

## **Социальная медицина как одна из базовых основ социального государства**

---

Е.В. ЧЕРНОСВИТОВ

Все вдруг поняли, что общество больно, и эта боль идет не от ран!

*Дж. Сэлинджер*

*Статья Е.В. Черносвитова — одного из основателей направления социальной медицины в России — посвящена истории возникновения этой области социальной теории и ее концептуальному развитию в XX в. Автор трактует социальную медицину и как область социальной теории, и как часть государственной политики, и как путь и механизм социальной стабилизации общества. Социальные болезни, их рост и распространение представляют сегодня огромную опасность. Обосновывая значимость и своевременность развития социальной медицины в современном российском обществе, автор обозначает круг проблем, решение которых — прерогатива социальной медицины.*

Во времена, переломные для общества, институализация социальной медицины порой принимает содержание государственной политики. Так, отец всех реформаторов фараон Аменхотеп IV (Эхнатон, муж Нефертити, отец Тутанхамона, воспитатель Семнихкара (Моисея)) свои реформы под знаменем радения за общественное здоровье нации начал с уничтожения касты жрецов, а также всякого рода магов, колдунов и прочих ловцов душ и манипуляторов общественным сознанием. Победа маленькой Спарты над могущественными Афинами в Пелопоннесской войне стала возможной исключительно благодаря оздоровительной политике царя Ликурга, который образовал особый орган управления — герусии, состоявшие из царя, врача и представителя народа. Самое здоровое в истории человечества спартанское общество во время правления Ликурга смогло преодолеть владычество над своими душами пифийских оракулов (культ Апполона) и отвергнуть массовые пифийские игры, суть которых — манипулирование огромными массами народа путем «музыкальных» и наркотизирующих воздействий на толпы (пифийские игры — антипод Олимпийских игр). Гиппократ,

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

---

сделавший разумные выводы из Пелопоннесской войны (он придерживался афинской стороны), под предлогом отрицательных влияний климатических факторов на здоровье и моральное состояние афинян провел грандиозную реформу, поставив под контроль врачей действие всей властной элиты. Результатом Гиппократовской институализации медицины (разработка и введение нормативов в различные сферы деятельности, прежде всего в структуру власти и армии) явился победный реванш Афин над Спартой. Система охраны общественного здоровья Гиппократа оказалась намного эффективнее спартанской [Черносвитов 2003].

Когда социальная медицина становилась важной частью государственной политики, эта государственная политика осуществлялась в интересах всего общества далеко не всегда, в связи с чем и социальная медицина выступала негативным для общества фактором. Можно назвать имена врачей, чья забота об общественном здоровье была фактически действием, направленным против общества: Козимо Старший Медичи, основатель династии, присвоивший себе титул герцога, предок многих великих и знатнейших персон, двух королей Франции; Парацельс, приблизивший медицину к вершине Олимпа путем общественного знания и практики, поставленной им на «научные рельсы»; Ламетри, лучший врач Европы, самый гонимый из всех; Авиценна, сорвавший халат с халифа и надевший его на себя. В XX в. это был безымянный советник Гитлера, по программе которого фюрер «оздоравлил» немецкую нацию и собирался «оздоравливать» таким же путем весь мир. Вместо него в общественное сознание нескольких поколений идеологи фашизма внедрили имя ни в чем не повинного Фрэнсиса Гальтона и опорочили его гениальную евгенику (запрет на клонирование — пример живучести канонов фашистской социальной медицины) [Черносвитова, Черносвитов 2003]. Влияние научных взглядов А.А. Богданова (Малиновского) на общество было столь высоко оценено В.И. Лениным, что он подверг его уничтожающей критике в «Материализме и эмпириокритицизме». П.Б. Ганнушкин, советский профессор психиатрии, и его последователи О.В. Кербиков и В.А. Снежневский институализировали в качестве социальной медицины клиническую психиатрию, ввели в обиход врачей и пациентов понятия «принудительное лечение» (даже для больных инфарктом миокарда), «синдром инакомыслия», «инвалид», в том числе «инвалид детства», закрепили реабилитацию как важный этап любого лечения при любых заболеваниях.

В 1940 г. Король Англии Георг VI выступил перед палатой лордов с короткой речью: «Если мы хотим, чтобы наша страна не канула в Лету, мы должны срочно *организовать институт социальной медицины*».

Институт был организован при Оксфордском университете в течение нескольких недель. Он сразу стал педагогическим и научно-исследовательским. Возглавил его социолог и психиатр Дж.А. Райл. Департаментами заведовали социологи, экономисты и врачи. Институт успел провести конференцию, в процессе которой была выработана первая программа социальной медицины и четко сформулирована основная задача: проанализировать, как происходящие в обществе явления отражаются на общественном здоровье. Общественное здоровье понималось в двух смыслах: — медицинском и нравственном. Институт просуществовал недолго: началась Вторая мировая война, и он превратился в военный госпиталь. Работая в архивах Оксфордского института в начале

последнего десятилетия, мы наткнулись на сборник первой конференции по социальной медицине, изданный этим институтом. Наши коллеги из университета, зная, что мы собираемся организовать в России социальный институт (научно-исследовательский и педагогический), любезно подарили нам один из двух сохранившихся экземпляров материалов этой конференции. Сейчас этот сборник находится в Государственной медицинской библиотеке в Москве.

Только с 1946 г. социальная медицина стала стремительно развиваться прежде всего в странах Западной Европы, а также в США, Канаде, Японии. Сейчас практические, педагогические и научно-исследовательские институты и центры социальной медицины есть почти во всех странах мира, даже развивающихся, таких, например, как Гондурас и Эфиопия.

Мы создали первую в России кафедру социальной медицины в 1997 г. в МГСУ и выпустили первые учебники, получившие дипломы в России, Великобритании, Ирландии и Франции. В настоящее время кафедры социальной медицины открыты во многих институтах страны, в том числе технических.

Мы рассматриваем социальную медицину как раздел социологии, объектом изучения и практики которого является общественный человек. Ш. Сен-Симон, О. Конт и Г. Спенсер заложили основы такого знания об обществе, где человек (человеческий фактор) не просто играет некую абстрактную роль, но в своих отношениях, действиях, поступках и статусах может быть подвергнут измерениям. Не случайно социометрия — один из главных методов социальной медицины. Есть и общее понятие, которое является категорией знаний о человеке и одновременно об обществе. Имеется в виду предмет социальной медицины — общественное здоровье. Понятие «общественная болезнь» не есть противоположная «общественному здоровью» категория, ибо любое знание об общественной болезни (болезнях) имплицитно содержится в понятии «общественное здоровье».

Понятия «здоровье» и «болезнь» в *клиническом смысле* категории «общественное здоровье как предмет социальной медицины» находятся в «снятом» виде. Это значит, что в конкретном обществе (многонациональном государстве) появились тенденции, *не свойственные данному обществу* (историческим традициям/общенациональному характеру, социальной психологии и т. д.) и деформирующие его структуру, например *торговля детьми* и *детская проституция* в современной России. Эти стигмы больного общества не объяснишь никакими негативными факторами, связанными с катаклизмами, которые пережила и переживает наша страна. Нет объяснения им и как феноменам *«тлетворного влияния»* стран, где торговля детьми и детская проституция — не новые стигмы, а девиации укоренившихся *общественных нравов*. Только в структуре знания о процессах, происходящих в нашем обществе с «человеческим фактором», которое может дать социальная медицина, можно понять, объяснить, а главное, «лечить» эти негативные стигмы. Забегая вперед, скажем, что торговля детьми и детская проституция прямо связаны с таким *клиническим симптомом*, как *дромомания* (бродяжничество). Вводя в социологию параметр клиники (в данном случае психиатрии), мы вплотную подходим к границе, четко разделяющей эти области знания, переступать которую опасно. Но об этом ниже. Здесь же выстроим цепочку развития названных стигм в постсоветской России:

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

появление в результате криминальных последствий тотальной для неподготовленного общества приватизации, в том числе жилья, нового класса — бомж;

качественная трансформация лиц «бомж»: бродяжничают начинают *пограничные субъекты*, имеющие и жилье, и семью, но отреагировавшие на социальные перемены *эскапизмом*<sup>1</sup> — *одной из крайних форм пассивного протеста*. При этом на первое место выходит «эскапизм инфантов», т. е. несовершеннолетних. Здесь нужно говорить о стигме социопатии, при этом, по многолетним данным миграционной службы России, бомжи в отличие от мигрантов (беженцев и вынужденных переселенцев) не являются гражданами «горячих точек».

Можно назвать еще две стигмы нашего больного общества, которые никак не объяснишь ни его историческими традициями, ни особенностью социальной психологии при катаклизмах в России. Во-первых, это близкая к *пандемии* наркомания<sup>2</sup>. Во-вторых, вопрос о наличии полинаркотиков (допингов, психоаналептиков, транквилизаторов) в продуктах питания, напитках, средствах личной гигиены («биодобавок», «эликсиров молодости, здоровья и долголетия», а также средств личной гигиены, косметических средств). Пока для ученых наложено табу (весьма вероятно, криминалитетом) на проведение таких исследований. В этой связи *массовый потребитель наркотиков*, появившийся в России на «голом месте», — отнюдь не следствие глобальных социальных перемен.

В первом социальном институте при Оксфордском университете, в отделе диетологии, должны были разработать *нормы питания* при разнообразных его видах, на основании которых социальные врачи могли бы осуществлять контроль за производством и качеством продуктов питания. Сложно внедрять «здоровый образ жизни» в современной России, в которой фактически отсутствует социальный контроль не только за производством и содержанием продуктов питания, но и за средствами гигиены и лекарственными препаратами (так, широко рекламируемые подгузники, рекомендуемые с младенчества, способны подавить рефлексы физиологического отправления и привести к глубоким, трудно исправляемым расстройствам, которые могут проявиться не сразу, а в любом возрасте и т. д.).

В СССР жили народы, для которых употребление наркотизирующих средств растительного характера как ритуал являлось исторической многовековой традицией (Узбекистан, Азербайджан, Молдавия, Казахстан, Таджикистан). Тем не менее наркомании как «социальной болезни» в СССР не было. Так, в московской клинической психиатрической больнице № 15 единственное наркологическое отделение, открытое в 1980-х годах, пустовало. Что же касается такой распространенной в СССР социальной болезни, как алкоголизм, то в настоящее время судить о количестве подверженных ей граждан не представляется возможным. Дело в том, что появились такие формы алкоголизма, которые

<sup>1</sup> Эскапизм (от *англ.* escape) — стремление личности уйти от действительности в мир иллюзий, фантазий. — *Авт.*

<sup>2</sup> Следует учесть фармакоэпидемию: каждый второй — третий (по разным источникам) гражданин нашей страны, начиная с 12 лет, самостоятельно, без назначения врача, принимает лекарственные препараты; количество аптек на душу населения в России возросло за последние пять-семь лет в сто раз. Никто не в состоянии провести грань, разделяющую лекарственных токсикоманов от истинных наркоманов (в клинической психиатрии есть синдром для обозначения данных состояний — политоксикомания).

*клинически не диагностируются: пивной алкоголизм и алкоголизм, вызванный систематическим употреблением «баночных» напитков типа «отвертка», «джин-тоник» и др., содержащих не только алкоголь, но и «мягкие» наркотики или психоаналептики. При этих формах алкоголизма происходит «ползучая» деградация личности, охватывающая прежде всего моральные и волевые качества. Но самое главное, клинически не диагностируемые формы «пивного» алкоголизма вызывают мутационные процессы в генофонде. Отсюда мертворожденные и нежизнеспособно рожденные дети и бесплодные браки.*

Безусловно, к мутационным социальным стигмам нужно отнести не характерные для нашей многонациональной страны *серийные убийства, одну из форм так называемых немотивированных преступлений (здесь же, например, бегство из воинских частей солдат, убивающих товарищей, принявшее за последние десять лет эпидемический характер, и уход из семьи в бомжи в любом возрасте, импульсивные самоубийства и членовредительства).*

В клинической медицине нет диагноза «мутант». Врачи не берут на себя ответственность говорить о негативных социальных явлениях как *образе жизни мутантов*, для которых девиантные и делинквентные формы поведения являются *клинической нормой*, ибо *вырождение* ни в каком смысле не есть болезнь. Врач не может поставить диагноз обществу, точно так же как не может лечить общество («шоковая терапия» по отношению к обществу — изуверское понятие).

*Социальный врач как социолог, вооруженный знаниями и методами курации общественного человека {превращающегося сначала в человека толпы, в том числе, криминальной толпы, а потом — в вирулентного мутанта, способного вызвать психическую эпидемию в массах}, оказывается по сути дела, врачом человеческого общества. Но это возможно de jure, если в обществе социальная медицина функционирует как институт.*

*Институализация социальной медицины в России — чрезвычайно актуальная задача.*

Возьмем в качестве примера проблему сексуальных меньшинств, не перестающую быть *de facto* актуальной в любом, самом стабильном демократическом обществе. С социальной точки зрения гомосексуалист — вполне нормальный человек. Однако с точки зрения клинической медицины гомосексуализм — это или болезнь, или уродство как результат мутации. Гомосексуализм не является прерогативой человека. Он встречается у всех видов животных и даже у птиц. (Кстати, такое животное изгоняется из стада или уничтожается «собратьями».) В человеческом обществе гомосексуалы были всегда и отношение к ним было разным. Но ни одно сообщество людей за всю историю человечества, даже весьма лояльно относящееся к сексуальным меньшинствам, не позволяло им навязывать сексуальному большинству свои формы поведения. Нет ни культуры, ни этики, ни религии сексуальных меньшинств. В произведениях гениальных гомосексуалистов никаким образом не обнаруживается их сексуальная ориентация. Только в «большом», стремительно мутирующем обществе появляется «культура и эстетика» перверсных субъектов. Не нужно далеко ходить: нравы фашистов известны.

Представитель сексуальных меньшинств может быть клиентом социального врача только по собственному желанию, как и любой другой человек, попавший в силу различных обстоятельств в трудную социальную ситуацию. Точно

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

---

так же он может стать пациентом клинического врача. В обоих случаях его сексуальная ориентация может не играть никакой роли (разве что он заразится вирусом СПИДа половым путем или другим венерическим заболеванием). Как возможный распространитель особо опасной инфекции он попадает под контроль, но не социального врача, а инфекциониста.

Социальная медицина, разрабатывающая *нормы здорового образа жизни в здоровом обществе и осуществляющая согласно этим нормам социальный контроль* за индивидуумом, группой индивидуумов, будь то семья, школа, трудовой коллектив, законодательные и исполнительные структуры власти, судебные органы, пенитенциарные учреждения или армия, не является чем-то чужеродным, стоящим над человеком и обществом. Она — отражение в знании и практике здоровых тенденций общества в целом.

Здесь необходимо четко разграничить понятия «социальная медицина», «клиническая медицина» и «демография».

Клиническую медицину можно рассматривать как свод теоретических и практических знаний о болезнях человека, способах их лечения, профилактики и о прогнозе результатов болезни и лечения.

Социальная медицина не ставит диагноза и, следовательно, не лечит ни отдельного человека, ни группу людей, ни тем более общество. Для социального врача человек — не пациент, а клиент, так же как социальный врач как конкретный человек — клиент, например, для своего парикмахера или адвоката. Пациентами (от *лат. ratio* — страдание) являются все, кто обращаются за помощью к клиническому врачу или клиницисту: терапевту, гинекологу, психиатру или сексопатологу. Клинический врач, прежде чем начать лечить больного (пациента), должен выставить ему диагноз. Только при постановке диагноза допустимо назначать прием лекарственных препаратов (которые и сейчас, как и во времена Парацельса, остаются ядами, и принимать их можно только в дозах, требуемых большим организмом в борьбе с болезнью).

Противники социальной медицины как нормативной дисциплины, осуществляющей контроль за здоровьем человека в различных сферах жизни, неправомерно отождествляют ее с клинической медициной. Ведь и клиническая медицина (например, санитарный врач) осуществляет социальный контроль, требуя соблюдения норм гигиены. В некоторых случаях (например, в отношении больных, зараженных особо опасной инфекцией и скрывающих это) такой контроль может носить карательный характер. Таковы, в частности, меры, принятые правительствами ряда стран в 2003 г. в связи с вирусной пневмонией или в 2004 г. в связи с «птичьим гриппом».

Однако клиническая медицина ни в коем случае не должна быть институтом с репрессивными функциями, реализуемыми под видом социального контроля. Так, в СССР социальный контроль за инакомыслящими превратил советскую психиатрию в карательный орган. Первый красный министр здравоохранения Н.А. Семашко в своей тронной речи обещал, что советская медицина покончит не только с туберкулезом и прочими заразными заболеваниями, но и с буржуазными болезнями, к которым он относил нервные, психические, сердечно-сосудистые и даже желудочно-кишечные заболевания. По его логике больной, перенесший инфаркт миокарда, должен пройти курс *реабилитации*, чтобы доказать свою лояльность советской власти и выздороветь. Термин «реабилита-

ция» (от *лат.* *rehabilitatio* — восстановление в гражданских правах) применяется со времен Ликурга только к преступникам, которых если не лишали жизни, то непременно приговаривали к гражданской смерти. (В России к гражданской смерти приговаривали только один раз: император Николай I — декабристов. Император Александр II отменил этот приговор.) За годы советской власти понятие «реабилитация» так вжилось в отечественную медицину, что после тяжелой болезни реабилитации подвергается каждый, будь то ребенок или старик.

Социальная медицина рассматривает болезнь как частный случай ситуации, выйти из которой, оптимально сохранив социальные функции, помогает своему клиенту социальный врач (но не лечит!). По причине заболеваний человек может частично или полностью утратить свои общественные функции в силу, например, декомпенсации в «горячей точке биографии» (возрастные параметры человека — первостепенные точки отсчета в социометрических измерениях социального врача). Прогностическая социометрия — еще один случай, когда социальный врач помогает клиенту (пример: могут ли родители, в анамнезе которых психические заболевания, иметь детей? Какова вероятность заболеть психическими заболеваниями у них самих?). Генеалогическая и биографическая социометрия также относится к основным методам работы социального врача. Социальный врач, в частности, может определить наличие врожденной склонности к преступности и, пользуясь методом Ф. Гальтона, в известной степени ее предсказать.

Социальный врач в повседневной практике оперирует категориями: преморбид, постморбид, стигма, строение тела и характер, *ratos et nozos, habitus, charisma*, резервы организма. Социометрия позволяет вывести формулу смерти, т. е. с большой вероятностью вычислить, на сколько лет рассчитана работа всего организма или отдельного органа.

Социальный врач не только помогает своему клиенту выйти из трудной для него ситуации, но и вооружает знаниями, благодаря которым клиент может осуществлять контроль над работой своего организма и, что немаловажно, прогнозировать свои физические, умственные и творческие способности. И конечно, здоровый образ жизни из абстракции превращается в формулу жизни данного конкретного человека. Если врачу-клиницисту безразлично, из какой социальной или микросоциальной среды его пациент, то социальный врач выделяет как раз наиболее значимые социальные параметры человека, согласно которым и рассматривается его проблема.

Публичный социальный врач придерживается строго индивидуального подхода к конкретному человеку, но уже семейный социальный врач, даже решая проблемы одного члена семьи, занимается, по сути дела, конкретной микросоциальной группой и поэтому оперирует категориями общественной медицины. Проблемы осужденного человека, находящегося в заключении, а также членов его семьи, родственников решает пенитенциарный врач [ *Черносветов 2000* ]<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Этот первый в мире учебник по данной теме получил высокую оценку и в нашей стране, и за рубежом. В 2004 г. разработан курс военной социальной медицины, соответствующий требованиям, предъявляемым к военному человеку в наше время, с учетом традиций русской армии.

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

---

Стоит сказать еще об одном важном аспекте, отличающем клинициста от социального врача. Клиницист, ориентируясь на симптомы и синдромы у своего пациента, выставляет диагноз лишь после дополнительных лабораторных исследований. Современная клиническая медицина вооружена новейшими методами электронной техники. Существует даже *компьютерная диагностика*. В результате клиницист оказывается все дальше и дальше от своего пациента. Социальный врач может использовать некоторые дополнительные методы исследования, например *генетический анализ*, но необходимости в лабораторных исследованиях у него нет. Он, наоборот, вплотную приближается к клиенту, работая с ним в прямом смысле «*тет-а-тет*».

На основе новейших данных теории функциональной асимметрии нами восстановлен и разработан метод *аудиовизуальной хеморецепции*. Сейчас описание этого метода<sup>4</sup> можно встретить в различной литературе, прежде всего, психологической, психотерапевтической (правда, вместо «рецепция» обычно употребляется термин «диагностика», что принципиально неверно, ибо диагностировать можно только болезнь, ее симптомы и синдромы, но отнюдь не особенности характера, личности или поведения человека).

Следуя традициям, уходящим корнями в методологию Леонардо да Винчи и Альбрехта Дюрера, которые, пользуясь в том числе и математическими методами, изучали человека во всех его ипостасях (биологических и социальных), но не для лечения, а для познания его сути, а также Лебона, Габриэля Тарда, Н.Н. Баженова, изучавших *человека в толпе, человека толпы и толпы людей* как органические, самостоятельные функционирующие структуры, особенно с *девиантными и делинквентными* феноменами (они также использовали методы математического анализа), мы попытались ввести в теорию и практику социальной медицины такой параметр социометрии, согласно которому вывели определенные закономерности человеческого поведения, особенно в толпе (наша действительность последних 15 лет предоставила нам богатый материал, который осмыслен, проверен и изложен в статьях и учебниках в виде «казусов»).

Социальная медицина имеет много общего с демографией, но есть и значительные отличия. В 1999 г. весь мир потрясло глубокое осознание феномена *глобального старения населения планеты*. Этот феномен нельзя увязать ни с политическим, ни с экономическим, ни с идеологическим, ни с природным либо какими-то другими факторами, так или иначе, как правило, отражающимися в структуре прироста населения. Прямое следствие этого феномена — резкое (в геометрической профессии) уменьшение соотношения *работающих и неработающих* граждан той или иной страны. Оптимального соотношения — 1 (неработающий) к 15 (работающим) не было ни в одной стране мира. Благополучными были страны с соотношением 1:10 (Северная Европа). В катастрофическом положении оказались США и Япония — там это соотношение составило 1:6. (Соотношение 1:3, как известно, — состояние социального коллапса.)

Но демографические показатели, опирающиеся в данном случае на понятие «старость», давно стали формальными, требующими пересмотра в содержательном смысле. Возраст 60 лет как возраст начала ухода на пенсию был введен еще в 1884 г. Отто фон Шенхаузен Бисмарком, первым рейхсканцлером Германии, и

---

<sup>4</sup> Как правило, без ссылок на автора-разработчика.



давно уже не соответствует никаким научным данным ни клинической, ни социальной геронтологии. В 1999 г. в Германии эмпирически в ряде случаев стали оперировать понятием «старость = пенсионный возраст», принимая за исходный возраст ухода на пенсию в ряде земель 40 лет. Клиническая геронтология, определяющая старость по наличию так называемых болезней старости (прежде всего болезней Альцгеймера—Пика), давно должна бы пересмотреть возраст, с которого начинается отсчет старости, ибо «болезни старости» в конце XX в. действительно (опять вне каких-либо социальных причин) начинались в возрасте 40—45 лет.

Ни демография, ни геронтология не принимали во внимание качественный (а не формальный) критерий прироста населения. Напротив, когда рождаемость преобладает над смертностью и этот прирост населения состоит хотя бы на 1 % из нежизнеспособных или мутантов, качественную оценку состояния общества (в категориях здоровое—больное) сделать практически невозможно, так же как и прогноз соотношения работающих и неработающих.

Только социальная медицина, рассматривающая рождаемость, доживаемость, смертность с качественной стороны, в состоянии оценивать и прогнозировать истинное положение дел в обществе. Вот пример, который пока еще не осмыслен ни социологами, ни социальными психологами, ни клиницистами. Можно придерживаться каких угодно взглядов на моральные качества человека — любая дефиниция здесь, как известно, будет абстрактна и потребует особого контекста для ее осмысления. Думается, Кант и сейчас не переставал бы поражаться «звездным небом над головой и моральным законом внутри него». Но возьмите любой учебник по нервным болезням или психиатрии конца XIX и почти всего XX в.: во всей Европе авторы начинают со слов: «в наш нервный век...», посвящая первую главу так называемым «болезням совести» (Э. Кречмер, Е. Блейлер, С.С. Корсаков, В.М. Чиж, Н.Н. Баженов, Ж. Лакан, Р. фон Краффт-Эбинг, К. Ясперс и др.). Психиатрам эти расстройства хорошо известны.

Последние годы прошлого тысячелетия и первые годы нового «потеряли *больных совестью!* Это — реальное изменение в структуре психических заболеваний! Социальная медицина видит в этом (не говоря о последствиях) глобальную мутацию в генофонде современного человека. Если провести социологическое исследование «новояза», то достаточно сказать, что слово «отморозок» переводится на все европейские языки. М. Нордау со своей гипотезой о «вырождении человечества», как и З. Фрейд со своими «эдиповым комплексом» и инцестом как нормальными явлениями психологии современного человека, оказались пророками. К. Ясперсу пришлось в прямом смысле слова изворачиваться, чтобы примирить «здоровые чувства обывателя» с «фактами науки» (социологии и психиатрии), чтобы отметить положительно *эмпирические исследования* (социально-психологические, социально-психиатрические и чисто социологические), проведенные европейским социологом и психиатром Б. Морелем и обобщенные им в теории *вырождения «четырёх поколений»*.

Ясперс дезавуировал реальное положение вещей, в котором, согласно Морелю, может оказаться человеческое общество, в генофонде которого появились признаки тотальной мутации, пространными рассуждениями об инцесте, инцухте и бастардизации, — это (если по Морелю) этапы морального (на первом месте!), интеллектуального (на втором месте) и физического (на третьем месте)

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

вырождения. Но если у Мореля термин «бастардизация» соответствует начальному смыслу слова, т. е. означает «одичание», то у Ясперса это «прилив свежей, здоровой крови». Ясперс словно «забыл», как, например, древние латиняне «бастардизировали» Элладу, а норманны — цивилизованную Европу. «Забыл», чтобы «очистить ландшафт» для полчищ германцев Третьего рейха.

О. Шпенглер в 1918 г. явно «поторопился» со своим произведением «Закат Европы», имеющим подзаголовок «Очерки морфологии истории». На русском языке эта книга вышла в Киеве в том же году, но из постсоветских ее переводов (был и советский перевод, недоступный широкому читателю) странным образом исчезли целые параграфы как раз о взглядах Б. Мореля, М. Нордау и Ч. Ломброзо, и имена эти не упоминаются даже в библиографии. Хорошо, что сохранены имена Ф. Ницше, Г. Спенсера и Т.Р. Мальтуса. Мы убеждены, что Шпенглер, используя в подзаголовке книги термин «морфология», имел в виду первоначальный смысл этого древнегреческого слова (*morphe*— *праформа*, а не «форма», как явствует из постсоветских переводов). А «праформа» и «клетка» — синонимы, ибо в природе праформа существует как клетка.

...Но вернемся к социальной медицине. Клиентом социального врача, работающего на поприще публичной медицины, является физическое лицо. Так как социальный врач не занимается лечением, то он имеет дело с конкретными лицами или до лечения, или после того, как они пройдут курс лечения (результаты лечения бывает не только выздоровление, но и ремиссия, частичная или полная потеря трудоспособности, профессиональная непригодность и т. д.). В первом случае публичный врач решает вопросы, связанные с *наследственными факторами* клиента (наличие предков с криминальным поведением, самоубийц, бродяг, перверсных и пенитенциарных субъектов, больных с нервно-психическими заболеваниями, а также одаренных, талантливых людей). По разработанной нами на основе учений о болевых зонах А.Г. Захарьина, эрогенных зонах Р. Бартона и схем пропорций и диспропорций человека А. Дюрера оригинальной схеме стигм, указывающих на наличие тех или иных *мутаций* в генофонде, публичный врач определяет *преморбидные особенности человека?*, в которые включены *тип личности* и *особенности характера* (как врожденные, так и приобретенные). Точно так же по *схеме тела* публичный врач определяет состояния и функции (степень их сохранности и процент утраты) на основании типа и особенностей *постморбида* (состояние человека — его личности и организма — после болезни или травмы) [*Черносвитов 2003*].

Четких различий между функциями социального врача *публичной* и *общественной* ориентации нет, так как жизнедеятельность субъектов с врожденными или приобретенными девиантными или делинквентными формами поведения,

<sup>5</sup> В 1980 г. мною совместно с А.А. Зворыкиным и Ю.А. Алферовым была разработана оригинальная методика определения преморбида человека, апробированная на разном контингенте лиц (государственные служащие, занимающие высокие посты в министерствах; представители профессорско-преподавательских коллективов ряда вузов СССР и Болгарии; пенитенциарные субъекты всех лесных исправительно-трудовых учреждений СССР; лица экстремальных профессий; лица в экстремальных ситуациях — летчики-испытатели, космонавты). Результаты наших социологических исследований были опубликованы в сборниках ИСИ АН СССР, а также в монографии: [*Зворыкин, Черносвитов 1982*].

как известно, протекает в различных микросоциальных средах, в которых он является носителем конкретных социальных качеств (отца, сына, руководителя, подчиненного и т. д.). И все же если публичный врач ориентируется на субъекта, конкретного человека, то общественный врач работает всегда с группой людей, которая представляет собой социальный организм и функционирует как единое целое. Общественный врач, работая с группами людей (от рабочих коллективов до криминальных толп), часто сталкивается с таким социальным феноменом, как психическая эпидемия, а также с явлением (социальным механизмом) современной цивилизации — public relation.

Нами в течение 25 лет изучались группы с девиантным и делинквентным поведением, а также психические эпидемии. Особое внимание уделялось армейским коллективам и психическим эпидемиям в армии. Здесь мы коснемся лишь основных, на наш взгляд, проблем, связанных с *криминальными толпами, психическими эпидемиями*, а также с манипуляций общественным сознанием, с которыми встречается общественный врач.

Испанский философ Х. Ортега-и-Гассет, диагностируя восстание масс, поглощение выделяющегося меньшинства безликой массой (говоря абстрактно, триумф *fascia*<sup>6</sup>), писал: «Особенность нашего времени в том, что заурядные души, не обманываясь насчет собственной заурядности, безбоязненно утверждают свое право на нее и навязывают ее всем и всюду». Он дает такое определение толпе: «Толпа — понятие количественное и визуальное: множество. Переведем его, не искажая, на язык социологии и получим "массу". Общество всегда было подвижным единством меньшинства и массы» [*Ортега-и-Гассет* 2003, с. 419]. Масса — более абстрактное понятие, чем толпа, хотя филологически меньшинство ближе к массе, а не к толпе. Четких дефиниций толпы не существует, как нет четких категориальных различий между толпой и массой. Но есть одно определение толпы, которое никак не применимо к понятию «масса». Это — криминальность. Криминальная толпа — более точное и четкое понятие, чем просто толпа.

Все великие мыслители XIX и XX вв., рассуждая о толпе и ее свойствах, обычно начинали описывать как раз ее криминальный аспект. Любопытно, как Г. Лебон, пытаясь отделить толпу от криминала («Преступления толпы составляют лишь частный случай ее психологии; нельзя узнать духовную организацию толпы, изучая только ее преступления, так же как нельзя узнать духовную организацию какой-нибудь личности, изучая только ее пороки») [*Лебон*], только усугубляет положение вещей: «Название "преступная толпа" ни в каком случае не подходит к такой толпе, которая после известного состояния возбуждения превратилась в простой бессознательный автомат, повинующийся внушениям. Но я все-таки сохраняю это ошибочное название, потому что оно узаконено новейшими психологическими исследованиями. Без сомнения, некоторые действия толпы преступны, если их рассматривать сами по себе, но тогда и

<sup>6</sup> Фасция (от *греч.*) — связка или оболочка; фасция не имеет ни количественных, ни качественных характеристик. Она, как математические точка, линия и поверхность, сугубо функциональна. Эта функциональность в отношении социума сначала конструирует, а затем конституирует как социальный институт толпу. Именно фасция превращает идею в материальную силу. Без фасции никакая идея не овладеет массой. Оказаться в «связке» — самое загадочное для толпы с точки зрения социологии.

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

поступок тигра, пожирающего индуса, также надо назвать преступным» [Там же, с. 277]. Следуя логике Лебона, для толпы совершать преступления также естественно, как для тигра съесть индуса. Французский мыслитель не может себе позволить мысль о том, что *любая толпа* (как показывает богатая история «толпотворения») если не актуально, то потенциально криминальна. Быть криминальной — это психологический и социальный статусы толпы. Лебона можно понять, ведь для него толпа — это и парламент, и присяжные заседатели, и люди на улице, и прихожане, собравшиеся на воскресную проповедь в храме, и военные, и духовенство, и секты, партии, классы и т. п. С другой стороны, в каждой отдельной толпе Лебон непременно указывает и на наличие криминального аспекта.

Итак, мы исходим из дефиниции толпы как *криминального множества людей*, или множества людей, объединенных одним общим для всех *криминальным сознанием*. Имея это в виду, следует констатировать, что в постсоветской России *толпа есть социальный институт*. Не проходит и дня, чтобы на просторах нашей Родины то там, то здесь под разными, невнятными с точки зрения здравого смысла, предложениями не собирались десятки тысяч людей. Какой общий мотив (не говоря уже об идее) может собрать на стадионе или летном поле несколько десятков тысяч людей — *поглотителей пива и рок-музыки*? И что «внутри» этой толпы? Наркотический транс, копролалия и копрофагия<sup>7</sup>.

Как и всякий социальный институт, толпа в постсоветской России имеет все необходимые для «полноценного» функционирования атрибуты. Прежде всего это *суггестия* через средства массовой информации, индуктивно заряженная («зараженная») реклама, всевозможные PR=акции, результатом которых, как бы они ни изошрялись, всегда является *психическая эпидемия* — нет толпы без психической, стремительно распространяемой и распространяющейся «заразы» (Лебон, Тард, Бехтерев, Фрейд, Чиж, Кандинский, Канторович, Ясперс и др.).

Когда толпа становится социальным институтом, общество вырождается. В течение десятилетий стадионы российских городов являлись «рассадниками здоровья», но сейчас они становятся «рассадниками заразы». То, что у нас весело и невинно подается в массы с экранов телевидения под понятный только избранным *жаргон* («тусовка», «драйв», «оттянуться» и т. п.), в странах, которым мы так неистово подражаем, давно названо своим именем и хорошо изучено. Имя этому явлению — «толпа как криминальный социальный институт». Так, Оксфордский университет имеет несколько сотен толстых томов трудов социологов, психологов, криминальных психологов, всесторонне изучивших действие на общественное здоровье и преступность кумиров 1970-х годов. «Beatles», оставивших далеко позади себя по негативному влиянию английских футбольных фанатов. Ни для кого не секрет, что концерты Э. Пресли были для спецорганов США средством манипулирования массами...

Толпа как социальный институт в современной России формировалась и стихийно, и целенаправленно. Последние годы СССР породили два механизма, конституирующих толпу в социальный институт — очередь и так называемую распродажу в трудовых коллективах «дефицита». Социализм — это очередь в первую очередь! «Установки» Кашпировского по центральному телевидению и

<sup>7</sup> От *греч.* korpos (кал, помет) и phagos (пожиратель). — *Авт.*

«радения» Чумака в общественных многолюдных местах также внесли значительную лепту в утверждение толпы в статусе социального института. Толпа как социальный институт — это *n*-ое множество людей (порой целое государство или народ, даже раса, что неоднократно подчеркивали Г. Лебон, Г. Тард, Н.Н. Баженов, К. Ясперс, Х. Ортега-и-Гассет и многие другие) определенного общего «умонастроения» и одной степени «зараженности» (суггестии).

Отдельные люди, составляющие толпу, могут, как было в последние годы в СССР, в разное время, сидя у своих телевизоров в разных городах и весях СССР, принимать «установки» Кашпировского, пить «заряженную» воду Чумака, а потом, уже в построенном «здании» социального института криминальной толпы, возводить «конек» под общим названием «митинговая демократия». Схема «достройки» этого «здания» проста и очень похожа на отлаженные механизмы PR в современной России: сначала тяжелый рок, потом выступление партийного лидера, потом опять рок. И постоянно алкоголь, наркотики, в дальнейшем «больше пива» (пока без мюнхенских кружек)... Сорок тысяч русской молодежи на рок-фестивале на летном поле и море пива — узаконенная отцами города акция. Как ее квалифицировать? Только как *частное проявление социального института толпы*.

И это тоже — не наше, доморощенное. Во времена «великой французской сексуальной революции» пылкие речи любимца парижской секс-толпы, известного мыслителя XX в., уже престарелого, но весьма подвижного Ж.-П. Сартра (вот его подлинный портрет поры битв сексуальной революции: седые нечесанные волосы до плеч, рваная рубаха, расстегнутая на впалой груди, рваные американские джинсы и стоптанные кроссовки — *собственные наблюдения*. — *Авт.*) часто прерывались звучным лозунгом из трех слов: «*The trip! The grass! The strong orgasm!*» («галлюциногены, наркотики и сильный оргазм»). И тем не менее «великая французская сексуальная революция» вошла в историю как *бунт французской молодежи против власти капитала и буржуазных ценностей*.

В современной России каждый 50-й человек является пенитенциарным субъектом. При этом каждый осужденный имеет родственников, друзей, знакомых, с которыми находится в тех или иных социальных отношениях. В среднем получается, что каждый 25-й гражданин России может оказаться клиентом пенитенциарного врача. Однако между лицами, составляющими организованную группу, занимающуюся несанкционированной деятельностью, и бандой, основная функция которой преступна, провести четкую грань невозможно. Таким образом, клиентами пенитенциарного врача являются как физические, так и юридические лица, как субъекты с хроническим девиантным поведением (те же бомжи), так и делинквентные субъекты, для которых преступление — способ социального самоутверждения или реализации (преступники-рецидивисты, несовершеннолетние преступники или не встречавшиеся никогда ранее у нас серийные убийцы).

Наш 25-летний опыт работы с пенитенциарными физическими и юридическими лицами привел к появлению обоснованных, с нашей точки зрения, понятий «врожденный преступник» и «преступник с немотивированными формами преступной деятельности» (к последним мы относим детей, совершивших тяжкие преступления, и так называемых серийных убийц). Отдавая должное границам понятий «зомбирование» (т. е. программа действия, совершаемого в

### *Социальная медицина как одна из базовых основ...*

результате прямой или косвенной суггестии), а также «индуцированные поступки», «PR», мы все же склонны искать причины немотивированных поступков в генетической мутации, когда из социально-психической структуры личности или группы лиц исчезают *предпосылки и основания любых мотивов — моральность*.

Если иметь в виду поколения, пережившие социальные катаклизмы в нашей стране за последние 15 лет и продолжающиеся и сейчас катаклизмы, то о негативной мутации всех слоев населения (Ф. Гальтон) и деструктуации социума можно говорить *a priori*.

Клиентами военного социального врача в мирное время являются, как говорилось выше, не только военнослужащие и члены их семей, но и все, с кем эта большая часть населения «граничит». В мирное время можно говорить об *автономном социальном институте военной медицины*. Правда, в настоящее «мирное» время не только в России, но и во всем мире нет границы *фронта и тыла*. Точно так же нельзя найти четкого определения понятию *поле боя*. В результате глобального террора, ставшего нормой жизни второй половины XX — начала XXI в., на «поле боя» фактически находится каждый ныне живущий. Более того, на этом «поле боя» *активно действующим субъектом* может оказаться каждый, независимо от возрастных, половых и психосоматических различий (вспомним детские игрушки времен афганской войны, начиненные тротилом и гвоздями или мины-ловушки). Современные камикадзе полностью деформировали понятия «война», «мир», «армия противника», «фронт», «тыл» и т. д.

Понятие «профессиональная армия», разрушенное еще Тиберием, возвысившим преторианцев (наемников) до ранга воинов профессиональной армии, вновь обретает смысл. Отсюда военный социальный врач (в узком смысле этого слова) является субъектом института социальной медицины, функционирующего в данном конкретном обществе и в данное конкретное время. В этом смысле клиент (физическое и юридическое лица) военного социального врача — весьма условное понятие. Тем не менее мы попытались выделить и категориальный аппарат, описывающий конкретные случаи («казусы») с клиентами военного врача, будь то физические или юридические лица, для чего пришлось проанализировать в сравнительно-историческом аспекте множество военных понятий в стадии становления или переосмысления (профессиональная армия, терроризм и террор) [Черносвитов 2004 а].

Итак, существует крайняя необходимость создания в России *института социальной медицины*. Выше мы попытались предельно конкретно обозначить ее основные функции и предмет. Нами разработан инструментарий, включающий и полный терминологический словарь, и методы, учитывающие особенности и традиции нашего многонационального государства, и его «текущий момент». В то же время, учитывая горький опыт издержек «красной» медицины с ее «реабилитацией» и «инвалидами детства», с репрессивной психиатрией («социально опасные» и «инакомыслящие» «больные»), мы особенно тщательно старались отграничить свойственные ей функции от ей не присущих.

## Литература

- Зворыкин А.А., Черноsvитов Е.В.* Тип личности и особенности характера человека. М.: Изд. МГУ, 1982.
- Лебон Г.* Психология толпы
- Ортега-и-Гассет Х.* Восстание масс // Психология толпы. М.: Эксмо, 2003.
- Черноsvитов Е.В.* Пенитенциарная медицина: Учебник для вузов. М.: Светотон, 2000.
- Черноsvитов Е.В.* Социальная медицина. М.: Академический проект, 2003.
- Черноsvитов Е.В.* Специальная социальная медицина: Учебник для вузов. М.: Академический проект, 2004 а.
- Черноsvитов Е.В.* Прикладная социальная медицина. Учебник для вузов. М.: Академический проект, 2004 б.
- Черноsvитова М.А., Черноsvитов Е.В.* Евгеника. Глобалистика//Энциклопедия. М.: Радуга, 2003.