. Побеждает исследователь.

Таким образом, конфликт социальных ролей при проведении клинических испытаний не может быть разрешен при помощи какой-то единой модели. В каждом случае ситуация требует оригинального подхода и уникальных решений. Лишь одно правило остается неизменным — правило минимизации риска для пациента.

## Раздел 3

# ФИЛОСОФИЯ И БИОЭТИКА

### УПРАВЛЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКАЯ РЕФЛЕКСИЯ

Н. Л. МАЛЫЦЕВА

*Кафедра философии и биоэтики  
с курсом психологии и социологии медицины*

История существования идеи устойчивого развития общества в «чистом виде» очень коротка: она насчитывает всего десять лет. Однако ее предыстория, связанная с исследованием закономерностей общественного переустройства и управления, исчисляется более чем двумя тысячелетиями.

Остановимся на учениях тех философов, которые внесли наибольший вклад в решение рассматриваемой проблемы.

Здесь необходимо, прежде всего, отметить, что понятие управления имеет давнюю традицию в исследованиях общества, которая направлена на вычленение объективного и инвариантного в проблеме социального управления с тем, чтобы приблизиться к пониманию общих законов управления в обществе.

Тенденция к такому подходу проявляется уже у Платона, который считал, что государство возникает тогда, когда любой из людей не «автархичен» (не самодостаточен), и нуждается в помощи других, в первую очередь, тех, кто умеет управлять. Особую роль, считал Платон, в управлении государством должны играть философы: «...Ни для государства, ни для граждан не будет конца несчастьям, пока владыкой государства не станет племя философов» [1, с. 307].

Право философов на управление государством Платон обосновывает тем, что философы, которые «видя и созерцая нечто стройное и вечно тождественное, не творящее несправедливости и от нее не страдающее, полное порядка и смысла» [1, с. 305], следуя этому сами, внесут то, что они находят в мире идеального бытия, в частный общественный быт людей.